

Stellungnahme des Deutschen Bündnisses gegen Depression und der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zum Gesundheitsversorgungsstrukturgesetz

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Seine Ziele sind, die medizinische Versorgung zu verbessern, eine engere Verzahnung der Leistungsbereiche zu bewirken, demographiebedingten Versorgungsengpässen entgegen zu steuern und so eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung auf hohem Niveau langfristig zu sichern – Ziele, die auch die Stiftung Deutsche Depressionshilfe und das Deutsche Bündnis gegen Depression mit seinen 70 angeschlossenen regionalen Bündnissen nur unterstützen können.

Seit mehr als 10 Jahren setzen sich die Bündnispartner für eine bessere Versorgung von depressiv erkrankten Menschen und die Prävention von Suizidalität ein. Hierbei erweist sich als zentrale Ursache für die immer noch bestehenden diagnostischen und therapeutischen Defizite die Schwierigkeit zeitnahen Zugang zu adäquaten (fach-)ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten zu erlangen. Betroffene berichten von langen Wartezeiten bei Facharztterminen und der Vereinbarung von Erstgesprächen bzw. der Aufnahme von Behandlungen – insbesondere bei Psychotherapie –, wie sie in der nationalen Versorgungsleitlinie Depression empfohlen werden. Dies verursacht bei Betroffenen und Angehörigen persönliches Leid, birgt das Risiko von Suizidalität und Chronifizierung und verursacht erhebliche volkswirtschaftliche Kosten.

Das Deutsche Bündnis gegen Depression und die Stiftung Deutsche Depressionshilfe begrüßen es sehr, dass das GKV-VStG explizit Maßnahmen vorsieht, um die Versorgungsrealität zu verbessern und Wartezeiten zu verkürzen. Wir glauben allerdings, dass dies nur auf der Grundlage einer angepassten, prospektiven Bedarfsplanung, die demographische und epidemiologische Entwicklungen aufnimmt und regionale Gegebenheiten miteinbezieht, zu realisieren ist.

Wir fordern deshalb den Bundesgesundheitsminister und den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, bei der Neuordnung der Sicherstellung der ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen und – wo notwendig – eine Gesetzesänderung auf den Weg zu bringen:

1. Auf der Grundlage der Ist-Zahlen aus den 90er Jahren wurde eine allgemeine Verhältniszahl (Einwohner/Arzt) berechnet, die bis heute die Basis für den Versorgungsgrad der jeweiligen Regionen bildet. Diese Verhältniszahlen sind unter Einbeziehung von Morbiditätsentwicklungen und Prävalenzen neu zu bestimmen, wobei nicht die Anzahl der Vertragssitze, sondern die der tatsächlichen Arbeitsstunden ins Verhältnis zur Bevölkerung eines Planungsbezirkes zu setzen ist.

Die bisherigen eklatanten Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und ländlichen/ städtischen Regionen sind im Rahmen dieser Neufestsetzung aufzuheben. Bei der Einteilung in neue Planungsbezirke müssen regionale Gegebenheiten wie z.B. die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr berücksichtigt werden, um die ärztliche Versorgung auch in Regionen mit schwacher Infrastruktur sicherzustellen.

2. Die demographische Entwicklung ist in Verbindung mit der Krankheitshäufigkeit angemessen einzubeziehen und damit die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen sicherzustellen.

3. PatientenvertreterInnen sind bei der Umsetzung des GKV-VStG in **allen Fragen** der Bedarfsplanung und Versorgung auf Bundes- und auf Landesebene in den entsprechenden Gremien mit **Stimmrecht** zu beteiligen.
Derzeit beschränkt sich die Beteiligung der maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen wie sie in §140g SGB V genannt werden, im Bereich der Bundesebene auf ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Auf Landesebene ist die Beteiligung noch stärker eingegrenzt: Sie ist ausschließlich beratender Natur und bezieht sich lediglich auf den Bereich der Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen, nicht auf den Bereich der Feststellung des Versorgungsgrades und der Sperrung bzw. Öffnung für bestimmte Arztgruppen. Auch in den auf Landesebenen neu zu schaffenden Gremien zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen sind PatientenvertreterInnen zu beteiligen. Ihnen ist der Status eines Pflichtmitglieds nach §90a, SGB V analog dem der anderen obligatorisch zu Beteiligten (Vertreter des Landes, der Kostenträger, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausgesellschaft) zuzuerkennen.

Leipzig, den 19. April 2012



Petra Otto
(Vorstand Deutsches Bündnis
gegen Depression)



Prof. Dr. Ulrich Hegerl
(Vorstandsvorsitzender Stiftung
Deutsche Depressionshilfe und
Deutsches Bündnis gegen Depression)



Thomas Müller-Rörich
(Vorstand Stiftung Deutsche Depressionshilfe)



Dr. Nico Niedermeier

C. Rummel-Kluge

PD Dr. Christine Rummel-Kluge

(Geschäftsführerin Stiftung Deutsche Depressionshilfe)

David Althaus

Dr. David Althaus

(Vorstand Deutsches Bündnis gegen Depression)

Hans-Peter Unger

Dr. Hans-Peter Unger

Ines Heinz

Ines Heinz

(Projektkoordinatorin Deutsches Bündnis gegen Depression)