

setzen, der die Thromboplastinbildung hemmt, wenn er im Überschuß vorhanden ist. Wahrscheinlich erklären sich damit einige der Abweichungen in den Ergebnissen früherer Untersuchungen, jedoch bleibt es zweifelhaft, ob sich die vielen positiven Befunde bei hämorrhagischer Thrombozythämie auf diese Weise wegdiskutieren lassen.

Es gibt Hinweise darauf, daß auch noch andere Faktoren beteiligt sein können. Gimeno Alfós und Mitarbeiter (1959) stellten bei zwei Fällen von hämorrhagischer Thrombozythämie fest, daß die Lebensdauer der Thrombozyten, gemessen durch Markierung mit radioaktivem Fluostigmin (Diisopropylfluorophosphat), auf 13½ Tage im Vergleich zur normalen Lebensdauer von 10 Tagen verlängert war. Bei einem anderen Fall fanden Benney und Lewis (1959) einen Faktor-IX-Mangel im Serum, der nach erfolgreicher Behandlung mit radioaktivem Phosphor (³²P) beseitigt wurde. Diese Autoren glauben, daß in den Anfangsstadien der Gerinnung eine optimale Thrombozytenkonzentration zur vollständigen Aktivierung des Faktors IX erforderlich ist und daß der Mangel an Faktor IX im Serum auf Retention oder Verbrauch des während der Gerinnung nicht aktivierten Anteils des Faktors IX beruht.

Es ist somit wahrscheinlich, daß die Blutungsneigung bei hämorrhagischer Thrombozythämie auf einem spezifischen funktionellen Thrombozytendefekt beruht, aber die widersprechenden Ansichten der Untersucher, die sich mit diesem Problem beschäftigt haben, verdeutlichen die Tatsache, daß unsere Kenntnisse über den Mechanismus der Plättchenfunktion und unsere Untersuchungsmethoden noch unzureichend sind.

Literatur

- Benney, W. E., F. J. W. Lewis: J. clin. Path. 12 (1959), 551.
 Dameshek, W.: Blood 6 (1951), 372.
 Epstein, E., A. Goedel: Virchows Arch. path. Anat. 292 (1934), 233.
 Gimeno Alfós, L., E. D. Field, E. M. Ledlie: Lancet 1959/II, 941.
 Gunz, F. W.: Blood 15 (1960), 706.
 Hardisty, R. M., H. H. Wolff: Brit. J. Haemat. 1 (1955), 390.
 Hiepler, E.: Thromb. Diath. Haemorrh. 6 (1961), 73a.
 Koller, F., Y. Bounameaux: Bull. schweiz. Akad. med. Wiss. 12 (1956), 248.
 Ozer, F. L., W. E. Truax, D. C. Miesch, W. C. Levin: Am. J. Med. 28 (1960), 907.
 Shaw, S.: Brit. med. J. 1 (1961), 1437.
 Siede, W.: Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 58 (1959), 579.
 Soulier, J. P., D. Alagille, M. J. Larrieu: Sang 28 (1957), 277.
 Spaet, T. H., S. Bauer, S. Melamed: Arch. intern. Med. 98 (1956), 377.

D. P. Winstanley, London

ARZT UND RECHT

Schriftleitung: Rechtsanwalt Dr. iur. R. Schmelcher, Karlsruhe, Virchowstr. 12

Die Beiträge sind folgendermaßen gekennzeichnet:

A. Allgemeines Arztrecht; B. Ärztliches Berufs- und Standesrecht einschließlich Facharztordnung, Disziplinarrecht usw.; C. Angestellte und beamtete Ärzte; D. Kassen- und Ersatzkassenarztrecht einschließlich Sozialgerichtsbarkeit; E. Der Arzt im Strafrecht; F. Der Arzt im Steuerrecht; G. Krankenhauswesen; H. Statistik; J. Sonstiges. – Der Übersichtlichkeit halber werden jährlich die einzelnen Beiträge innerhalb der Hauptsachgebiete fortlaufend numeriert, so daß jederzeit auf diese Artikel verwiesen werden kann, z. B. „Dtsch. med. Wschr. 87 (1962), 2386, A 20.“

E 8

Die Verordnung sogenannter „Anti-Baby-Pillen“ in rechtlicher Sicht

Noch ist der Sterilisationsfall Dr. Dohrn nicht abgeschlossen, der weit über die Person des betroffenen Arztes hinaus grundsätzliche Rechtsfragen zum ärztlichen Handeln und zur Geburtenkontrolle aufgeworfen hat. Dennoch wird die Diskussion um die „Anti-Baby-Pille“ unter Hinweis auf eben jenen Fall Dohrn von Ärzten zum Anlaß genommen, Fragen zu stellen.

1. So wenig, wie seinerzeit vom Verfasser in Dtsch. med. Wschr. 1961, 684 zur Frage der Sterilisation Bindendes gesagt werden wollte, sondern nur im Rahmen einer abstrakten Abhandlung in etwa das Gebiet abgesteckt wurde, auf welchem der Arzt sich zuverlässig straflos und ohne Schadensersatz-

drohung bewegen könne oder wo äußerste Vorsicht geboten sei (vgl. auch Verf. Berliner Ärzteblatt 1961, Heft 11 und „Der Frauenarzt“ 1962, Heft 5/6), so wenig kann hier eine absolut unanfechtbare Darlegung erwartet werden. Die Dinge sind so im Fluß, daß jedenfalls der Arzt nur einen Überblick, nicht aber eine Patentlösung erwarten kann. Sie würden auch im Falle eines Freispruchs des Dr. Dohrn aus subjektiven Gründen des entschuldigen Irrtums über die Rechtslage im Fluß bleiben, bis der Gesetzgeber die längst fällige Regelung normiert.

2. Allerdings muß deutlich vorangeschickt werden, daß die Parallelen zwischen Sterilisation und Einnahme von Drogen nur sehr bedingt zu ziehen sind. Einmal ist der Eingriff, durch welchen sterilisiert wird, wenn er lege artis durchgeführt wird, in seinen

Wirkungen klar zu übersehen; bei der Pille sind etwaige Nebenwirkungen noch nicht hinreichend erforscht, sofern man von solchen Forschungsergebnissen bei Medikamenten überhaupt Sicherheit erwarten kann. Umgekehrt ist der sterilisierende operative Eingriff bislang in weit überwiegendem Maße irreparabel, wogegen die Pille diese Wirkung angeblich nicht haben soll. Sodann nimmt der Arzt einen operativen Eingriff immer unter eigener Tatherrschaft vor, wogegen die Pille in der Hand des „Patienten“ ein Eigenleben führt. Und schließlich kann man den operativen Eingriff nicht in Apotheken oder Drogerien „kaufen“, weil er ganz an die Person des handelnden Arztes gebunden ist. Aus dieser Gegenüberstellung ergibt sich, daß man die Probleme nicht über einen Leisten schlagen kann und daß etwa die Annahme einer Rechtswidrigkeit bei medizinisch nicht indizierten operativ-sterilisierenden Eingriffen noch lange nichts über die Rechtswidrigkeit von Pillenverschreibungen besagt, wie umgekehrt die Anerkennung bestimmter sozialmedizinisch indizierter operativer Eingriffe noch lange nichts darüber besagen würde, daß schrankenlose Pillenverschreibung stets rechtmäßig sei.

3. Wie bei allem medizinisch-technischen Fortschritt halten Gefahr und Segen miteinander Schritt. Daß man nach den Erfahrungen mit dem „Contergan“ in einer Zeit, da ernsthaft um die Möglichkeiten gerungen wird, Sicherungen vor Medikamenten einzubauen, in der breiten Massenpresse Diskussionen über diese „Pille“ entfacht, anstatt diese Fragen im und am Krankenbett beobachtend sorglich sich entwickeln zu lassen, wirkt bestürzend. Ohne daß hier moral-ethische Begriffe in einen Beitrag eingefügt werden sollen, muß ganz allgemein die Glaubwürdigkeit des Arguments in Zweifel gezogen werden, als ob diese Pillen deshalb unabdingbar notwendig seien, um die Übervölkerung der Erde und den bevorstehenden Hungertod der Menschheit zu verhindern. Ähnliche Thesen sind in der Volkswirtschaft schon vor einem Vierteljahrhundert von Malthus gelehrt worden. Sinnvoll aber wäre dieser Gedankengang doch wohl nur, wenn auch in China oder Afrika die Verhütung begänne, wogegen sie, einseitig propagiert, doch nur zu einer Verlagerung der Gewichte innerhalb der Bevölkerungsdichten und damit — wie um 260 nach Christus — zum Einstürzen der Massen der hungrigen übervölkerten Stämme in die Länder der satten, aber dezimierten Völker führen müßte. Das hat mit Rassen- und Bevölkerungspolitik nichts zu tun; es ist die logische Überlegung, daß ein Staat, der sich zum Ziele gesetzt hat, jedem alten Mann den Lebensabend zu garantieren, nicht völlig passiv zusehen darf, wie die Grundlage der Alterspyramide in großem, über das Individuelle hinausgehendem Ausmaße verringert wird. Dies hat der Verfasser, nicht ohne Wider-

spruch, in NJW 1963, Heft 51 gegen eine völlige Freigabe der Sterilisation ohne Vorliegen medizinischer oder ernstlicher sozialer Billigungsgründe ausgeführt. Das Schwergewicht dieser Gedankengänge lag aber bei der Irreparabilität des Eingriffs, wogegen eine individuelle, von Monat zu Monat vorgenommene Hinderung der Konzeption praktisch gesetzlich nicht mehr verhindert werden kann, wie ja die Gestattung bestimmter empfängnisverhütender Mittel im Handel beweist. Der Streit um den Verkauf in Außenautomaten betraf nur die Art des Verkaufs, nicht aber die Zulässigkeit als solche.

4. Die herkömmlichen individuellen Verhütungsmittel, die man ja praktisch ohne Gegenkontrolle erwerben kann, erheben jedoch ihrerseits keinen Anspruch darauf, Heilmittel zu sein. Sie wirken äußerlich durch Auffangen oder vorzeitige Defertilisierung des Samens, sie wirken aber gerade nicht auf die inneren Körperorgane oder über die Blutbahn ein. Sie können gesundheitlich weder schaden noch heilen. Ihr Zweck ist eindeutig. Umgekehrt hat die „Antibabypille“ die mit diesem gräßlichen Schlagwort bereits auf eine ihr primär nicht zukommende „schräge“ Bahn kommt, als ein Hormonpräparat in erster Linie einen heilenden Zweck im Auge gehabt, indem sie durch künstliche Ruhigstellung der Eierstöcke krankhafte Zustände weitgehend und dauerhaft bessern, ja sogar bislang unfruchtbaren Frauen Schwangerschaften bringen und vor allem auch Blutungsstörungen beseitigen soll. Das Wort „anti“ als Gegnerschaft zum Kinde ist also ein Schlagwort, das genauso wenig am Platze ist, wie wenn man etwa Medikamente, die in Überdosen oder zu nicht vorgesehenen Zwecken eingenommen werden, danach bemessen will, was mit ihnen sinnwidrig erzielt wird.

5. Damit steht aber auch zugleich fest, daß die Verabreichung solcher Pillen bei kranken Menschen zum Zwecke der Beseitigung gesundheitlicher schwerer Störungen als Heileingriff gerechtfertigt ist, sofern sie lege artis und nach einer ausreichenden Aufklärung über mögliche typische Nebenfolgen erfolgt ist. Auf die Problematik, ob solche Heileingriffe „Körperverletzung“ seien, braucht hier ebensowenig eingegangen zu werden wie darauf, wie weit eine Aufklärung bei nichtdringlichen Eingriffen im Gegensatz zum lebenserhaltenden dringenden Eingriff zu gehen hat (vgl. hierzu Verf. Dtsch. med. Wschr. 1962, 1157). Jedoch kann Ärzten, welche diese Droge für Heilzwecke der oben angedeuteten Art anwenden wollen, nicht genug nahegelegt werden, typische Folgen durchzusprechen. Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat gezeigt, wie leicht Patienten dazu neigen, nachdem die schweren Leiden vorbei sind, sich nun an Nebenfolgen festzuhalten. Der Kropf und das schwere Atmen sind vergessen, die Fistelstimme ärgert; die Geschwulst im Unterleib ist beseitigt, die fehlende Gebärmutter erhält retrospektiv eine früher

erkennbar nicht gehabte, Bedeutung und ähnliches. Der Arzt muß sich immer gewärtig sein, daß eines Tages die Patientin, welche später Beschwerden irgendwelcher Art fühlt oder gar später plötzlich Kinder will und keine mehr bekommt, die Pillenverabreichung, obwohl lege artis durchgeführt und medizinisch indiziert, in eine eigenmächtige Heilbehandlung umdeuten wird.

Dies gilt gesteigert in den Fällen, in denen die Droge ambulant rein zum Zwecke der Empfängnisverhütung für bestimmte Dauer verschrieben wird. Man wende hier nicht ein, ein Arzt werde immer dazu fähig sein, eine solche Verschreibung medizinisch so zu unterbauen, daß sie stets einen Heileingriff indiziere. Denkt man aber an merkwürdige Bezichtigungen (wie sie etwa im Rahmen des § 218 StGB vom „Opfer“, das geringe Strafe zu erwarten hat oder dessen Tat schon verjährt ist, gegen den Operateur auftreten und sicher im Bereich der Sterilisation, falls sie etwa medizinisch zugelassen würde, auftreten werden), so darf man vom Arzt her gesehen die Dinge nicht auf die leichte Schulter nehmen. Erinnert darf daran werden, daß der Bundesgerichtshof, wenn auch sehr umstritten, indizierte Unterbrechungen nur im Krankenhaus unter mehreren Augen als rechtfertigend anerkannt hat, so daß an sich denkbar ist, daß die Rechtsprechung zwar die Bedeutung der Heilwirkung jener Drogen anerkennen, diese Heilabsicht aber nur bei einer stationären Behandlung zuerkennen wird.

6. Gesetzt aber, es würde ein besonderer Heilzweck vom Gericht im Einzelfall nicht anerkannt, sondern eine gezielte Unfruchtbarmachung auf Zeit festgestellt, so ist noch nichts darüber gesagt, wie eine solche Verschreibung rechtlich einzustufen ist. Man kann nämlich sehr wohl damit argumentieren, jeder Mensch habe (außerhalb gesetzlich verbotener Taten, wie militärische Selbstverstümmelung, Versicherungsbetrug etc.) das Recht, über seinen Körper zu verfügen. So wie er also Alkohol so lange ungehindert genießen dürfe, als er nicht wegen der Gefährdung der Umgebung in eine Anstalt eingewiesen oder sonst einer Entziehungskur zugeführt werde, dürfe er auch Drogen genießen, welche bestimmte Körperfunktionen ausschalten oder beleben. Beihilfe zu solchen Selbstschädigungen sei aber ebensowenig strafbar wie Beihilfe zum Selbstmord. Nun ist zur Frage der Beihilfe zum Selbstmord die Garantenstellung der Ärzte aufgrund ihrer Heil- und Lebenserhaltungspflicht schon eigenartig genug (vgl. Verf. Dtsch. med. Wschr. 1961, 446). Kann man aber bei einem ärztlichen Tun überhaupt von einer Beihilfe sprechen? Ist vielmehr nicht jeder Arzt, wenn er schon rechtlich Relevantes tut, Täter? Nicht einmal im Falle Dohrn scheint behauptet worden zu sein, da der Patient sich selbst verstümmeln dürfe, tue der Arzt, der kein eigenes Interesse an dem Vorgang

habe, sondern nur helfe, nichts anderes, als zu straflosem Tun Beihilfe zu leisten. Eine solche Betrachtung wäre mit der Stellung des Arztes unvereinbar. Er hat, mag er nun den Wunsch eines Patienten mit einem gewünschten, nicht heilnotwendigen Eingriff aus voller Überzeugung oder eben nur auf dringliche Bitte erfüllen, doch immer die Tatherrschaft. Lösen kann man daher Fragen operativer Eingriffe immer nur unter dem Aspekt, daß der Arzt aktiv als Täter handelt und seine Rechtfertigung aus dem Heilzweck und der Einwilligung findet und daß er dieser Rechtfertigung verlustig geht, wenn die Einwilligung des Patienten sittenwidrig ist. Nichts anderes kann dann auch für die Verschreibung von Drogen gelten. Zwar wird der Arzt hier nicht unmittelbar tätig. Er hat kein Messer oder Hörrohr in der Hand. Er schreibt nur ein Rezept, mit welchem der Patient die Droge einkauft und aufgrund dessen er sie einnimmt. Der Arzt wird damit aber gerade nicht zum Gehilfe des Patienten, sondern es ist sein Rezept, getragen von der Autorität des Arztes, der erst sich der Apotheker zu beugen hat. Der Apotheker dürfte die Arznei gar nicht ausfolgen, wenn er wüßte, daß nur der Patient sie haben will und daß der Arzt sie ihm nur verschaffen will und, ohne die Verabreichung selbst zu wollen, unterschrieben hat. Sonach ist auch bei Verschreibung von rezeptpflichtigen Mitteln die Rechtsfrage nur unter dem Gesichtspunkt: Täterschaft des Arztes und Einwilligung des Patienten zu sehen. Für all die Fälle, wo es sich nicht um Heilung bestehender Beschwerden, sondern um gezielte zeitliche Sterilisierung handelt, braucht auf die „Körperverletzung“ im einzelnen nicht eingegangen zu werden. Die Verabreichung solcher Tabletten, die ohne Heilzweck im weitesten Sinn in die Organe einwirken, sind Körperverletzung, die durch Einwilligung des Einnehmenden gerechtfertigt sein kann.

7. Daß diese Einwilligung eine genügende Aufklärung über Folgen, etwaige Nebenfolgen und mangelnde Erprobung voraussetzt, wurde oben unter 5 ausgeführt. Zur Sittenwidrigkeit gilt im allgemeinen (ehe nicht der Fall Dohrn das Gegenteil auch in objektiver Richtung erbringen sollte), daß nicht medizinisch oder nicht durch besonders bedrückende soziale und familiäre Verhältnisse indizierte, über das mechanische hinausgehende organverändernde Sterilisierung an sich sittenwidrig ist. Der für den Verfasser bemerkenswerteste Unterschied zur Tubenligatur bleibt aber doch das Fehlen der Endgültigkeit. Es ist also anzunehmen, daß ein großzügigerer Maßstab angelegt werden wird als bei der Tubenligatur. Der Verfasser sieht die Problematik weit weniger unter dem Gesichtspunkt eines lege artis vorgenommenen, aber sittlich anfechtbaren Eingriffs, als unter dem Gesichtspunkt der Unerprobtheit. Was nützt es denn, wenn ein Medikament sich in der Klinik für bestimmte Beruhigungen und Beseitigung

von Störungen bewährt hat, ehe nicht so weitgehende Erfahrungen gesammelt worden sind, daß sich auch der ambulant behandelnde Arzt des Medikaments bedienen darf? Die klinische Erprobung ist erst Voraussetzung für die rezeptpflichtige Freiverkäuflichkeit. Und daher sollte sich jeder Arzt, die Frage nach der Sittenwidrigkeit ganz beiseite gelassen, stets die Frage vorlegen, ob er es vor sich selbst verantworten kann, außerhalb der klinischen Behandlung unter genauer Aufsicht Mittel zu verschreiben, die mindestens, gelinde gesagt, in bezug auf Nebenfolgen meistens dort noch unklar sind, wo nicht genaue klinische Kontrolle gewährleistet ist. Daher scheint das Problem der „Antibaby-Pille“,

welches in Wahrheit primär gar kein solches ist, derzeit noch viel zu stark publizistisch hochgespielt zu sein. Die Erfahrungen des Forum Philippinum vom 5. 5. 1964 in Marburg (werden demnächst veröffentlicht) sollten auch auf diesem Gebiet zur Vorsicht mahnen, um so mehr, als man unerwünschten Kindersegen, wenn auch nicht voll wirksam, so doch einigermaßen steuern kann, ohne größere Gegengefahren in Kauf dort nehmen zu müssen, wo sie (außerhalb der eigentlichen Heilungszwecke bei wirklich erkrankten Frauen) vermeidbar und daher medizinisch nicht indiziert sind.

Bundesanwalt Dr. Max Kohlhaas, Karlsruhe-Durlach, Elly-Heuss-Weg 5

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: Prognose und Belastungsfähigkeit bei jugendlichen Patienten nach erfolgreicher Steroidbehandlung des nephrotischen Syndroms? Bei einem 12jährigen Mädchen hat sich durch Cortison- und ACTH-Behandlung ein nephrotisches Syndrom mit Albuminurie bis 20% Esbach völlig zurückgebildet. Der Harn ist ein halbes Jahr nach Behandlung eiweißfrei. Muß dem Kinde jegliche sportliche Betätigung, insbesondere das Schwimmen, verboten werden? Handelt es sich beim nephrotischen Syndrom um eine Nieren- oder Bluteiweißerkrankung?

Antwort: Wenn bei einem 12jährigen Kind ein nephrotisches Syndrom mit Erfolg auf eine Cortison- und ACTH-Behandlung angesprochen hat, so daß die schwere Proteinurie vollständig verschwand sowie die übrigen Symptome, so ist anzunehmen, daß es sich um eine „reine Lipoidnephrose“ (sogenannte membranöse Glomerulonephritis) handelte, deren Prognose günstig ist. Allerdings kommen zuweilen Rezidive vor, besonders nach interkurrenten Infekten. Es sollte darum stets die Herdsanierung durchgeführt werden, vor allem die Tonsillektomie, falls eine chronische Tonsillitis besteht. Wenn dieses Kind nun klinisch gesund ist und auch nach Aufstehen und Herumlaufen keine Proteinurie zeigt, so würde ich ihm körperliche Betätigung nicht verbieten. Ich würde aber keinen Leistungssport erlauben und auch kein Schwimmen im kalten Wasser, da die besondere Reagibilität der Nieren auf Kälteeinflüsse bekannt ist. Die Ätiologie der reinen Lipoidnephrose (membranöse Nephritis) ist allerdings noch unklar, jedoch kann sie sich sicherlich auch nach banalen Infektionen entwickeln. Außerdem weiß man im Einzelfall nie, ob sich hinter der sogenannten Lipoidnephrose nicht doch eine Glomerulonephritis mit nephrotischem Einschlag verbirgt, die eine Streptokokkenätiologie hat. Die Sorgen der Mutter vor Erkältungen sind also berechtigt. Alle Nephrologen sind sich heute darüber einig, daß es sich beim nephrotischen Syndrom nicht um eine „Bluteiweißerkrankung“, sondern um eine Nierenerkrankung handelt. Die Bluteiweißveränderungen sind sekundär.

Prof. Dr. H. Sarre, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Freiburg i. Br., Hermann-Herder-Str. 6

Frage: Aussagefähigkeit der Grundumsatzbestimmung bei ambulanten Patienten? Wie soll die Untersuchung unter diesen Bedingungen durchgeführt werden und welche Prämedikation ist zu empfehlen?

Antwort: Die grundsätzlichen Fragen wurden in dieser Wochenschrift 84 (1959), 1396, bereits erörtert. Die Grundumsatzbestimmung ist eine stör anfällige Methode. Eine Reihe von inneren und äußeren Faktoren, die nichts mit der basalen Kalorienproduktion zu tun haben, können den Meßwert erhöhen und einen zu hohen Grundumsatz vortäuschen. Deshalb sind grundsätzlich nur stationär durchgeführte Grundumsatzbestimmungen zu werten, und auch diese oft nur dann, wenn eine Serie an aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt wurde. Nicht selten sinken scheinbar erhöhte Grundumsatzwerte nach Wiederholung schließlich auf normale Werte ab. Ambulant vorgenommene Grundumsatzbestimmungen sind stets mit Skepsis zu betrachten, es sei denn, daß sich ein normaler Wert ergibt. Auch in diesem Fall kann man einen in Wirklichkeit erniedrigten Grundumsatz nicht ausschließen. Bei ungeübten Patienten sind ambulante Bestimmungen meist wertlos. Sie sind höher einzuschätzen, wenn der Patient die Methode aus früheren stationären Aufenthalten kennt. Ist die ambulante Durchführung nicht zu umgehen, so sollte der Patient am Abend vorher (nicht nach 20 Uhr) keine allzu große Mahlzeit einnehmen. Eine eiweißfreie Ernährung ist nicht notwendig. Am Morgen der Untersuchung soll er nüchtern bleiben; er darf nicht rauchen, nicht baden und keine Medikamente zu sich nehmen. Längere Fahrten im Wagen, in der Straßen- oder Eisenbahn sind zu vermeiden. Vor der Grundumsatzbestimmung ist eine Stunde Ruhe in horizontaler Lage in einem Nebenraum des Laboratoriums notwendig. Die Prämedikation von Barbituraten ist bei erregten stationären Patienten manchmal sinnvoll. Bei ambulanten Patienten ist ihr angesichts der meist schwierigen Verkehrsverhältnisse zu widerraten; zumindest müßte wohl eine Begleitperson gefordert werden. Falls sich keine normalen Werte ergeben, sind besonders bei ambulanter Durchführung mehrere Untersuchungen an verschiedenen Tagen erforderlich. Die obere Normgrenze sollte man bei ambulanter Untersuchung mit +30% an-