

Auch die Gabe von pflanzlichen Omega-3-Fettsäuren (die nur bis maximal C 18 lang sind) ist keine Wiedergutmachung des Omega-6-Shifts durch eine Tüte Chips, wie folgende Rechnung zeigt: Eine fiktive Gabe von 100 g Leinöl (54,2 % = g Alpha-Linolen-Säure [O-3] und nur 13,9 % = g Linol-Säure [O-6]) würde durch die ungleiche Verlängerung zu 9,73 g Arachidonsäure und nur 2,71 g EPA führen. Also ergibt sich auch hier ein „Netto-Zuwachs“ von 7,02 g Omega-6 C 20. Dadurch wird deutlich, dass ein einziger „Diätfehler“, der den Probanden sicher nicht bewusst ist, die EPA-Gabe von Tagen bis Wochen der Studiendauer zunichte macht. Aus diesem Grund halte ich Interventionsstudien, die nur die Aufnahme von Omega-3 messen, für nicht tauglich. Vor der Gabe von Omega-3 sollte also der Omega-3/Omega-6-Quotient im Körper bestimmt werden. Als aussagekräftigsten Wert empfehle ich die Bestimmung aus der Erythrozyten-Hülle. Dann kann mit der Gabe von Omega-3-Fettsäuren begonnen werden. Erst unter dem Monitoring des Quotienten kann ein Outcome bezüglich der Zielsymptomatik der Studie sinnvoll bewertet werden.

Dr. med. Georg Hünig, 90402 Nürnberg

Genauer vergleichen

Wir Augenärzte haben jahrelang auf die Ergebnisse der ARED2-Studie des National Institute of Health (NIH) aus den USA gewartet, um unsere Vielzahl an Patienten mit trockener AMD besser vor der feuchten Form mit schweren Sehbehinderungen zu schützen, in erster Linie durch Gabe von Omega-3-Kapseln. Mit den Veröffentlichungen der Ergebnisse in 2013 waren wir dann enttäuscht. Die Einnahme von Omega-3-Kapseln hatte keinen Unterschied gezeigt gegenüber einem Placebo. Im gleichen Jahr wurde, leider relativ unbemerkt, von einer europäischen Arbeitsgruppe die NAT2-Studie mit den Ergebnissen veröffentlicht, dass nicht die Einnahme von Omega-3-Kapseln zur Reduzierung des Auftretens der feuchten AMD entscheidend ist, sondern der Gehalt an Omega-3 in den Erythrozyten (Omega-3-Index).

Daher kann ich an dieser Stelle den Kollegen der Kardiologie nur empfehlen, sich den in 2016 veröffentlichten hervorragenden Vergleich beider Studien (3) genauer anzusehen.

Dr. med. Andreas Bayer, 82362 Weilheim

Bürgerversicherung

Dr. med. Klaus Reinhardt, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses, über die Folgen einer einheitlichen Honorierung bei der Einführung einer Bürgerversicherung und den Zukunftsaussichten von privater und gesetzlicher Krankenversicherung (DÄ 1-2/2018: „Der Nachteil wird immens sein“).

Angst vor dem Ungewissen

Die Bedenken des Kollegen Reinhardt sind sicher berechtigt, aber es hängt von der Sichtweise und dem Ausmaß der Bürgerversicherung und der damit verbundenen „Revolution“ ab.

Die eine Sicht ist: Im Moment mache ich pro GKV-Patient und Quartal ca. 10 bis 15 Euro Minus, das heißt nur durch privat Versicherte und eine Nebentätigkeit im Krankenhaus kann ich ein Gehalt generieren. Ursache dafür ist nicht die GKV an sich, sondern der EBM und der fehlende Wille, diesen zu verändern. Mir werden als Kinder- und Jugend-Gastroenterologe weder Infusionen, Injektionen noch H2-Atemtests bezahlt. Eine Narkose für eine Kinderendoskopie ist überhaupt nicht vorgesehen.

Unter diesem Aspekt kann eine Bürgerversicherung den sicheren Ruin oder den Anfang einer erfüllenden produktiven Tätigkeit bedeuten, je nach dem, ob der EBM fortbesteht oder durch eine vernünftige Abrechnungsgrundlage ersetzt wird. Die andere Sicht ist: Die Angst der Ärzte vor der Bürgerversicherung ist solange berechtigt, solange man jung und ledig ist. Spätestens wenn man selbst horrend steigende Privat-Krankenversicherungskosten zu stemmen hat, sieht man die Welt anders. Dann wünscht man sich viele Privatpatienten, um das zu verdienen, was man mehr ausgeben muss.

Hier kann eine Bürgerversicherung das Nötige absichern und zu stabilen Beiträgen über die Lebensspanne führen. Eine weitere Sicht ergibt sich, wenn man täglich miterleben muss, wie viele sinnlose und Doppel-Untersuchungen bei privat Versicherten durchgeführt werden. Ökonomisch geht auf jeden Fall anders und es ist nicht einmal gesagt, dass dann das Nötige versichert ist (Elementarnahrungen bei Säuglingen mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten werden nur nach massivem Einsatz durch die PKV erstattet).

Aber auch in der GKV ist das Nötige oft nicht vom „Wünsch-Dir-Was“ zu

trennen. Wie kann man ein „Halswirbel-einrenken“ bei Kindern erstatten, aber nicht die Infusion moderner Biologicals bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen?

So wird das Schüren der Angst vor dem Ungewissen durch Standes- und Sachvertreter nicht nur eine sinnvolle Bürgerversicherung verhindern, sondern auch eine grundlegende Reform des EBM.

Dr. med. Thomas Schneider, 22419 Hamburg

Schwangerschaftsabbruch

Der Fall der Gießener Allgemeinärztin Kristina Hänel, die zu einer Geldstrafe verurteilt wurde, weil sie gegen den § 219 a StGB verstoßen hat, setzt einiges in Bewegung (DÄ 51-52/2017: „Unterstützung aus der Politik“ von Petra Bühring).

Es geht nicht um Information

Es ist also wichtig, dass uns der Unterschied zwischen Information und Werbung erklärt wird und „die Frauen auf dem Land“ laut Pro ? Familia in Zeiten von Internet herausfinden, wo sie abtreiben können. Wichtig auch, dass wir wissen, dass „die Politik“ die Abschaffung des Zusatzes A des § 218 unterstützt. Die zitierte und auf dem Foto abgebildete „Politik“ will aber weit mehr. Darüber steht in dem Artikel nichts. Frau Künast von den „Grünen“ sagte in der Tagesschau vom 1. Dezember 2017, dass „Abtreibung nicht strafbar ist“. Da fragten mich Bekannte, ob das schon so ist, denn Frau Künast ist Juristin und ihr wurde nicht widersprochen. Frau Kipping auf dem gleichen Foto von den „Linken“ rief mit anderen Politikern zur Gegendemonstration beim „Marsch für das Leben“ auf. In Ihrem Artikel wird Frau Hänel zitiert „... die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch entsteht aus einer inneren Not ...“. Laut statistischem Bundesamt erfolgten im Jahr 2016 von 98 721 dokumentierten Schwangerschaftsabbrüchen 94 908 über die Beratungsregelung, 3785 hatten eine medizinische, 28! eine kriminologische Indikation. Die innere Not des werdenden Menschen bei seiner Tötung wird, auch von den beteiligten Ärzten, hintangestellt. Es geht also nicht um die korrekte Form der Information über den Schwangerschaftsabbruch, sondern um die Legalisierung der Abtreibung.

Dr. med. Peter Beck, 71522 Backnang