

nen im Durchschnitt weniger Lohn als diejenigen, die den Beruf gewechselt haben. Fünf Jahre nach der Ausbildung verdient mehr als die Hälfte der noch im Beruf arbeitenden Arzthelferinnen nach eigenen Angaben zwischen 1250 und 1500 DM netto. Demgegenüber haben zwei Drittel der Berufswechslerinnen ein Nettoeinkommen von mehr als 1500 DM.

Weiterbildung

In den vergangenen drei Jahren haben 42 Prozent aller Befragten an beruflichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen teilgenommen. Bei den von ihnen besuchten Kursen handelt es sich vor allem um Maßnahmen zum Erwerb fachspezifischer Zusatzqualifikationen im medizinischen Bereich und um Vertiefung der Bürokenntnisse. Ende 1985 wurde vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eine neue bundeseinheitliche Ausbildungsordnung für den Beruf Arzthelfer/Arzthelferin erlassen, die seit 1986 in Kraft ist. In dieser Neuordnung wurde die Verlängerung von der zwei- auf eine dreijährige Ausbildung festgelegt mit dem Ziel, auf der Grundlage einer breiten Berufsgrundbildung die Qualität der Ausbildung deutlich anzuheben. Die Neuordnung des Ausbildungsberufs wird von den meisten Befragten als längst überfällig begrüßt. Die Befragten bewerten vor allem die Vermittlung von Datenverarbeitungskenntnissen schon während der Ausbildung sowie die Erweiterung und Vertiefung praktisch-medizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten als wichtige Verbesserungen.

Heckers Fazit: „Den meist hochmotivierten, aber vom Berufsalltag enttäuschten Frauen müssen für ihre Tätigkeit als Arzthelferin bessere materielle Bedingungen sowie Aufstiegschancen und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten geboten werden, wie sie in vergleichbaren Berufen existieren. Vor allem für Frauen mit Kindern müssen günstigere zeitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um beides, Kindererziehung und Berufstätigkeit, besser miteinander vereinbaren zu können.“ Kli

Heroinabgabe: Ein Teufelskreis für Ärzte und Drogenabhängige

In dem folgenden Beitrag setzt sich Professor Dr. med. Manfred Franke, Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium a.D. und langjähriger Drogenbeauftragter des Bundes, kritisch mit der Forderung nach einer staatlich kontrollierten Abgabe von Heroin an Drogenabhängige auseinander. Einen Antrag mit dieser Zielrichtung hatte das Land Hamburg kürzlich in den Bundesrat eingebracht (Deutsches Ärzteblatt, Heft 25-26, 1992). Der Verfasser klammert in seinem Kommentar bewußt die ethischen Aspekte aus. Ihm geht es an dieser Stelle um eine Plausibilitätsprüfung.

Die kontrollierte Abgabe von Heroin solle den illegalen Markt austrocknen und die Beschaffungskriminalität eindämmen, sagen die Befürworter der Idee. Dies wäre nur bei Vollerfassung aller Anhängigen denkbar, lautet die Antwort. Nun soll an einer größeren Anzahl von Patienten abgeklärt werden, ob sich ihr Elend auf diesem Wege lindern läßt. In Zürich werden angeblich zehn Versuchsreihen mit je 50 Patienten vorbereitet. Für Hamburg dürfte dies ein Minimum sein. Was bedeutet das aber praktisch?

Zunächst ist zu erheben, wie die Drogenabhängigen bisher an das Geld für das Rauschgift gekommen sind und wieviel Stoff sie pro Tag benötigen. Man muß einen hinreichend objektiven „status quo ante“ feststellen, was jedoch kaum möglich sein dürfte. Die Probanden werden ihre Straftaten nicht aufzählen, sie werden hohe Tagesdosen nennen, um genügend Stoff zu bekommen. Die ordnungspolitische Prüfung scheidet aus.

Bedingt beschreibbar ist die soziale und körperliche Verelendung: keine Wohnung, kein Geld, keine Hygiene, Untergewicht, Blutbildveränderungen, Laborwerte und dergleichen mehr. Eine Skalierung des „Verelendungsgrades“ ist das nicht.

Die Ärzte müßten bei der Abgabe von Heroin einen Wert festsetzen, und zwar so, daß dieser nicht nur Entzugserscheinungen verhindert, sondern vor allem den Erwartungen

entspricht, das heißt ein wohliges Gefühl vermittelt. Da jedoch bei Abhängigen die Eigendynamik bereits eingesetzt hat und somit immer höhere Dosen gebraucht werden, müßten die Ärzte die Dosis jeweils wieder neu bestimmen. Zugleich dürften sie dem Feilschen um mehr Stoff nicht erliegen.

Aufwendig

Angenommen, es sind fünf Injektionen täglich in einer bestimmten Dosis vorzusehen: Dann muß jede Ausgabestelle 250 „Portionen“ gekennzeichnet vorhalten. Einfach wäre es, handelsübliches Morphin zu nehmen – nur ist dies wesentlich schwächer. Ein Heroinabhängiger, der 0,3 Gramm pro Tag braucht, muß dann 1,5 Gramm Fertigschubstanz bekommen (Preis: siehe Rote Liste).

Hinzu kommt, daß der Berechtigte seine Identität nachweisen muß. Er wird registriert, die Arzt- und Laborwerte werden datengeschützt eingetragen, fälschungssichere Kennkarten müssen ausgegeben werden. Wie reagieren Abhängige darauf? Die Abgabestellen wiederum müssen „Terminkalender“ führen (250 abgestimmte Termine pro Tag), jedesmal die Identität prüfen, dies an 7 Tagen pro Woche; sie müssen Dosisänderungen registrieren, Begleitkrankheiten erkennen, ärztliche Untersuchungen veranlassen und so weiter. Allein für diese Ab-

lauforganisation sind bei ganztägigen Öffnungszeiten 4 bis 6 Kräfte erforderlich.

Die begleitenden Ärzte müssen die Klienten untersuchen, Dosierungen bestimmen, Urinkontrollen durchzuführen: Hunderte von Untersuchungen pro Woche, durch wieviele Ärzte? Da die Grenzen zwischen Verträglichkeit und Überdosierung bekanntlich eng beieinander liegen, dürfte es zu Zwischenfällen kommen. Das bedeutet: Ein jederzeit abrufbarer Rettungsdienst mit Reanimationsgerät, Arzt, dazu Notbetten und Pflegepersonal müssen vorbehalten werden.

Für die beteiligten Ärzte öffnet sich ein fataler Teufelskreis, denn die Dosissteigerung muß mit einem Sicherheitsbereich, den keiner objektiv kennt, eingehalten werden. Unterdosierung bedeutet mehr Sicherheit, aber zugleich die erhöhte Gefahr des Beikonsums und damit von akuten Notfällen.

Besonders schwierig, aber unverzichtbar ist die Entgiftung im noch sicheren Grenzbereich (?) – auch gegen den Willen des Patienten. Ist dieser schließlich „runterdosiert“, eventuell sogar drogenfrei, so hat er sein Rauschverlangen dennoch nicht überwunden und wird durch die „Zuteilung“ von Heroin in kleinerer, dann steigender Dosis wieder süchtig. Dem Abhängigen, der seinen Stoff in ausreichender Menge bekommt, geht es subjektiv gesehen gut. Warum sollte er sich jetzt noch für die als Qual diffamierte Therapie entscheiden? Der erhoffte Einstieg in die Drogenfreiheit ist mithin eine Illusion.

Ohne Frage: Für diese Klienten wird der Beschaffungsdruck gemildert. Sonst ändert sich an ihrer Situation jedoch nichts: Der „Kranke“ bleibt krank. Der benötigte Aufwand läßt sich nur schwer quantifizieren, er dürfte aber Millionen verschlingen. Und doch wird sich am Ende zeigen, daß man den Teufel nicht mit Beelzebub austreiben kann. War das alles unbekannt?

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. habil. M. Franke
Friedrichstraße 47
W-5300 Bonn 1

Da kräht kein Hahn danach – Federviehproduktion in Deutschland

Poularden, Grillhähnchen, Hühnersuppe – all das macht vielen Menschen Appetit. Er vergeht jedoch den meisten Geflügelessemern, wenn man ihnen schildert, wie Hühnchen und Hähnchen in der Bundesrepublik Deutschland erzeugt werden. Die Redaktion ist im Zusammenhang mit dem Thema „Tierversuche“ öfters gebeten worden, auch dem Thema „Massentierhaltung“ einmal nachzugehen. Das hat Karsten Röhr, Autor der folgenden Reportage, getan.

„Wer ist das fröhlichste Tier?“ fragte man einen alten Bauern. „Es ist der Hahn“, antwortete er. „Der Hahn und die Fröhlichkeit sind eins. Er freut sich, wenn der Tag geboren wird, und singt. Er freut sich, wenn die Sonne aufgeht, und singt. Er läuft, springt, kämpft und spielt, immer singend, glücklich und zufrieden. Und der ganze Hof hört auf ihn und freut sich mit.“

Der Hahn, von Leonardo da Vinci in der kleinen Episode solchermaßen gefeiert, ist aus unseren Dörfern so gut wie verschwunden. Nur auf der Kirchturmspitze dreht er sich noch ab und zu: als Windanzeiger und Zeichen der Wachsamkeit. Der Rest ist Geschichte. Die Hähne von heute werden in der Regel gar nicht erst zu solchen. Die in den sterilen Brutkammern der modernen Hühnerfabriken geschlüpften Küken werden sofort von koreanischen und japanischen Spezialisten nach Geschlechtern sortiert. 52 Prozent, nämlich die kleinen, wirft man lebend in eine bereitstehende Abfalltonne, weil sie bei der Mast nicht genug Fleisch ansetzen würden. Ist ein Behälter voll, werden die Eintagskü-



Hühner- und Eier-Industrie

ken mit Kohlendioxid vergast, eingefroren und als Tierfutter verkauft.

Doch auch das Leben der speziell gezüchteten Masttiere ist kurz und freudlos. In sechs Wochen gelangen sie zur Schlachtreife. Hier werden die weiblichen Küken wegen ihrer ähnlich guten Futterverwertung nicht aussortiert oder „ausgesext“, wie es in der Fachsprache heißt. Die Hühnchen gehen als „Masthähnchen“ oder „Broiler“ in die Truhe.

Das Broiler-Zentrum der Bundesrepublik liegt im südlichen Oldenburg. Rund acht Millionen gefiederte Zweibeiner verlassen jährlich die gut 60 Mastställe zwischen Neuvrees und Neulorup. Bis zu 17 000 Hähnchen pferchen die Bauern in einen Stall.

Und das Geschäft blüht. Grillhähnchen und Poularden sind beim Verbraucher sehr gefragt. Der Trend zu magerer Kost ist ungebrochen. Statt fetter Schweinebraten kommt immer mehr Geflügel auf den Tisch. 100 Gramm Hähnchenfleisch enthalten etwa 5 Gramm Fett, 100 Gramm mittelfettes Schweinefleisch dagegen etwa 35.