

ASYLANTEN

Zu dem Leserbrief „Solidarität mit Grenzen“ von Christiane Orges in Heft 49/1989:

Zu Lasten der Allgemeinheit

Frau Richter am Sozialgericht Christiane Orges beklagt sich über die angeblich schlechte medizinische Behandlung von Asylanten beziehungsweise Asylbewerbern.

Die Bezahlung der für Asylanten und Asylbewerber erbrachten Leistungen geht zu Lasten der Allgemeinheit, der ungefragt immense Kosten für den Unterhalt und die Verpflegung von Asylbewerbern aus aller Welt aufgebürdet werden.

Wenn man bedenkt, daß nicht einmal fünf Prozent aller Asylbewerber auch als Asylanten anerkannt werden, der Rest aber gleichwohl nicht abgeschoben wird, so liegt es doch wohl an der Politik und nicht zuletzt auch an den Gerichten, daß durch die überwältigend hohe Zahl von Scheinasylanten die Bedürfnisse der wirklich Asylberechtigten nicht in ausreichendem Maße gewürdigt werden können . . .

Dr. med. Oswald Scheibe,
Friedrich-Engels-Allee 282,
5600 Wuppertal

Zu dem „seite eins“-Beitrag „Asylanten-Behandlung: Sturm im Wasserglas“ in Heft 42/1989:

Informationen verdrängt

Ihr Kommentar zeigt, daß Sie sich entweder nicht ausreichend informiert oder aber zur Absicherung Ihrer Vorurteile gegen Asylbewerber Informationen „verdrängt“ haben. Der Vermerk über die „unbedingt notwendigen Behandlungskosten“ geht nämlich weiter: „wenn die Behandlung zur Behebung eines akuten Krankheitszustandes oder zur Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit notwendig und unaufschiebbar ist“.

Als Betreuerin von Flüchtlingen und Asylbewerbern erlebe ich tagtäglich, wie behandelnde Ärzte durch diesen Satz verunsichert werden;

▷ Ist eine nach unserem medizinischen Standard behandlungsbedürftige Struma als „akutes“ Krankheitsbild einzustufen?

▷ Darf ich „rheumatische“ Beschwerden oder ein rezidivierendes Wirbelsäulensyndrom behandeln?

▷ Wird die Behandlung einer Malaria auch außerhalb der akuten Fieberschübe bezahlt?

▷ Darf ich ein Kind nach einer urologischen Operation noch längere Zeit zu Kontrolluntersuchungen einbestellen?

▷ Wie weit darf ich differentialdiagnostische Untersuchungen durchführen?

Jede medizinische Fachrichtung könnte sicher viele Beispiele nennen, deren Beurteilung einen großen Ermessensspielraum läßt. Für den Asylbewerber/die Asylbewerberin ist es erniedrigend, einem nicht-medizinisch vorgebildeten Sachbearbeiter im Sozialamt seine/ihre Beschwerden schildern zu müssen; der Sachbearbeiter entscheidet dann, ob das Krankheitsbild „akut“ ist; bei Unsicherheit wird das Gesundheitsamt eingeschaltet, es können drei bis vier Wochen vergehen, bis der Verwaltungsakt abgeschlossen ist und die Behandlung beginnen kann. Glücklicher der Asylbewerber/die Asylbewerberin, der/die auf die Hilfe sachkundiger deutscher Freunde zurückgreifen kann; für sie läßt sich das demütigende und zeitraubende Verfahren manchmal beschleunigen. Aber wie viele sind dem hilflos ausgeliefert?

Jetzt zu dem ewig wiederkehrenden, aber nichtsdestoweniger unsinnigen Argument der „Gebißsanierung auf Kosten der Solidargemeinschaft“. Jeder weiß, wie streng schon bei Normalversicherten die Zahnbehandlung auf Kosten der Krankenkassen gehandhabt wird; werden

wie bei Asylbewerbern noch zusätzliche Einschränkungen eingebaut, so ist das mit der ärztlichen Ethik nicht mehr vereinbar: das Gesetz verlangt, daß man einen kariösen Zahn so lange faulen läßt, bis er schmerzt – erst dann darf behandelt werden.

Wer behauptet, die meisten Asylbewerber müßten „kurzfristig“ in ihre Heimat zurückgehen, der ist entweder falsch informiert oder trägt bewußt tendenziöse Äußerungen der Medien und Politiker weiter. Viele Asylbewerber können auch nach ihrer Ablehnung nicht in ihre Heimat zurückgeschoben werden, weil die Bundesrepublik internationale Abkommen unterzeichnet hat, die dies nicht zulassen (zum Bei-

GANZHEIT

Zu dem Beitrag „Systemwissenschaft in der Medizin – Wege zum ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit“ von Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter in Heft 43/1989:

Sachlich gehalten

Ich habe mich gefreut, daß Sie in Ihrer Zeitschrift nun auch der system-orientierten Medizin die Möglichkeit geben, sich zu artikulieren. Der Artikel von Herrn Tretter ist sachlich gehalten. Wer einen Einstieg und einen Überblick über die Quellen und Facetten der sich in allen Bereichen der Medizin ausdehnenden Systemwissenschaft sucht, wird hier fündig werden und mit der Begriffsbildung vertraut gemacht.

Ich möchte hierzu noch folgendes anmerken:

Aschby hat ein Verhaltenproduzierendes System als eine Maschine definiert. H. von Förster unterscheidet zwischen trivialen und nichttrivialen Maschinen. Eine triviale Maschine ist im Verhalten vorhersehbar, von der Geschichte unabhängig, synthetisch deterministisch und analytisch determinierbar. Dies gilt vor allem für technische und nichtbiologische Systeme.

Ein biologisches System, auch der Mensch, läßt sich als eine nichttriviale Maschine beschreiben, die von der Vergangenheit abhängig, analytisch unbestimmbar, analytisch nicht vorhersagbar und synthetisch deterministisch ist.

Wenn ein Arzt einen Patienten körperlich untersucht, anschließend eine Röntgenaufnahme anfertigt, dann führt er gewissermaßen das durch, was Bateson, einer der Protagonisten der Systemtheorie in der Biologie, singgemäß als eine Doppelbeschreibung bezeichnet. Durch eine solche mehrschichtige Betrachtungsweise wird der untersuchte Mensch immer „durchsichtiger“. Für Ärzte ist das nicht neu. Während die Behandlung eines Patienten schon immer prozeß-orientiert ist, ist die Diagnose eher statisch und zeitunabhängig. Man denke zum Beispiel an den Diabetes mellitus oder die Herzinsuffizienz und deren Behandlung.

Ich hoffe, daß Sie in Zukunft auch den „systemorientierten“ Ärzten und/oder Wissenschaftlern Raum zu Ihrer Darstellung geben.

Michael Krahl, Feldbergklinik Dr. Asdonk, Todtmooser Straße 48, 7822 St. Blasien