



PRIVATMEDIZIN

Neuer Anlauf für Kongress im Herbst

Veranstalter und Herausgeber geben sich zuversichtlich, dass es im Herbst dieses Jahres wieder einen Bundeskongress der Privatmedizin geben kann. „Gerade im Wahljahr kommt dem einzigen Querschnittkongress der Privatmedizin in Deutschland eine große Bedeutung zu“, betont Georg Plange, geschäftsführender Gesellschafter des Veranstalters in einer Mitteilung. Wichtig sei vor allem eine zeitnahe gemeinsame Bewertung des Wahlergebnisses und Positionsfindung – möglichst genau in der Phase der Koalitionsverhandlungen, in denen es bekanntlich auch um die neue GOÄ gehen könnte.

Nach aktuellem Stand könnte der Kongress am Wochenende um den 12./13. November in Frankfurt über die Bühne gehen. Ziel sei es, den Kongress zukünftig auf jeden Fall hybrid durchzuführen: Hybrid sei das moderne, zeitgemäße Format speziell für eine Fachveranstaltung wie den Bundeskongress für Privatmedizin, um „in der Kombination von persönlichem Kontakt und digitaler Reichweite allen Beteiligten eine optimale Teilnahme zu gewährleisten“, so Plange. (ger)

IGeL-Potenzial: Das Hoch im Süden

Das Angebot von Selbstzahlerleistungen ist eine Frage der Neigung jedes Arztes. Doch es hängt auch an der Kaufkraft der Bevölkerung – und an der Altersstruktur. Die aktuelle „Karte des Monats“ vermittelt einen Überblick über die Potenziale.

Von Hauke Gerlof

Der Wunsch nach Vorsorge und Früherkennung über das Niveau der Kassenmedizin hinaus ist eines der Hauptmotive für Patienten, Selbstzahlerleistungen nachzufragen. Auch alternative Therapiemethoden wie Akupunktur außerhalb der Kassenindikationen gehören zu bevorzugten Selbstzahlerleistungen, die in vielen Praxen zehn Prozent Umsatzanteil und mehr ausmachen. Das zeigen seit Jahren sowohl Umfragen unter Ärzten als auch Erhebungen von Kassenseite.

Die Pandemie hat auch für Ärzte, die viele dieser Wunsch- oder Selbstzahlerleistungen anbieten, schwere Zeiten gebracht, sind doch sogar kassenfinanzierte Vorsorgeleistungen im ersten Lockdown zeitweise um bis zu 97 Prozent eingebrochen, weil die Patienten alle unnötigen Kontakte vermeiden wollten und deshalb häufig auch auf Arztbesuche verzichteten.

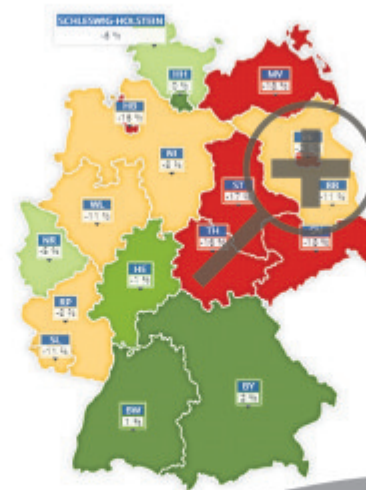
Nur Nachfragedelle?

Die aktuelle Entwicklung mit der Pandemie zeigt, wie sehr die Bedeutung von IGeL vom Umfeld der Praxen abhängen und wie sehr diese auch zu Schwankungen der Inanspruchnahme bei Ärzten führen können. Die aktuelle Karte des Monats, die regelmäßig von „Ärzte Zeitung“ und dem Datendienstleister Rebmann Research online bereitgestellt wird, bezieht sich auf eher berechenbare Faktoren des IGeL-Potenzials von Regionen, die sich im Zeitverlauf nur langsam ändern. Die Karte zeigt im Vergleich zur ersten Erhebung vor drei Jahren nur kleine Verschiebungen:

ONLINE: KARTE DES MONATS

Karte des Monats

- **Interaktive Karte** zu wechselnden Themen für ganz Deutschland, heruntergebrochen auf KV-Ebene und auf Landkreise oder Mittelbereiche
- **Initiatoren:** „Ärzte Zeitung“ und Rebmann Research
- **Zuletzt veröffentlicht:** Das Umsatzpotenzial für Praxen in Deutschland
- **Datenbasis:** Atlas Medicus® www.aerztezeitung.de/extras/karte_des_monats



Das Hoch im Süden hat sich demnach noch etwas verstärkt: Bayern und Baden-Württemberg sind die Regionen, in denen das Potenzial für Wunschleistungen am höchsten ist. Hamburg ist leicht zurückgefallen, während Berlin, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern nach wie vor für IGeL ein schwieriges Pflaster sind.

Kaufkraft und Altersstruktur

Wie berechnet sich das IGeL-Potenzial auf der Karte? Laut Rebmann Research ergibt es sich einerseits aus der Kaufkraft in der jeweiligen Region. Je höher die Kaufkraft ist, umso höher ist auch das zu erwartende IGeL-Potenzial. Andererseits wurde die Altersstruktur mitberücksichtigt. Das größte Potenzial für IGeL ist laut Rebmann Research in der Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen zu vermuten. Jene Regionen, die hohe Anteile der eher IGeL nachfragenden Altersgruppen haben, werden mit einem Zuschlag versehen und vice versa.

Die Karte des Monats zeigt aber auch auf Kreisebene heruntergebrochen, wie unterschiedlich innerhalb einer KV-Region das IGeL-Potenzial verteilt ist: So liegt Bayern zwar bundesweit vorn mit einer Abweichung von zwei Prozent vom Durchschnitt, aber innerhalb der KV-Region gibt es wiederum Abweichungen um plus 38 Prozent (Starnberg) und minus 19 Prozent in Hof. Das „Speckgürtel“-Phänomen ist in Brandenburg schön zu beobachten: Während in Berlin das IGeL-Potenzial sich im bundesweiten Vergleich eher schwach darstellt, sieht es in den angrenzenden Landkreisen von Brandenburg deutlich besser aus.

Zu beachten ist natürlich, dass die Karte letztlich nichts darüber aussagen kann, ob ein Arzt mit seinem IGeL-Angebot reüssieren kann oder nicht. „Das kommt immer auf das Angebot des Arztes, seine regionale Ausrichtung und auf das unmittelbare Konkurrenzumfeld an“, resümiert Dr. Bernd Rebmann, Chef des gleichnamigen Datendienstleisters.

Kassenmedizin

zu mir in die Ernährungsberatung kommt. Vielleicht hat er einen neu diagnostizierten Typ-2-Diabetes. Dann wäre ein mögliches Ziel ein HbA_{1c} unter 6 ohne Medikamente. Viele kommen auch präventiv. So haben 15 Prozent der Normalgewichtigen eine Fettleber, da bin ich zufrieden, wenn die weg ist. Es ist ja so, dass der BMI „nach unten“ häufig ein Problem hat: Ein Mensch mit BMI 23, dünne Beine, dünne Arme, aber mit einer Kugel am Bauch. Das ist ein Risiko-Patient. Ich schaue daher nicht in erster Linie aufs Gewicht. Viel wichtiger ist das Verhältnis Taillenumfang zu Hüftumfang. Und dann geht es zuerst um die Fettreduktion besonders im Bauchraum und darum, dass keine Muskeln abgebaut werden.

Herr Dr. Jurk, was bringt mit einer solchen Sicht auf die Therapie die Übernahme von Bodymed durch Nestlé für Patienten?

Jurk: Das Konzept ist die Lösung. Mit dem zusammengeführten Unternehmen können wir jetzt bei Patienten mit einem BMI über 40 eine Umstellung mit Optifast initiieren, die Patienten specken dann weiter ab mit dem Bodymed-Konzept. Danach wird das Gewicht mit einer Low-Carb-Diät gehalten, natürlich inklusive Bewe-

gungskonzept. Letztlich bleibt eine gesunde Ernährung eine lebenslange Aufgabe. Wir haben jedes Jahr 500 000 neue Diabetiker. Genau da brauchen wir gute Konzepte. Im NHS in Großbritannien bekommen Typ-2-Diabetiker eine Formula-Diät als Therapie. Wir müssen konzeptionell denken, nicht alte Vorurteile wiederholen.

Adipositas gilt ja immer noch eher als Lifestyle-Erkrankung, erst die Behandlung der Folgen von Adipositas übernimmt in der Regel die Kasse. Wie bewegen Sie sich hier zwischen IGeL und Kassenmedizin?

Walle: Ohne Begleiterkrankung müssen Patienten das Programm tatsächlich immer selber bezahlen. Mit Begleiterkrankung braucht der Patient eine Notwendigkeitsbescheinigung nach Paragraph 43 SGB V. Wenn der Arzt dann Ernährungsmediziner ist oder mit einer zertifizierten Ernährungsfachkraft zusammenarbeitet, oder wenn er als Diabetologe weitergebildet ist, dann ist eine Zusammenarbeit mit Krankenkassen möglich. Mit einer solchen Notwendigkeitsbescheinigung zahlen die Patienten das Programm zwar selbst, aber die Krankenkasse erstattet später den Betrag, zumindest teilweise.

