

# Versorgung psychisch kranker Menschen

## – Herausforderungen für eine Reform der Bedarfsplanung

*In der ambulanten Bedarfsplanung ist die Welt scheinbar in Ordnung. Psychotherapeutische Unterversorgung gibt es nicht. 90 Prozent der 395 Planungsbereiche gelten als psychotherapeutisch überversorgt. Dennoch warten psychisch kranke Menschen regelmäßig monatlang auf eine psychotherapeutische Behandlung. Wie erklärt sich dieses Missverhältnis und kann ihm mit einer Reform der Bedarfsplanung abgeholfen werden? Am Beispiel Psychotherapie lässt sich paradigmatisch darstellen, warum die bisherige Bedarfsplanung nicht einem sich wandelnden Krankheitspanoramas, neuen wirksamen Behandlungsmethoden und veränderten Patientenpräferenzen gerecht wird und zu einer empirisch fundierten, auf Diagnose- und Leistungsdaten basierten Versorgungsplanung weiterentwickelt werden muss.*

■ Christina Tophoven

### 1. Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland

Nach den Daten des Bundesgesundheitssurveys leiden 31 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al, 2004). Diese Zahl erklärt sich mit Blick auf die Vielfalt der Erscheinungsformen, z. B. Depressionen, Posttraumatische Störungen, Alkoholabhängigkeit, Magersucht, Zwangserkrankungen, Panikstörungen oder Schizophrenie. Dabei variiert das Ausmaß der Beeinträchtigungen im Alltag oder der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erkrankungsformen. 5,1 Prozent der Patienten haben eine psychische Störung, aufgrund derer sie in den letzten zwölf Monaten für mindestens vier Wochen arbeitsunfähig waren bzw. ihren alltäglichen Verpflichtungen nicht nachkommen konnten. Das sind 2,8 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren.

Im Kindes- und Jugendalter liegt die Gesamtprävalenz psychischer Störungen bei 18 Prozent. Dies sind 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen. Davon brauchen mindestens 27 Prozent, also ca. 700.000 Kinder und Jugendliche, nicht nur eine diagno-

stische Abklärung sondern eine Behandlung (Ihle & Esser, 2002).

Für über 65jährige beziffern epidemiologische Studien die Prävalenz psychischer Störungen auf ca. 25 Prozent (Bickel et al, 2003). Bei einer Eingrenzung mit Blick auf Schweregrad und Kernspektrum psychotherapeutischer Indikationen, kann man unterstellen, dass ca. 1,5 Millionen Menschen über 65 Jahre potenziell einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Dieser epidemiologisch abgesicherten Größenordnung von Versorgungsbedarf steht im ambulanten Bereich ein psychotherapeutisches Versorgungsangebot für ca. eine Million Patienten gegenüber. Zusätzlich lassen sich in Deutschland jährlich etwa 800.000 Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer Einrichtung für Psychiatrie oder Psychosomatik behandeln. Über das Behandlungsspektrum bzw. die Behandlungsangebote der Kliniken ist zu wenig bekannt, um abschätzen zu können, in welchem Umfang Patienten stationär nicht nur medikamentös sondern auch psychotherapeutisch behandelt werden.

Damit stehen fünf Millionen psychisch kranke Menschen, bei denen – gemäß evidenzbasierter Leitlinien – überwiegend eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, einem im ambulanten Bereich deutlich zu geringen und im stationären Bereich nicht quantifizierbarem

---

Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin Bundespsychotherapeutenkammer Berlin

Angebot gegenüber. Eine bedarfsorientierte Versorgung psychisch kranker Menschen erfordert deshalb ein deutlich größeres psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Die für die Bedarfsplanung entscheidende Frage ist: Wie viel mehr?

Denn angesichts der massiven Unterversorgung drängt sich auch die Frage auf, wie die viel zu knappen Versorgungskapazitäten effizient eingesetzt werden können:

- Wie lässt sich der Zugang zur Psychotherapie unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht sichern und in Abhängigkeit von Behandlungsbedürftigkeit und Evidenz steuern?
- Wie lässt sich psychotherapeutische Versorgung bedarfsorientiert mit Blick auf Kriseninterventionen, Format (Einzel oder Gruppe) und Verlauf (Akutversorgung bzw. langfristig niedrigfrequente Behandlung für chronisch kranke Menschen) organisieren?
- Wie entsteht eine differenzierte gestufte Versorgung, die von Patienteninformationen, Anleitung zum Selbstmanagement und Selbsthilfe über eine psychosomatische Grundversorgung, ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung bis hin zu multiprofessioneller Behandlung durch Krankenhäuser oder ambulante Netze reicht?

## 2. Bedarfsplanung – Status quo

Zweck der bisherigen ambulanten Bedarfsplanung ist die möglichst gleichmäßige Verteilung von Ressourcen und die Vermeidung von Überversorgung. Sie beruht auf Verhältnisrelationen Arzt pro Einwohner bzw. Psychotherapeut pro Einwohner, die ein historisches Niederlassungsverhalten reflektieren. Die Bedarfsplanung geht von zehn Planungsbereichs-Kategorien aus. Das sind neben Agglomerationsräumen verstädterte und ländliche Räume sowie die Sonderregion des Ruhrgebietes. Für die Planungskategorien werden jeweils unterschiedliche arztgruppenspezifische Verhältniszahlen bundesweit einheitlich festgelegt.

Die Verhältniszahlen für Psychotherapie entsprechen der Angebotssituation zum 30. August 1999. Anders als Vertragsärzte haben Psychotherapeuten bis 1999 im Delegations- oder Kostenertattungsverfahren gearbeitet. Praxisgründungen fanden nicht im Kontext planbarer und stabiler Rahmenbedingungen statt, wie dies für Vertragsärzte seit langem Standard war, für Psychotherapeuten jedoch erst mit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz realisiert wurde.

Konsequenz war eine zwischen Agglomerations- und ländlichen Räumen besonders diskrepante Niederlassungsdichte. In ländlichen Regionen kam ein Psychotherapeut auf durchschnittlich 23.106 Einwohner und in Kernstädten ein Psychotherapeut auf 2.577 Einwohner. Indem dieser historische Ist-Zustand zum Versorgungs-Soll erklärt wurde, wurde implizit entschieden, dass psychisch kranke Menschen in ländlichen Regionen eine neunmal geringere

Behandlungschance haben als in städtischen Regionen. Zum Vergleich: Bei Nervenärzten variiert die Versorgungsdichte nur um den Faktor 3,6 (KBV, 2009).

## 3. Eckpunkte einer empirisch fundierten Versorgungsplanung

### • Kleinräumig planen

Aktuell wird eine kleinräumige Planung diskutiert, deren Ziel unter anderem ist, die bundeseinheitlichen Vorgaben regional zu modifizieren. Bezogen auf Siedlungsflächen, Einwohnerzahl, Alter und Morbidität der Einwohner sollen Kapazitäten und Standorte der Arzt-/Psychotherapeutenpraxen geplant werden (KBV-Klartext, 2010). Auf der Basis von Annahmen zu Fahrzeiten bzw. Wegestrecken und einem Einwohnererwartungswert der Arzt-/Psychotherapeutenpraxen, sollen Niederlassungen regional gesteuert werden.

Das Problem der erheblichen Spreizung der Verhältniszahlen in Abhängigkeit von der Planungskategorie kann mit diesem Ansatz nur dann entschärft werden, wenn der G-BA bezüglich der anzustrebenden Versorgungskapazitäten, in ländlichen Regionen Einwohnererwartungswerte und Wegezeiten im Vergleich zum Status quo anhebt. Insbesondere bei den Wegezeiten wäre außerdem zu berücksichtigen, dass Psychotherapie eine kontinuierliche Behandlungsbeziehung über einen längeren Zeitraum voraussetzt.

### • Demografie und Morbidität berücksichtigen

Die bessere Berücksichtigung von Demografie und Morbidität, in erster Linie bezogen auf den altersspezifischen Versorgungsbedarf, ist ein weiterer Reformeckpunkt. Entsprechend der zunehmenden Anzahl älterer Menschen in einem Planungsbereich sollen die von Patienten dieser Altersgruppe vorrangig in Anspruch genommenen vertragsärztlichen Leistungen durch zusätzliche Niederlassungen einschlägiger Fachärzte ausgebaut werden. Die Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zur Entwicklung des Versorgungs- und Arztdarfs in Thüringen zeigt, dass dies z. B. mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen über 65 Jahre zur Extrapolation der Unterversorgung in die Zukunft führen muss (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2010). Denn für die Prognose künftiger Arzt-/Einwohnerrelationen unterstellt die Bedarfsplanungslogik, dass das heute altersspezifische Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Leistungen konstant bleibt.

Nach den Daten des GEK-Arzneimittelreports 2008 beträgt, bezogen auf die Gesamtgruppe der über 65jährigen Versicherten, der Anteil psychotherapeutischer Behandlungen im Falle einer Depressionsdiagnose 1,27 Prozent und spielt damit bei Versicherten im höheren Lebensalter so gut wie gar keine Rolle (Glaeske et al, 2008). Vor dem Hintergrund der Nationalen Versorgungsleitlinie Depres-

sion ([www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)) ist dies ein Indiz für gravierende Fehlversorgung. Außerdem muss man davon ausgehen, dass nicht nur für diese Altersgruppe psychotherapeutische Unterversorgung den Umsatz der Pharmaindustrie erheblich fördert.

An dieser Stelle wird aber auch deutlich, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie und damit der in der Bedarfsplanung erfasste psychotherapeutische Behandlungsbedarf unterschiedlichen Modifikatoren unterliegt (Harfst et al, 2009). Diese sind auf Seiten der Patienten z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand und Erwerbsstatus, spezifische psychische Erkrankungen, Dauer und Chronizität. Dazu treten auf der Seite der Leistungserbringer als Modifikatoren Umfang und Zugänglichkeit des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebotes, Kooperations- und Überweisungsverhalten insbesondere zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten sowie alternative stationäre oder komplementäre Versorgungsangebote und deren Zugänglichkeit. Eine Bedarfsplanung, die Morbidität und Demografie berücksichtigen will, müsste empirisch belastbare Annahmen zu diesen Modifikatoren treffen können, um Versorgungsbedarf der Zukunft planen zu können. Dafür müssten sie auf einer versichertenbezogenen, alle Leistungsbereiche einschließenden, regionalisierten Darstellung des Versorgungsgeschehens fußen.

## • **Versorgungskapazitäten abbilden**

Von den ca. 34.000 psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind heute zwei Drittel Frauen. Ihr Anteil wird in Zukunft weiter wachsen. Liegt der Frauenanteil bei den über 50jährigen noch bei 61 Prozent, sind beim Nachwuchs in der Altersgruppe der 30 bis 34jährigen neun von zehn Psychotherapeuten weiblich. Berufstätige Frauen stellen, wie zunehmend auch Männer, andere Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Arbeit, insbesondere an eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeiten.

Die bisherige Bedarfsplanung mit ganzen und halben Versorgungsaufträgen berücksichtigt dies nur unzureichend. Sie stellt nicht fest, in welchem Umfang Leistungen de facto erbracht werden. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die Bedarfsplanung generell von der Zählung ganzer und halber Versorgungsaufträge umzustellen auf Vollzeitäquivalente, die aufzeigen können, in welchem Umfang Ärzte oder Psychotherapeuten der Versorgung zur Verfügung stehen (GKV-Spitzenverband, 2010). Dies trägt zu einer besseren Abbildung des realen Versorgungsangebots bei. Zu mehr Flexibilität für die Leistungserbringer führt dies aber erst, wenn eine zeitweise eingeschränkte berufliche Tätigkeit später wieder ausgeweitet werden kann.

## • **Innovationen nicht blockieren**

Die Krankenhausversorgung für psychisch kranke Menschen wird seit der Psychiatrie-Enquête über Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) zunehmend ambulant orientiert. Versorgungsangebote

für psychisch kranke Menschen, die einen komplexen Unterstützungs- und Behandlungsbedarf haben, werden sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich heraus entwickelt. Sie zielen z. B. auf längerfristige Betreuung (gemeindepsychiatrische Teams) oder Akutinterventionen für abgrenzbare Krankheitsphasen (Home-Treatment). Diesen Ansätzen ist das Ziel gemeinsam, stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden, damit Patienten trotz ihrer Erkrankung im gewohnten familiären, beruflichen und sozialen Umfeld bleiben bzw. möglichst bald reintegriert werden können.

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf z. B. bietet im Rahmen eines Vertrags nach § 140 b SGB V für Patienten mit einem hohen Versorgungsbedarf und in der Vergangenheit häufigen stationären Aufenthalten Behandlung und Betreuung im normalen Lebensumfeld an. Ziel ist es, therapeutische Kontinuität zu gewährleisten und durch die Möglichkeit von Hausbesuchen ansonsten notwendige stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Netzwerke für psychische Gesundheit mit einer vergleichbaren Zielrichtung werden aktuell im Rahmen eines Vertrags zwischen Techniker Krankenkasse (TK) und Dachverband Gemeindepsychiatrie aus dem ambulanten Bereich heraus realisiert. Vertragspartner der TK sind regionale Anbieter aus dem Bereich der Gemeindepsychiatrie. Auch hier wird eine pauschalierte Vergütung komplexer Versorgungsleistungen vereinbart, die das Angebot einer Krisenpension bzw. von Rückzugsräumen mit einschließt.

Insbesondere bei den aus dem ambulanten Bereich heraus entstehenden neuen Versorgungsformen ist es schwierig, psychotherapeutische Behandlung zu integrieren. Niedergelassene Psychotherapeuten mit langen Wartelisten sehen sich kaum in der Lage, zusätzlich zur kollektivvertraglichen Versorgung Behandlungskapazitäten in Selektivverträge einzubringen. Aufgrund der psychotherapeutischen Unterversorgung im Rahmen der Kollektivverträge ist eine Weiterentwicklung über Selektivverträge blockiert.

Ein Lösungsansatz ist, Psychotherapeuten, die über keine Zulassung, aber über die für die Niederlassung notwendige Qualifikation verfügen, in die Versorgung zu integrieren. Psychotherapeuten ohne Zulassung sollten die Option der Vertragspartnerschaft für Verträge nach § 140b SGB V erhalten. Damit können regional und indikationsspezifisch über Selektivverträge zusätzlich psychotherapeutische Behandlungskapazitäten geschaffen werden. Für dieses Vorgehen spricht auch, dass ein bedarfsplanerischer Ansatz damit überfordert wäre, normativ zu entscheiden, ob für die Versorgung psychisch kranker Menschen ein Kapazitätsausbau aus dem stationären oder ambulanten Bereich heraus zu präferieren ist.

## • **Planung regionalisieren**

Eine flexible und kleinräumige Bedarfsplanung, die lokale Disparitäten berücksichtigen soll, kann nicht mehr auf bundesweit einheitlichen arztgruppenspezifischen

Verhältniszahlen und Maßstäben zur Feststellung von Über- und Unterversorgung basieren. Die Spielräume der Landesausschüsse (§ 90 SGB V), auf regionale Spezifika zu reagieren, sind derzeit noch durch die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA weitestgehend präjudiziert. Die Kompetenzen der Landesausschüsse heutiger Prägung greifen daher deutlich zu kurz. Für eine Föderalisierung oder Regionalisierung der Bedarfsplanung müssen daher die Landesausschüsse Kompetenzen erhalten, die deutlich über den Status quo hinausweisen.

Die Kopplung zwischen Bedarfsplanung und -sicherstellung über Kollektivverträge und damit verbunden die finanziellen Konsequenzen der Planungsscheidungen für Vertragsärzte-/psychotherapeuten und Krankenkassen macht eine sektorspezifische Bedarfsplanung der gemeinsamen Selbstverwaltungen auf Bundes- und Landesebenen notwendig (Schönbach, 2010). Um die erheblichen und zunehmenden Interdependenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich modifizierend berücksichtigen zu können, wird additiv ein spezifisch für diese Versorgungsperspektive eingesetztes Gremium vorgeschlagen (GMK, 2010)

#### **- Sektorenübergreifenden Rahmen schaffen**

In einem Gremium, das sich einer sektorübergreifenden Perspektive auf die Versorgung verpflichtet fühlt, sollten neben den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, die Länder sowie Patientenorganisationen vertreten sein. Die Relevanz der Vorschläge eines solchen Landesgremiums für die jeweils sektorspezifische Planung wird davon abhängen, ob es einem solchen Gremium gelingen kann, Empfehlungen ausreichend empirisch zu begründen.

#### **- Entscheidungen empirisch fundieren**

Die angemessene Datenbasis für eine flexible, kleinräumige und sektorübergreifend ausgerichtete Bedarfsplanung kann nicht mehr die Arzt-/Einwohnerrelation sein. Die pseudonymisierte versichertenbezogene Zusammenführung der Diagnose- und Leistungsdaten erfolgt heute für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf Basis des § 268 SGB V beim Bundesversicherungsaamt. In Anlehnung an diese Regelung sollten mit der Reform der Bedarfsplanung die Krankenkassen verpflichtet werden, Diagnose- und Leistungsdaten versichertenbezogen und unter Regionenbezug dem Gemeinsamen Bundesauschuss (G-BA) oder einem vom G-BA zu beauftragenden Institut zur Verfügung zu stellen. Für vom G-BA zu definierende Krankheitsbilder könnte damit eine angemessene empirische Basis für Planungsscheidungen der Landesausschüsse und Empfehlungen der sektorenübergreifenden Gremien entstehen (GMK, 2010).

#### **4. Fazit**

Die bisherige Bedarfsplanung, die das historische Niedlassungsverhalten von Ärzten und Psychotherapeuten zum aktuellen Versorgungssoll erklärte, löst weder Unterversorgungs- noch Allokationsprobleme in der ambulanten Versorgung. Erste Reformschritte in die richtige Richtung sind:

- Regionalisierung der Bedarfsplanung,
- sektorübergreifende Empfehlungen als Korrektur weiterhin sektorspezifischer Planung,
- leistungs- und sektorübergreifende Darstellung des regionalen Versorgungsgeschehens, die geeignet ist, normative Entscheidungen zur Entwicklung der Versorgungskapazitäten empirisch zu begründen.

Der Schlüssel zum Erfolg einer Reform der Bedarfsplanung liegt letztlich in der Verpflichtung der Krankenkassen, versichertenbezogen pseudonymisiert und regionalisiert ihre Diagnose- und Leistungsdaten kassenübergreifend für die Entwicklung geeigneter Planungsunterlagen zur Verfügung zu stellen.

Die psychotherapeutische Unterversorgung wird nur schrittweise im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung abgebaut werden können. Psychisch kranke Menschen werden darauf angewiesen sein, dass Kassen und Leistungserbringer durch Selektivverträge Versorgungsprobleme aufgreifen und sie durch die vertragliche Verpflichtung ergänzender Kapazitäten und die Implementierung geeigneter Versorgungsstrukturen und -prozesse lösen. Damit solche Innovationen möglich sind, sollten Psychotherapeuten, die nicht über eine Zulassung, aber über eine adäquate Qualifikation verfügen, Vertragspartner von Verträgen zur integrierten Versorgung werden können.

#### **Literatur:**

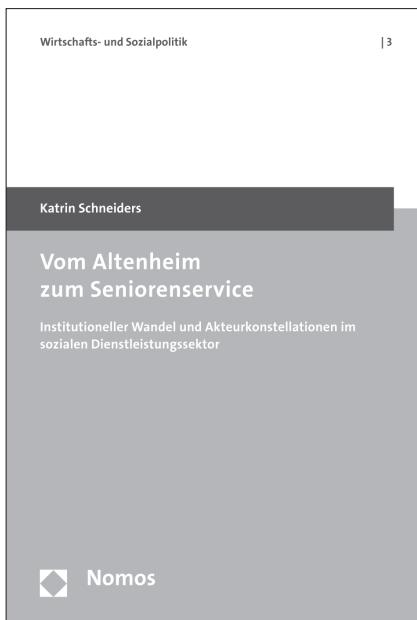
- AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – Vorschläge zur Reform der ärztlichen Versorgung. 11./12. März 2010.
- Albrecht, M., Fürstenberg, T. & Gottberg, A. (2007). Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Gutachten für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN), den Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) und den Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP). Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- Angermeyer, M. C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine, D. & Matschinger, H. (2005). Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40(11), 855-864.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression. www.depression.versorgungsleitlinien.de.
- Beschluss der 83. Gesundheitsministerkonferenz. Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Juli 2010.
- Bickel, H. (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (S. 11-26). Stuttgart: Thieme.
- GKV-Spitzenverband. Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung. 28.04.2010.
- Glaeske, G., Schicktanz, C. & Janhsen, K. (2008). GEK-Arzneimittel-Report 2008. Bremen, Schwäbisch Gmünd: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 61.
- Harfst, T. & Marstedt, G. (2009). Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. Gesundheitsmonitor, 2009 (1), 1-7.

- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau, 53, 159-169.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Hofler, M. & Pfister, H. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine, 34, 1-15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009). Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Struktur der Ärzteschaft zum 31.12.2008.

KBV-Klartext. Dem Ärztemangel vorbeugen, April 2010.  
Schönbach, Karl-Heinz. Sektorenübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen. In Gesundheits- und Sozialpolitik, April 2010, S. 11-17.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland. Zukünftige vertragsärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen Thüringens, Berlin 2010

## Welfare Mix in der Altenhilfe



### Vom Altenheim zum Seniorenservice

Institutioneller Wandel und Akteurkonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor

Von Dr. Katrin Schneiders

2010, 268 S., brosch., 54,- €, ISBN 978-3-8329-5347-8  
(Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 3)

Der soziale Dienstleistungssektor ist seit den 1990er Jahren einem grundlegenden Wandel unterworfen, der mit den Stichworten Ökonomisierung, Professionalisierung und Entgrenzung erfasst werden kann. Hierzu sind insbesondere die Wohlfahrtsverbände betroffen.

Bislang haben die frei-gemeinnützigen Anbieter im Pflegesektor ihre dominierende Position weitgehend verteidigen können. Gleichwohl sind Verschiebungen zwischen den einzelnen Trägertypen erkennbar. Dies ist das Ergebnis einer empirischen Analyse von Informationen aus ca. 10.000 Einrichtungen der Altenpflege, die im Buch vorgestellt wird. Darüber hinaus werden vor dem Hintergrund pluralisierter Lebensformen und Bedürfnisse älterer Menschen differenzierte Daten zur Nachfrageentwicklung sowie zu Umfang und Struktur neuer Wohnformen präsentiert.

Angesichts des fortschreitenden demographischen Wandels, der erheblichen beschäftigungspolitischen Bedeutung des Sektors sowie der beschränkten Marktfähigkeit der Pflege sind neue Steuerungsformen jenseits von Markt und Staat erforderlich. Auf der Suche nach Lösungsansätzen wird diskutiert, welche Rolle die Wohlfahrtsverbände im zukünftigen Welfare Mix übernehmen können.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder  
versandkostenfrei unter ► [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)



**Nomos**