Netzwerk SONG (Hrsg.)

Soziale Wirkung und "Social Return"

– Eine sozioökonomische Mehrwertanalyse gemeinschaftlicher Wohnprojekte –

Sarah Borgloh, Konstantin Kehl, Gunnar Lang,

Peter Westerheide, Volker Then

mit Beiträgen von

Gabriele Steffen, Carolin Schork, Antje Fritz (*Weeber + Partner*), und Thomas Klie, Hans-Joachim Lincke, Stefanie Oyoyo (*ZZE*)

MItglieder des Projektteams

CSI

Dr. Volker Then (Gesamtkoordination)

Konstantin Kehl

ZEW

Dr. Peter Westerheide (Projektleitung Teil ZEW)

Sarah Borgloh

Gunnar Lang

Weeber und Partner

Gabriele Steffen (Projektleitung Teil Weeber und Partner)

Carolin Schork

Antje Fritz

zze

Prof. Dr. Thomas Klie (Projektleitung Teil zze)

Dr. Hans-Joachim Lincke

Stefanie Oyoyo

Inhaltsübersicht

I Zusammenfassung 8

1 Einleitung: Gang der Untersuchung 23

2 Funktionslogik und Finanzierung der Modellprojekte 24

3 Quantitative Analyse des Social Return on Investment 43

4 Qualitative Analysen: Quartier & Welfare-Mix 138

5 Gesellschaftspolitische Relevanz der Ergebnisse 162

6 Anhang 165

7 Literatur 189

Inhaltsverzeichnis

I Zusammenfassung ... 8

I.1 Die wichtigsten Ergebnisse der SROI-Analyse ... 9

I.2 Ergebnis der vertiefenden Quartiersanalysen ... 15

I.3 Ergebnisse der qualitativen Welfare-Mix-Analyse ... 17

I.4 Zusammenfassende Gesamtbetrachtung der Ergebnisse ... 19

I.5 Gesellschaftspolitische Relevanz der Ergebnisse ... 20

1 Einleitung: Gang der Untersuchung ... 23

2 Funktionslogik und Finanzierung der Modellprojekte ... 24

2.1 Sozialpolitische und soziokulturelle Bestimmungsfaktoren für die Entwicklung neuer Wohnformen im Alter ... 24

2.2 Bremer Heimstiftung: Haus im Viertel ... 26

2.3 Stiftung Liebenau: Lebensräume für Jung und Alt ... 29

2.4 Evangelisches Johanneswerk: Projekt „Heinrichstraße“, Bielefeld ... 33

2.5 Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH – CBT Mehrgenerationenwohnhaus „Miteinander leben und wohnen“, Wipperfürth ... 36

2.6 Eine Gegenüberstellung der Finanzierungsmodelle ... 39

3 Quantitative Analyse des Social Return on Investment ... 43

3.1 Das Konzept des Social Return on Investment und seine Übertragung auf die Projekte des SONG-Netzwerkes ... 43

3.2 Aufbau der Untersuchung ... 45

3.3 Deskriptive Ergebnisse der Befragungen ... 47

3.3.1 Projekte der Programmgruppe ... 47

3.3.2 Zusammensetzung der Programmgruppe ... 48

3.3.3 Einrichtungen der Kontrollgruppe ... 54

3.3.4 Zusammensetzung der Kontrollgruppe ... 57

3.3.5 Deskriptive Ergebnisse der Befragung der Programmgruppe ... 63

3.3.5.1 Gesundheit und Pflegebedarf ... 63

3.3.5.2 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in der täglichen Lebensführung 66
3.3.5.3 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in einem weiteren Sinne 67
3.3.5.4 Für andere Bewohner geleistete Unterstützung in einem weiteren Sinne 69
3.3.5.5 Gemeinsame Aktivitäten der Bewohner 70
3.3.5.6 Motivation zum Einzug 73
3.3.5.7 Quartiersaspekte 75
3.3.6 Deskriptive Ergebnisse der Befragung der Kontrollgruppe 80
3.3.6.1 Unterschiede zu der Befragung der Programmgruppe 80
3.3.6.2 Merkmale Gesundheit und Pflegebedarf 80
3.3.6.3 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in der täglichen Lebensführung 84
3.3.6.4 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in einem weiteren Sinne 85
3.3.6.5 Für andere Bewohner geleistete Unterstützung in einem weiteren Sinne 86
3.3.6.6 Gemeinsame Aktivitäten der Bewohner 88
3.3.6.7 Motivation zum Einzug 91
3.3.6.8 Quartiersaspekte 92
3.4 Betriebswirtschaftliche Analyse: Vorgehen und Methodik 97
3.5 Matching von Programm- und Kontrollgruppe 99
3.5.1 Beschreibung des methodischen Ansatzes 99
3.5.2 Praktische Umsetzung des Matchings im SONG-Projekt 102
3.5.2.1 Schätzung des Propensity-Scores in verschiedenen Abgrenzungen 102
3.5.2.2 Einbezogene Variablen 104
3.5.3 Ergebnisse des Vergleichs von Hilfebedarf und entstehenden Kosten 113
3.5.3.1 Vergleich des Hilfebedarfs 113
3.5.3.2 Imputation der Kostenvariablen für die Pflege und Unterstützung im Haushalt 118
3.5.3.3 Vergleich der Kosten 119
3.5.4 Ergebnisse des Matchings für die qualitativen Variablen 124
3.5.4.1 Nachbarschaftliches Engagement 125
3.5.4.2 Zeitverwendung und Aktivitäten in der Nachbarschaft 128
3.5.4.3 Nutzung von Quartier und städtischem Umfeld 132
3.5.4.4 Wohnqualität, Soziales Umfeld, Zufriedenheit 134
3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse 136

4 Qualitative Analysen: Quartier & Welfare-Mix 138
4.1 Vertiefende Quartiersanalyse: Gegenseitiger Nutzen von Projekt und Quartier 139
4.1.1 Quartiersbegriff und Quartiersansatz 139

4.1.2 Ergebnisse aus der standardisierten Befragung der Programmgruppe 140
4.1.3 Der Ansatz der vertiefenden Quartiersanalyse 141
4.1.4 Angebote für das Quartier und aus dem Quartier 141
4.1.5 Quartiersbezug auch durch Kooperationen im Haus 143
4.1.6 Räume für das Stadtteilleben 143
4.1.7 Nutzung und Nutzen von Angeboten im Quartier durch Bewohner 144
4.1.8 Bedeutung für Beschäftigte und Angehörige 145
4.1.9 Beschäftigungswirksamkeit und neue Qualifikationen 146
4.1.10 Wirtschaftlicher Austausch 146
4.1.11 Vielfältige Kooperationen im Quartier – auch generationenübergreifend 147
4.1.12 Umfassende Qualitätsverbesserung im Quartier 148
4.1.13 Lebendigkeit – Teilhabe am normalen städtischen Leben 148
4.1.14 Nutzungsvielfalt im Quartier – städtebauliche Voraussetzungen 149
4.2 Selbstbestimmung und Teilhabe: Eine Analyse der Welfare-Mixturen 151
4.2.1 Einführung 151
4.2.1.1 Gemischte Wohlfahrtsproduktion und das Leben im Alter 151
4.2.1.2 Fallstudien auf der Grundlage qualitativer Netzwerkanalysen 152
4.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse 153
4.2.2.1 Hohe Wahrscheinlichkeit vielfältiger Beteiligung 153
4.2.2.2 Passgenauigkeit und Stabilität durch Mehrfachcodierung 155
4.2.2.3 Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe 157
4.2.3 Eine neue Kultur des Zusammenlebens? 159
4.2.3.1 Kennzeichen und zentrale Tendenzen 159
4.2.3.2 Einordnung und Ausblick 160

5 Gesellschaftspolitische Relevanz der Ergebnisse 162

6 Anhang 165
6.1 Differenzierte Auswertung deskriptiver Daten nach Standorten 165
6.2 Fragenbogen der Bewohnerbefragung 175

7 Literatur 189

Abkürzungen

ATT	Average Treatment Effect on the Treated
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CBT	Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft
GWA	Gemeinwesenarbeiterin
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NBH	Nachbarschaftshilfe/-helferin
PDL	Leitung des Pflegedienstes
SONG	(Netzwerk) Soziales Neu Gestalten
SROI	Social Return on Investment
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization
ZEW	Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH

I Zusammenfassung

Executive Summary: Die wichtigsten Ergebnisse der Social Return on Investment-Analyse auf einen Blick

- Es wurden vier unterschiedlich strukturierte Wohnprojekte an insgesamt acht Standorten betrachtet. Analysiert wurden der Unterstützungsbedarf älterer Bewohner, die Art und Weise, wie er gedeckt wird, und die damit verbundenen Kosten. Darüber hinaus werden Indikatoren zur Lebens- und Wohnqualität ausgewertet.

- Zentrales Kriterium im Rahmen unserer Messung des Social Return on Investment ist die Bestimmung der *Kosten des Unterstützungsbedarfs je Bewohner*. Unser Hauptergebnis: Es errechnen sich geringere durchschnittliche Kosten je Bewohner, bezogen auf den "Bewohnermix" aller Projekte, im Vergleich zu einer ähnlich strukturierten Kontrollgruppe.

- Es bestehen Anzeichen für eine bessere Gesundheitsentwicklung: Gesundheitszustand und Pflegebedarf unterscheiden sich zum Befragungszeitpunkt, obwohl vor Einzug keine signifikanten Unterschiede in den Stichproben bestanden haben.

- Der Hilfebedarf ist in der Programmgruppe insgesamt geringer, aber: Nachbarschaftshilfe wird trotz geringeren Unterstützungsbedarfs in den Modellprojekten stärker als in der Kontrollgruppe in Anspruch genommen.

- Befragte in der Programmgruppe verbringen signifikant weniger Zeit allein in der eigenen Wohnung. Wohn- und Lebensbedingungen sowie soziales Zusammenleben im Viertel werden in den Modellprojekten deutlich besser bewertet als in der Kontrollgruppe.

- Ökonomische Effekte:
  - Es besteht Potenzial an Einsparungen und Beitragssenkungen für die Pflegeversicherung.
  - Bewohner sparen aufgrund geringeren Unterstützungsbedarfs bzw. verfügen über anderweitig verwendbares Einkommen.
  - Das Quartier profitiert tendenziell durch höheren Austausch.

- Es ist keine Hochrechnung im strengen Sinne möglich, aber die Charakteristika der Bewohner lassen auf eine erhebliche potenzielle Breitenwirkung der untersuchten Konzepte schließen.

I.1 Die wichtigsten Ergebnisse der SROI-Analyse

Die vorliegende Mehrwertanalyse untersucht quartiersbezogene gemeinschaftliche Wohnprojekte vier großer deutscher Träger auf ihren ökonomischen und sozialen Mehrwert gegenüber traditionellen Formen des Wohnens und Lebens im Alter. Alle Modellprojekte arbeiten mit zwar unterschiedlich gestalteten, aber immer für das Projekt zentralen Ansätzen der Gemeinwesenarbeit.

Untersuchte Modelle

Im Grundsatz zeichnen sich die hier betrachteten Modellprojekte durch einen generationübergreifenden Ansatz des moderierten und barrierefreien Wohnens aus. Die Angebote zielen im Schwerpunkt sowohl auf ältere Menschen und Menschen mit Behinderung als auch auf Familien ab.

Im Einzelnen wurden fünf Standorte des Konzepts „Lebensräume für Jung und Alt“ der Stiftung Liebenau, das „Haus im Viertel“ der Bremer Heimstiftung, das Projekt „Heinrichstraße“ des Evangelischen Johanneswerks und das Mehrgenerationenwohnhaus „Miteinander leben und wohnen“ der Caritas Betriebs- und Trägergesellschaft (CBT) Köln in Wipperfürth betrachtet. Während die Standorte der Stiftung Liebenau und der Standort Wipperfürth der CBT vor allem auf die Erschließung von Hilfen auf Gegenseitigkeit durch soziale Netzwerke setzen und dabei die Gemeinwesenarbeit besonders betonen, setzen die Projekte in Bremen und Bielefeld zusätzlich und konzeptionell integriert auf betriebswirtschaftliche Effekte: Hier spielen die Effizienzsteigerung und die Synergien, die aus der Integration von bestimmten Personengruppen (Demenz, Behinderung) in das Quartiersprojekt entstehen, eine wichtige Rolle. Zudem weist das Projekt in Bremen den größten Anteil älterer Menschen auf, so dass hier der intergenerationale Aspekt sozialer Vernetzung weniger zum Tragen kommt. In Bremen und Bielefeld lebt eine nennenswerte Anzahl von Menschen mit einer anerkannten Pflegestufe, so dass hier für einen 24-Stunden-Pflegestützpunkt die entsprechende Auslastung gewährleistet werden kann. Die vier Projekttypen lassen sich also einerseits nach ihrem Arbeitsschwerpunkt und damit auch dem Geschäftsmodell unterscheiden, andererseits nach der gewählten Finanzierungsstrategie für die Gemeinwesenarbeit.

Die Mehrkosten für die Modelleigenschaften an den einzelnen Standorten werden finanziell durch vier unterschiedliche Strategien getragen: Im Liebenauer Sozialfondsmodell werden Bauträgergewinne, Beiträge der Kommunen (z.B. kostenlos oder vergünstigt eingebrachte Grundstücke) oder in einem Bürgerstiftungsmodell gebündelte Spenden und Stiftungsbeiträge in einem Stiftungsfonds verbunden, dessen Erträge einen großen Teil der sozialarbeiterischen Begleitung der Quartiersprojekte finanzieren. Der verbleibende Abmangel wird zurzeit von der Stiftung Liebenau getragen.

Im Bremer Umlagemodell werden die Kosten auf die einzelnen Wohneinheiten umgelegt. Dieses eher einer privatwirtschaftlichen Marktlogik folgende Vorgehen arbeitet unter den soziostrukturellen Bedingungen in Bremen erfolgreich.

In der Logik des Bielefelder Modells werden die Kosten für die Gemeinwesenarbeit vor allem über die Pflegekosten und über Freiwilligenengagement getragen. Ein nennenswerter Anteil von Bewohnern mit Pflegestufe ermöglicht die notwendige Auslastung eines Pflegestützpunktes im Modellprojekt.

In Wipperfürth kann das Vorgehen als Trägermodell bezeichnet werden, in dem hauptsächlich die CBT die entstandenen Mehrkosten trägt. Im Übrigen genießt die Selbstbestimmung der Bewohner seit der Planungsphase des Projekts einen hohen Stellenwert, so dass die Gemeinwesenstrukturen vor allem auf der Eigeninitiative der Bewohner beruhen.

Untersuchungsfragen und Methodik

Die abstrakte Frage nach dem ökonomischen und sozialen Mehrwert lässt sich in folgenden Fragen konkretisieren:

- Wie wirken sich die Modelle auf den konkreten Hilfebedarf unterstützungsbedürftiger Menschen aus?
- Unter Beteiligung welcher Akteure wird die benötigte Unterstützung bereitgestellt?
- In welchem Umfang können (moderierte) gemeinschaftliche Aktivitäten der Bewohner professionelle Unterstützungsleistungen substituieren?
- Welche Kosten fallen für die Unterstützung an und von wem werden sie getragen?
- Welche Verbesserungen im Hinblick auf die Lebens- und Wohnqualität werden durch die Modellprojekte bewirkt?

Im Mittelpunkt der quantitativen Untersuchung steht eine Analyse, die sich methodisch an das Konzept der Social Return on Investment-Analysen (SROI) anlehnt. Im Rahmen von SROI-Analysen werden sowohl das betriebswirtschaftliche Ergebnis sozialwirtschaftlicher Unternehmungen als auch ihre gesellschaftlichen Zusatzerträge zu erfassen versucht. Das SROI-Konzept, das die Trennung in ökonomische, so-

- **Economic Value:** betriebswirtschaftliches Ergebnis im engeren Sinne
- **Socio-Economic Value:** monetär quantifizierbare Zusatzkosten/-erträge
- **Social Value:** nicht monetär quantifizierbarer Zusatznutzen

Abbildung 1: Wertkategorien des SROI-Konzepts

zioökonomische Erträge und nicht monetär quantifizierbare Zusatzerträge vorsieht (siehe Abbildung 1), wurde in modifizierter Form auf die vorliegende Untersuchung übertragen: Im Gegensatz zu der Methodik in US-amerikanischen Arbeiten wurden nicht die monetär quantifizierbaren Kapitalwerte errechnet, sondern Kostenrelationen im Vergleich von Modellprojekten (Programmgruppe) und einer Kontrollgruppe gebildet. Der monetär quantifizierbare Social Return on Investment wird in diesen Kostendifferenzen ausgedrückt.

Die gesellschaftlichen Zusatzerträge können – bezogen auf die hier im Fokus stehenden Projekte – z.B. darin bestehen, dass der professionelle Unterstützungsbedarf der Bewohner in den Modellprojekten geringer ist als dies in alternativen Unterstützungsformen der Fall wäre. Die daraus resultierenden Kostenersparnisse fallen nicht notwendigerweise auf Ebene der Projekte oder ihrer Bewohner selbst an, sondern kommen beispielsweise den Sozialversicherungsträgern und Kommunen durch geringere Ausgaben zugute.

Im Zentrum dieser Analyse steht die vom ZEW vorgenommene ökonometrische Auswertung einer umfangreichen Bewohnerbefragung in den Modellprojekten und einer zum Vergleich herangezogenen Kontrollgruppe. Diese Analysen basieren auf einem Vergleich von Menschen in möglichst vergleichbaren Lebenssituationen. Insbesondere wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit vor Einzug, Summe vorhandener schwerwiegender körperlicher Beeinträchtigungen vor Einzug, Grad der Behinderung, Anzahl der Kinder, Haushaltsgröße sowie bürgerschaftliches Engagement vor Einzug in einem statistischen Matchingverfahren berücksichtigt. Durch dieses Vorgehen wurden Verzerrungen der Ergebnisse mit statistischen Mitteln bereinigt, d.h. es kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass sich mögliche Kostenvorteile nur deshalb ergeben, weil in einem Modellprojekt zufällig gesündere, weniger unterstützungsbedürftige, besonders engagierte, finanziell besser gestellte oder durch andere besondere Merkmale charakterisierbare Menschen leben. Um die Gesamtkostensituation in den Modellprojekten zu evaluieren, wurde eine umfassende betriebswirtschaftliche Analyse aller Modellprojekte und der institutionellen Einrichtungen der Altenpflege in der Kontrollgruppe durchgeführt. Alle Analysen legen vergleichbare Kostenbegriffe zugrunde und bereinigen die Ergebnisse um besondere Effekte wie öffentliche Subventionen, Spenden, unentgeltlich überlassene Grundstücke etc.

Zentrales Kriterium der SROI-Analyse im Rahmen des vorliegenden Untersuchungsdesigns ist die Bestimmung der *Kosten des Unterstützungsbedarfs je Bewohner*. Ein Vergleich der Kosten in der Modell- und Kontrollgruppe führt schließlich zu einer Kostenersparnis oder zu Mehrkosten für Träger und Bewohner in den Modellprojekten, die im Sinne der drei SROI-Kategorien dem ökonomischen und dem sozioökonomischen Mehrwert zugerechnet werden können. Dies betrifft insbesondere mögliche Kostenersparnisse der Träger (im betriebswirtschaftlichen Sinne) und der Bewohner, sowie Einsparpotenziale auf gesellschaftlicher Ebene infolge eines besseren Gesundheitszustands bzw. eines geringeren Pflege- und Unterstützungsbedarfs.

Die quantitativen Analysen werden ergänzt durch vertiefende Betrachtungen zum Zusammenwirken verschiedener Institutionen aus dem öffentlichen, privaten und gemeinwirtschaftlichen Bereich in den Projekten (Welfare Mix). Diese qualitativen Aspekte werden mit quantitativen und qualitativen Variablen gemessen (z.B. die Formen nachbarschaftlichen Engagements, Zeitverwendung, Form und Anzahl der Aktivitäten in der Nachbarschaft, Nutzung des Quartiers). Allerdings lässt sich der Nutzen für Bewohner, Träger und Gesellschaft auf dieser Ebene nicht direkt monetär bewerten. Dies schließt nicht aus, dass Rückwirkungen auf der Ebene des monetär bewertbaren ökonomischen und sozioökonomischen Mehrwerts zum Ausdruck kommen. Direkt zurechenbar sind sie gleichwohl nicht.

Die unterschiedlichen Ergebnisebenen der vorliegenden Analyse können demnach den Kategorien der SROI-Analyse systematisch zugeordnet werden: Die Ergebnisse der quantitativen und monetär bewertenden Analysen beschreiben den ökonomischen und sozioökonomischen Return. Die ergänzende Auswertung qualitativer (im Sinne nicht monetär bewertbarer) Indikatoren bezieht sich vorwiegend auf die Ebene des sozialen Mehrwerts, liefert aber auch zusätzliche Erkenntnisse zu den Ursachen ökonomischer und sozioökonomischer Ertrags- bzw. Kostenunterschiede (siehe Abbildung 2).

- **Quantitative Indikatoren**
  (Economic + Socio-Economic Return)
  - Gesundheitszustand, Pflege- und Unterstützungsbedarf
  - Kosten

- **Qualitative Indikatoren**
  (≈ Social Return)
  - Nachbarschaftliches Engagement
  - Zeitverwendung und Aktivitäten in der Nachbarschaft
  - Nutzung von Quartier und städtischem Umfeld
  - Wohnqualität, Soziales Umfeld, Zufriedenheit

Abbildung 2: Systematisierung der Ergebnisse nach SROI-Kategorien

Ergebnisse der ökonometrischen Analyse

In der ökonometrischen Auswertung der Bewohnerbefragung in den Modellprojekten und in der Kontrollgruppe konnten folgende zentrale Ergebnisse erzielt werden:

– Die gesundheitliche Entwicklung der Bewohner in den Modellprojekten weicht signifikant von der Entwicklung in der Kontrollgruppe ab: Obwohl vor dem Einzug in die jeweiligen Projekte und keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen und im Pflegebedarf bestanden, waren zum Befragungszeitpunkt signifikant geringere Werte bei den Krankheits- und Pflegeindikatoren in den Modellprojekten festzustellen. Dies kann ein Indiz für mögliche positive Effekte der Modellprojekte auf die Entwicklung des Pflegebedarfs sein, sollte aber auch nicht überinterpretiert werden. Unsere quantitativen Analysen verwenden notwendigerweise recht grobe Indikatoren für den Gesundheitszustand und Pflegebedarf, die für die spätere Ent-

wicklung relevante, vor dem Einzugszeitpunkt bereits bestehende Unterschiede möglicherweise nicht erkennen lassen. Auch unterschiedliche Verweildauern können die Ergebnisse beeinflussen.

– Um diesen Unsicherheiten Rechnung zu tragen, wurden unsere Analysen in zwei Szenarien berechnet: Variante 1 verwendet den Gesundheitszustand und den Pflegebedarf vor dem Einzug in die Projekte und Einrichtungen als Referenzpunkt, Variante 2 bezieht sich auf den Gesundheitszustand und den Pflegebedarf zum Befragungszeitpunkt. Letztere vergleicht also Bewohner in Modellprojekten und Kontrollgruppe mit gleichem gesundheitlichen Status zum Zeitpunkt der Befragung und blendet die beobachtbaren positiven Abweichungen in den Modellprojekten als nicht von den Modellprojekten beeinflusst aus.

Kasten: Betrachtete Varianten

– Variante 1 bezieht als erklärende Variable für die Zuordnung zur Programmgruppe oder zur Kontrollgruppe Daten zum Gesundheitszustand und Pflegebedarf ausschließlich *vor dem Einzug* in die Projekte bzw. Einrichtungen ein.

– Variante 2 bezieht als erklärende Variable für die Zuordnung zur Programmgruppe oder zur Kontrollgruppe Informationen zum Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf ausschließlich *zum Befragungszeitpunkt* ein.

– In beiden Varianten lässt sich ein geringerer Hilfebedarf der Bewohner in der Programmgruppe gegenüber jenen in der Kontrollgruppe erkennen. Statistisch signifikant sind diese Unterschiede nur bei der Betrachtung der Gruppe der über 50-Jährigen.[1] Größer und deutlicher ist der Unterschied erwartungsgemäß in der Variante 1, die die bessere gesundheitliche Entwicklung bzw. den geringeren Pflegebedarf den Modellprojekten zurechnet. Bemerkenswert ist, dass trotz des (z.T. insignifikant) geringeren Hilfebedarfs ein (z.T.) signifikanter positiver Unterschied in der Inanspruchnahme von Hilfen durch andere Bewohner in den Modellprojekten besteht.

– In beiden Szenarien weisen die Modellprojekte Kostenvorteile gegenüber der Kontrollgruppe auf. Die Effekte fallen erwartungsgemäß am stärksten aus, wenn Variante 1 betrachtet wird. Unsere Resultate ergeben in der Variante 1 eine Kostenreduzierung von rund 30 Prozent, wenn die Kosten über Bewohner- und Trägerebene saldiert werden. Betrachtet man nur die über 50-Jährigen, so beträgt die Ersparnis sogar rund 50 Prozent.

[1] Die Altersgrenze wurde nach den ersten deskriptiven Auswertungen bei den 50jährigen und Älteren gezogen, weil ab diesem Alter verstärkt gesundheitliche Beeinträchtigungen genannt wurden und der Unterstützungsbedarf ansteigt, zugleich aber vielfach noch die Möglichkeit besteht, sich aktiv in die Gemeinschaft einzubringen. Die so abgegrenzte Gruppe ist demnach groß genug, um vergleichende Untersuchungen durchführen und signifikante Effekte aufzeigen zu können. Eine Beschränkung auf noch Ältere wäre dagegen statistisch problematisch gewesen.

Rechnet man in der Variante 2, in der die bessere gesundheitliche Entwicklung nicht durch Effekte der Modellprojekte erklärt wird, so ergibt sich immer noch ein (allerdings nicht mehr signifikanter) Kostenvorteil von rund 20 Prozent über alle Befragten und von 36 Prozent (signifikant) bei den über 50-Jährigen. Bei der Interpretation aller Ergebnisse ist zu beachten, dass eine beträchtliche statistische Unsicherheit über die exakte Höhe der Unterschiede besteht und diese Punktdifferenzen in einem sehr weiten Konfidenzintervall liegen.

– Der Kostenvorteil der Modellprojekte fällt besonders deutlich aus, wenn Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf, die ansonsten stationär gepflegt werden müssten, berücksichtigt werden, Wenn dagegen in einer Sensitivitätsanalyse alle stationär Pflegebedürftigen in der Kontrollgruppe und ihre Pendants in der Programmgruppe ausgeklammert werden, ergeben sich in allen Varianten keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtkosten mehr. Die negativen Vorzeichen – im Sinne eines Kostenvorteils zugunsten der Programmgruppe – bleiben jedoch weitgehend erhalten. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass mögliche Kostenunterschiede im Bereich der ambulanten Pflege durch die von uns vorgenommenen Datenkorrekturen nivelliert werden, was zur Verringerung und Insignifikanz der Unterschiede in der Betrachtung ohne stationäre Pflegefälle beiträgt. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Kosten der ambulanten Versorgung möglicherweise unterzeichnet sind, weil Leistungen der behandlungspflegerischen Versorgung nach § 37 SGB V, die direkt zwischen Krankenkasse und Pflegedienst abgerechnet werden, in der Erfassung der Kosten unzureichend berücksichtigt worden sind.

– Zwischen Modellprojekten und Kontrollgruppe zeigen sich deutliche Unterschiede im Engagement der Bewohner für ihre Nachbarn. Sowohl bei den gegebenen als auch bei den von Nachbarn erhaltenen Hilfeleistungen sind höhere Werte in den Modellprojekten als in der Kontrollgruppe zu beobachten. Dies gilt insbesondere dann, wenn die über 50-Jährigen betrachtet werden. So geben 51 Prozent der Befragten in der Programmgruppe, aber nur 36 Prozent in der Kontrollgruppe an, dass sie ihre Nachbarn durch Hilfeleistungen unterstützen. Wenn die Betrachtung auf die über 50-Jährigen und die erhaltenen Nachbarschaftshilfen beschränkt wird, ergibt sich ein noch deutlicheres Bild: Hier geben 43 Prozent der Befragten in der Programmgruppe an, Hilfe erhalten zu haben. Ihnen stehen nur 26 Prozent in der Kontrollgruppe gegenüber. Es sind durchaus ganz konkrete praktische Unterstützungsleistungen (etwa beim Einkaufen, bei Handwerksleistungen, bei Behördengängen etc.), bei denen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erkennbar werden. Dieser Befund ist insofern bemerkenswert, als in den Modellprojekten Nachbarschaftshilfe trotz geringeren Unterstützungsbedarfs als in der Kontrollgruppe stärker in Anspruch genommen wird. Allerdings spielen Pflegeleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe so gut wie keine Rolle.

– Alle Fragen, die auf das soziale Leben der Bewohner in den Modellprojekten abzielen, ergeben in der Regel positive Abweichungen zu den in der Kontrollgruppe gemessenen Effekten. So verbringen die Bewohner der Modellprojekte signifikant weniger Zeit in der eigenen Wohnung und beteiligen sich mehr an gemeinsamen Aktivitäten mit ihren Nachbarn. Die signifikanten Abweichungen zur Kontrollgruppe sollten aber nicht überinterpretiert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Befragten in der Kontrollgruppe in einem Einfamilienhaus, einem Reihenhaus oder einer Doppelhaushälfte wohnt und bestimmte Formen des nachbarschaftlichen Miteinanders, die in den Modellprojekten aktiv gefördert werden, hier nicht oder nur schwer realisiert werden können.
– Bewohner der Modellprojekte nutzen die Angebote im Wohnquartier signifikant stärker, als dies in der Kontrollgruppe der Fall ist. Betrachtet man die Muster der Quartiersbeziehungen und der Inanspruchnahme des weiteren städtischen Umfeldes, so lassen sich signifikante Unterschiede für den Besuch öffentlicher Veranstaltungen im Quartier, aber auch bei einer Reihe privatwirtschaftlicher Angebote feststellen (Besuch von Restaurants, Cafes, Konditoreien, Einkaufen und Kino im Viertel). Bei dieser Analyse wurden die stationär Pflegebedürftigen ausgeklammert.
– Die Wohn- und Lebensbedingungen im Wohnviertel werden von den Befragten der Programmgruppe deutlich besser bewertet als von den Befragten der Kontrollgruppe. Ebenfalls deutlich besser bewertet wird das soziale Zusammenleben im Viertel. Betrachtet man ausschließlich die über 50-Jährigen, so werden diese Unterschiede noch etwas größer, insbesondere weil sich die Bewertungen in der Kontrollgruppe in dieser Abgrenzung verschlechtern, während diejenigen in der Programmgruppe auf etwa gleichem Niveau bleiben.

I.2 Ergebnis der vertiefenden Quartiersanalysen

Die vertiefende Quartiersanalyse im „Lebensraum“ Gänsbühl in Ravensburg (Stiftung Liebenau) und im „Haus im Viertel“ in Bremen (Bremer Heimstiftung) durch Weeber + Partner hat zum Ziel, den Wechselwirkungen zwischen den Wohnprojekten und dem Quartier auf den Grund zu gehen. Sie hat gezeigt, dass beide Projekte von ihrer zentralen innerstädtischen Lage und der engen Verzahnung mit der Umgebung des Projektes stark geprägt werden. In dieser qualitativen Betrachtung wird deutlich, dass hinter den knappen Worten der "Gemeinwesenarbeit" und der "sozialen Vernetzung" ein äußerst vielfältiges Spektrum von Angeboten im Sinne nachbarschaftlicher Hilfen, ein lebendiges Kultur- und Gemeinschaftsleben mit Beteiligten von inner- und außerhalb des Projektes, ein enger wirtschaftlicher Austausch einschließlich seiner Beschäftigungswirksamkeit und eine Vielzahl von Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen im Quartier stehen.

Die vertiefende Quartiersanalyse geht dabei von einem offenen und handlungsorientierten Quartiersbegriff aus, der die Perspektiven der Nutzerinnen und Nutzer sowie der "Akteure" in den Mittelpunkt stellt. Der Begriff "Quartier" wird im Gegensatz zu starren metrischen und administrativen Abgrenzungen (Wahl-, Schul-, statistische Bezirke) als "flüssig", handlungs- und nutzerorientiert, integrativ, auf Zusammenhänge und die jeweils besonderen Eigenschaften und konkreten Gegebenheiten vor Ort gerichtet interpretiert. Der Fokus liegt auf dem Alltag, der gerade nicht in einzelne Funktionen unterteilt ist. Dies schließt einen doppelten Blickwinkel ein:

– Aus der Binnenperspektive der dort lebenden und arbeitenden Menschen ist ihr Quartier der Handlungsraum für den Alltag, "wo man sich kennt und auskennt", der (oft fußläufige) Aktionsradius, Ort der konkreten Verankerung und alltäglich-selbstverständlicher, auch beiläufiger lockerer Kontakte, dem man sich zugehörig fühlen kann, für den man sich vielleicht interessiert und engagiert, der aber oft nicht klar zu begrenzen und zu bezeichnen ist. Dazu gehören konstante Objekt- und Personenbeziehungen, die vertrauten Wege, Gebäude, Nutzungen, Personen und Angebote, die "Nahversorgung", das, was man auf kurzem Wege und im Zusammenhang erledigen kann.

– Aus Sicht der Planung, der Modellprojekte und anderer Professioneller bedeutet der Quartiersansatz, differenzierte Sozialräume in den Blick zu nehmen, eine kleinräumige Perspektive auf das je besondere Quartier mit seinen eigenen Möglichkeiten und Herausforderungen in seiner Bedeutung für die Lebensbedingungen der Menschen. Dies erfordert das Denken und Handeln im Zusammenhang statt in fachlichen Kategorien. Damit verbindet sich auch die Überzeugung, dass Probleme vor Ort, dezentral, mit genauer Kenntnis des Vorhandenen und seiner Möglichkeiten besser zu lösen sind.

Das Quartier ist also nicht auf die unmittelbare Wohnumgebung und auch nicht auf die Wohnfunktion beschränkt. Was in der quantitativen Analyse bereits aufschien, wird in der qualitativen Betrachtung der vertiefenden Einzelanalyse noch deutlicher: Die Kombination aus selbständiger Lebensführung, Rückzugsmöglichkeit in die eigene Wohnung, kurzen Wegen zu Geschäften und Angeboten aller Art und enger Verknüpfung der Wohnanlage mit dem Viertel wird als Einzugsgrund von Vielen betont, wobei die Gewichtung dieser Faktoren von Standort zu Standort variiert.

Die Quartiersanalyse hat auch ergeben, dass das Quartier nicht nur für die Einrichtung von Bedeutung ist, sondern auch umgekehrt die Einrichtung für das Quartier. Beide untersuchten Wohnprojekte spielen eine aktive Rolle im Stadtteilleben, sind Kristallisationspunkte für Kooperationen zwischen verschiedensten Institutionen. Von Bedeutung für die Vielfalt der Kooperationen ist es, dass es rund um die Wohnprojekte soziale und kulturelle Angebote, Geschäfte und Dienstleister, Schulen, Kindergärten und vieles mehr gibt. Voraussetzung für eine Vielzahl an Kooperationsmöglichkeiten ist also auch die städtebauliche Struktur der Quartiere als Mischgebiete mit ausgeprägter Nutzungsvielfalt.

I.3 Ergebnisse der qualitativen Welfare-Mix-Analyse

Die untersuchten Modellprojekte verkörpern das Bestreben, Lebensformen im Alter zu ermöglichen, die jenseits von Lebenswelten wie dem Leben in Abhängigkeit von Angehörigen oder dem Aufenthalt in spezialisierten Alten- und Pflegeeinrichtungen stehen. Das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze) hat in sechs Fallstudien den typischen Modus der Wohlfahrtsproduktion untersucht.

– Alle untersuchten Netzwerke weisen eine Mehrzahl von Teilnehmern aus unterschiedlichen Sektoren (privater Sektor, öffentlicher Sektor, dritter (gemeinwirtschaftlicher) Sektor) auf. Die Vielfalt der Beziehungen übersteigt deutlich, was allein aufgrund von Kaufbeziehungen, rechtlichen Ansprüchen oder familiäre Bindungen zu erwarten wäre. Die Aktivitäten von Angehörigen, Freunden, Bekannten, Nachbarn, ehrenamtlichen Kräften, professionellen Pflegepersonen und privaten Dienstleistungserbringern sind den Bedarfslagen, Bedürfnissen und Kompetenzen der Bewohner angepasst. Durch Parallelvernetzungen und bewusstes „Networking“ weisen die Netze eine hohe Elastizität auf.

– Zahlreiche Beteiligte folgen in ihrem Handeln mehreren Logiken: Ehrenamtliches Engagement kombiniert sich mit bezahlter Dienstleistung, Freundschaft mit ehrenamtlichem Engagement, bezahlte Dienstleistungen mit freiwilliger Aktivität. Diese Mehrfachsicherungen sorgen für eine dynamische Form von Stabilität. Neben unpersönlichen Medien wie Geld, Anerkennung, gegenseitigen Gaben oder rechtlichen Ansprüchen, spielt „Sympathie“ eine wichtige Rolle. Sie ist frei von sektoraler Logik und leistet auf diesem Feld einen Beitrag zur Stärkung von Beziehungen. Trotz ihres Individualismus kann ihr Auftreten durch die Vielfalt der Kontaktmöglichkeiten, die Homogenität der Bewohnerschaft und die Mittelstellung der Gemeinwesenarbeit begünstigt werden.

– Durch die Vielzahl der Beteiligten und deren vielfältigen Aktivitäten erfahren die Bewohner Unterstützung in den für sie relevanten körperlichen, geistigen und sozialen Belangen. Für die Angehörigen bedeutet dies, vom Gefühl umfassender Zuständigkeit entlastet zu werden. Diejenigen, die als Unterstützung leistende Personen in die Analyse einbezogen wurden, begrüßen die Chance, ihr soziales Umfeld auszudehnen, sich freiwillig zu engagieren und neue Tätigkeitsfelder zu erschließen. Sie schätzen darüber hinaus die Gewissheit, auf der Basis der baulichen und sozialen Architektur der Wohnanlagen auf eine künftige Verschlechterung ihres eigenen Gesundheitszustands gut vorbereitet zu sein. Aus diesem Grund reduziert sich ihre Furcht, die Angehörigen über Gebühr zu belasten.

– Die scharfe Unterscheidung zwischen Personen, die Unterstützung erhalten und solchen, die geben, weicht in der sekundären Betrachtung auf. Bewohner, die primär als unterstützungsbedürftig zu bezeichnen sind, zeigen sich für andere Personen hilfreich. Sie über-

nehmen Rollen („Ersatzoma“), spenden materielle wie immaterielle Anerkennung und sind damit Quellen gesellschaftlicher Wertschätzung. Umgekehrt streben diejenigen, die primär anderen helfen, nach der Verwirklichung ihrer selbst im Umgang mit anderen. Geleitet von ihren besonderen Interessen, suchen sie ihrerseits nach Wegen, von den anderen Beteiligten Unterstützung, Respekt und Anregung zu empfangen.

– An den Netzwerken sind mehrheitlich Frauen beteiligt. Die Mehrheit von ihnen ist in „helfenden“ Berufen tätig oder hat ihren Beruf zugunsten von Haushalt und Familie aufgegeben. Bei einfachen bis mittleren Schulabschlüssen und hohem Altersmittelwert, stellen Gemeinsinn und Pflichterfüllung verbreitete Wertorientierungen dar. Die eigenen Kinder sollen allerdings nicht in der gleichen Weise verpflichtet werden. Die Wohnprojekte tragen selbst zur Schaffung einer gleichmäßigen Struktur herrschender Wertorientierung bei (Homogenisierung). Die Bewohner und Gemeinwesenarbeiterinnen achten bei der Auswahl neuer Bewohner darauf, dass sie zum Konzept und zum Leben in den Modellprojekten passen. Wichtige Kriterien sind neben der Beziehung zum Ort eine hinreichend gute Gesundheit, um Kontakte zu knüpfen, und die Bereitschaft zum Engagement.

– Drei für das Zusammenleben in den Modellprojekten zentrale Rollen der Gemeinwesenarbeiterinnen sind zu erkennen. Zum Ersten stellen sie „Gatekeeper“ dar, indem sie die Auswahl von Bewerbern und somit die soziale Struktur der Anlagen (mit)bestimmen. Zum Zweiten haben sie die Funktion von Impulsgebern, wenn sie den Bewohnern helfen, sich gegenseitig zu helfen. Sie versuchen zu diesem Zweck, die „passenden“ Personen zusammenzubringen. Als Drittes sind sie Katalysatoren, weil sie zur Beilegung schwelender Konflikte beitragen. Der Zuschnitt dieser Rollen trägt dazu bei, dass die Gemeinwesenarbeiterinnen es letztlich auch zu ihren Aufgaben zählen, die Bewohner vor Selbstüberforderung zu bewahren und die Freiwilligkeit ihres Engagements sicherzustellen. So kann man auf die Wohnprojekte bezogen insgesamt von einer „moderierten Nachbarschaft“ sprechen.

– Das Zusammenleben in den Modellprojekten wird häufig als „normal“ bezeichnet gegenüber dem auf sich allein gestellten Wohnen, altersentmischten Wohnen, sozial entmischten Wohnen und in geschlossenen Einrichtungen wohnen. Angesichts der gezielten Verschränkung von Öffentlichkeit und Privatheit, findet man das Wohnen in den Modellprojekten als „Lebensschule“ bezeichnet. Emanzipatorische und (sozial-) pädagogische Ansprüche werden vereint, wenn die Unabhängigkeit des Einzelnen durch andere gefördert und zugleich das Engagement des Einzelnen für die anderen erwartet wird.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse lässt sich das Wohnen in den Modellprojekten als Mitwirken an einer spezifischen Kultur des Zusammenlebens interpretieren, die die Leistungsfähigkeit einzelnen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion nicht in Abrede stellt, sondern Leistungen in fruchtbarer Weise verknüpft. Die zeitgemäße Nutzung der Selbststeuerungsfä-

higkeit sozialer Netzwerke ist dem Gedanken des Empowerments – d.h. die Steigerung von Autonomie und Selbstbestimmung im Alter – wie dem der Subsidiarität verpflichtet. Mit ihrer Abhängigkeit von professioneller Unterstützung und bestimmten Qualitäten der Beteiligten ist allerdings die Frage verbunden, wie sich die Kultur des „Sich-im-Bezug-auf-andere-verwirklichen“ systematisch bei alten Menschen und deren Angehörigen bewerben und auf andere institutionelle Settings übertragen lässt.

I.4 Zusammenfassende Gesamtbetrachtung der Ergebnisse

In der Gesamtbetrachtung reduzieren die Modellprojekte die für die Bewohner entstehenden Kosten für Unterstützungsbedarf nach den in unseren Analysen herausgearbeiteten empirischen Resultaten deutlich gegenüber alternativen Möglichkeiten der Lebensführung von Menschen in vergleichbaren Lebenssituationen. Darüber hinaus lassen sich in der quantitativen Analyse Indizien finden, die der Hypothese einer Pflegevermeidung im medizinisch indizierten Sinne[2] zumindest nicht widersprechen, zur weiteren Fundierung gleichwohl einer vertieften empirischen Analyse – am besten im zeitlichen Abstand von einigen Jahren – bedürfen. Als wichtiger Befund kann allerdings festgehalten werden, dass Nachbarschaftshilfe in den Modellprojekten (trotz geringeren Unterstützungsbedarfs) stärker in Anspruch genommen wird als in der Kontrollgruppe. Dies betrifft ganz konkrete praktische Unterstützungsleistungen im Alltag und bei der Lebensbewältigung, die Pflegetätigkeiten im engeren Sinne vorgelagert sind. Wenn man jedoch unterstellt, dass solche Unterstützungsleistungen in konventionellen Versorgungsmustern zunehmend von den Mitarbeitern des professionellen Pflegesystems übernommen werden müssen, weil die verfügbare Kapazität informeller Unterstützungspersonen im unmittelbaren Familienkontext langfristig schrumpfen wird, kann auf gesamtgesellschaftlicher Ebene von Effizienzsteigerungspotenzialen im Pflegesystem gesprochen werden. Diese äußern sich in einer Kostenreduzierung über die Modellprojekte hinaus – also im Sinne eines sozioökonomischen Mehrwerts.

Die Modellprojekte organisieren zudem den Welfare Mix in unterschiedlicher Weise und kombinieren dabei betriebswirtschaftliche mit zivilgesellschaftlichen sowie auf den Staat bezogenen Logiken. Dabei wird auch deutlich, dass für die grundsätzlich als Quartiersprojekte bezeichneten Modelle eine Pluralität an konstitutiven Elementen kennzeichnend ist, die abhängig von Sozialstruktur, Gesundheitszustand, Alter und anderen soziodemografischen Faktoren in unterschiedlicher Weise kombiniert werden können. Als besonders leistungsfähig erweisen sich die Modellprojekte im Aufbau ausgeprägter nachbarschaftlicher sozialer Netze, die Selbstbestimmung der Bewohner ermöglichen, Alltagsbewältigung unterstützen und flexibel im Zusammenwirken mit professionellen Strukturen den benötigten Unterstützungsbe-

[2] Das bedeutet: Pflege im Sinne der Einstufung in eine der Pflegestufen der Pflegeversicherung (und damit Anerkennung als Anspruchsberechtigter nach dem SGB XI durch den MDK).

darf anderer Menschen bereitstellen. Bezogen auf die in Kapitel 3 formulierten sozialpolitischen und soziokulturellen Herausforderungen an eine Alten- und Pflegepolitik der Zukunft kann somit konstatiert werden, dass die Modelle eindrucksvoll aufzeigen, wie in einer Situation sozialpolitisch konstruierten Kostendrucks mit den veränderten Möglichkeiten und Präferenzen älterer Menschen umgegangen werden kann. In diesem Zusammenhang sind die niedrigschwelligen Unterstützungssysteme in den Modellprojekten von besonderer Bedeutung, da sie einen sozialen Mehrwert produzieren, indem sie Bedürfnisse jenseits staatlicher Zugangskriterien und Möglichkeiten befriedigen.

Im Hinblick auf die SROI-Kategorien kann das Hauptergebnis der geringeren durchschnittlichen Nettokosten je Bewohner, bezogen auf den "Bewohnermix" aller Projekte, sodann als Nutzeneffekt auf zwei Mehrwertebenen beschrieben werden:

- Die geringeren Gesamtkosten auf der Ebene von Bewohnern und Trägern markieren den *direkt messbaren* ökonomischen Mehrwert (*Economic Value*).
- Das sich aus dem besseren Gesundheitszustand und dem geringeren Pflege- und Unterstützungsbedarf ergebende *Einsparpotenzial* für die Sozialversicherungsträger und Träger sonstiger öffentlicher Unterstützungsmaßnahmen kann – genauso wie positive wirtschaftliche Effekte im Quartier – als sozioökonomischer Mehrwert verstanden werden (*Socio-Economic Value*).

Nicht in Form von Einsparpotenzialen, sondern als gesellschaftlicher *Zusatznutzen* ist der soziale Mehrwert (*Social Value*) einzuordnen:

- Als solcher kann der zusätzliche Gewinn an Lebensqualität, der sich u.a. aus den positiven Gesundheitseffekten und der besonderen Leistungsfähigkeit der Modellprojekte in Bezug auf das lebensweltliche Umfeld der Bewohner ergibt, verstanden werden.

I.5 Gesellschaftspolitische Relevanz der Ergebnisse

Die sozioökonomische Mehrwertanalyse zeigt deutlich, dass die Gesellschaft auf sehr vielfältige Weise und auf allen Ebenen von gemeinschaftlichen Wohnmodellen profitiert: Durch die *bessere gesundheitliche Entwicklung* bzw. den *geringeren Pflegebedarf* in den Modellprojekten (trotz ähnlicher Ausgangssituation beim Einzug) können geringere Kosten insbesondere für die Pflegeversicherung entstehen, die sich *langfristig* in niedrigeren Beitragssätzen bzw. in moderateren Beitragssatzerhöhungen als derzeit erwartbar auswirken können. Durch den geringeren Bedarf an bezahlter Unterstützung, die alternativ durch die Infrastruktur und Nachbarschaftshilfe in den Projekten geleistet werden kann, sparen darüber hinaus die Bewohner selbst. Ferner sind Effizienzsteigerungen im Pflegesystem denkbar, weil Unterstützung bei der Lebensbewältigung nicht notwendigerweise von examinierten Pflegekräften geleistet werden muss. Auf Basis der vorliegenden Daten ist es allerdings nicht möglich, diese Effekte

zu quantifizieren oder gar kritische Grenzen bezüglich Bewohner- oder Wohnungsanzahl aufzuzeigen.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, *warum* die Modellprojekte so viel besser abschneiden, obwohl die Übernahme von Pflegeleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe statistisch kaum eine Rolle spielt: Die Unterschiede sind zum einen auf die bessere Gesundheitsentwicklung (bzw. die geringere Anzahl an Pflegefällen) und den geringeren Unterstützungsbedarf unter den Bewohnern in der Programmgruppe zurückzuführen. Eine weitere wesentliche Rolle spielt die Einbeziehung ansonsten stationär Pflegebedürftiger in die Modellprojekte aufgrund der höheren Kosten der stationären im Vergleich zur ambulanten Pflege. Dies zeigt sich darin, dass die Unterschiede in den Szenarien ohne stationäre Pflege nicht mehr im statistischen Sinne signifikant sind. Darüber hinaus sind nicht nur Pflegekosten, sondern auch im allgemeineren Sinne Kosten der Unterstützung in der täglichen Lebensführung einbezogen, die durchaus auch von den Nachbarn und aus dem familiären Umfeld geleistet werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Unterstützung bei der Alltagsbewältigung einerseits und Pflege andererseits in der Realität nicht so streng voneinander abgegrenzt werden können, wie es die Zahlen suggerieren. Möglicherweise erledigen Nachbarn, deren Tätigkeiten nicht der Pflege zugeordnet werden, bewusst oder unbewusst doch pflegerische Aufgaben.

Davon abgesehen trifft die vorliegende Untersuchung keine Aussagen über das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege: Sofern in den Modellprojekten Personen mit Pflegebedarf lebten, wurden diese im statistischen Matching-Verfahren entsprechend berücksichtigt. Da die Kostenunterschiede weitgehend durch die Pflegekosten determiniert sind, wurde im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse lediglich aufgezeigt, welche Bedeutung die Einbeziehung stationär Pflegebedürftiger in der Kontrollgruppe und ihrer entsprechenden Pendants in der Programmgruppe *für die ermittelten Kostenunterschiede* hat.

Eine differenzierte Hochrechnung der – unter den gegebenen Bedingungen erzielten – Kostenreduzierung auf größere volkswirtschaftliche Einheiten oder die gesamtgesellschaftliche Verteilung von Lebenslagen ist wegen der kleinen Stichprobe nicht möglich. Die Stärke der Untersuchung liegt vielmehr in der ableitbaren *Breitenwirkung* für ähnliche strukturierte Gruppen: Viele Indizien (Einkommen, Ausbildung, soziales Engagement vor dem Einzug) deuten darauf hin, dass die Bewohner der Modellprojekte keineswegs einen atypischen Personenkreis darstellen, sondern durchaus verallgemeinerbare Aussagen für Träger, politische Akteure etc. ableitbar sind.

Obwohl in den Modellprojekten Menschen aller Altersklassen wohnen, lag der Schwerpunkt der Untersuchung auf älteren Menschen. Dieser Fokus blendet möglicherweise andere wichtige Aspekte aus. Allerdings sind beispielsweise die jüngeren Jahrgänge in ihrer Funktion als Unterstützer der Älteren (Hilfe in der täglichen Lebensführung) und als Unterstützte durch die Älteren (z.B. Kinderbetreuung) durchaus berücksichtigt worden.

Trotz der gegebenen Einschränkungen kann konstatiert werden, dass die untersuchten Modellprojekte einen Mehrwert auf allen gesellschaftlichen Ebenen produzieren, der politisch anerkennungswürdig erscheint. Vor diesem Hintergrund könnte es sinnvoll sein, sich in der weiteren Debatte nicht auf die konkrete Kostenersparnis zu versteifen, sondern vielmehr die Frage zu stellen, wer die für den gesellschaftlichen Zusatznutzen konstitutiven Investitionen zukünftig leistet. Wenn man davon ausgeht, dass neben den Bewohnern der Modellprojekte, auch die Sozialversicherung und die Sozialhilfeträger von ihnen profitieren, wäre es nur logisch, dass sich diese an der Finanzierung zusätzlicher Kosten, die z.B. durch die sozialarbeiterische Betreuung (Gemeinwesenarbeit) oder besondere bauliche Investitionen (Gemeinschaftseinrichtungen) entstehen, beteiligen.

1 Einleitung: Gang der Untersuchung

Die folgende Analyse umfasst folgende große Blöcke:

In einem ersten Schritt (Kapitel 3) werden die Modellprojekte, die Gegenstand der folgenden Untersuchung sind, grundsätzlich in ihren wichtigsten Merkmalen und Funktionslogiken charakterisiert.

In folgenden zweiten Schritt (Kapitel 4) wird eine Bewohnerbefragung in den Modellprojekten des Netzwerkes SONG ausgewertet und mit den Ergebnissen einer zum Vergleich herangezogenen Kontrollgruppenbefragung (Befragungen durchgeführt von Weeber & Partner) verglichen. Diese Analyse umfasst einen ersten Teil, in dem die Umfrageergebnisse zunächst deskriptiv ausgewertet werden, einen zweiten Teil, der sich der betriebswirtschaftlichen Analyse der Projekte widmet, und einen dritten Teil, in dem die Ergebnisse der Befragungen mit der betriebswirtschaftlichen Analyse zusammengeführt und im Rahmen einer statistischen Matching-Analyse verglichen werden.

An diese Ausführungen schließen sich in einem weiteren Abschnitt vertiefende qualitative Analysen der Quartiersbezüge der Modellprojekte sowie des Welfare Mix der Bewohner an. Dazu gehört die zusammenfassende Darstellung einer separat für das Netzwerk SONG durchgeführten vertiefenden Quartiersanalyse (Kapitel 5.1) durch Weeber und Partner. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels (5.2), bearbeitet vom ZZE, werden die Ergebnisse zusätzlicher Fallstudien zu Welfare-Mix-Analysen zusammenfassend dargestellt, die für drei Standorte – Wipperfürth, Liebenau und Bremen – durchgeführt wurden. Die zugrunde liegende empirische Untersuchung soll darüber Aufschluss geben, wie sich das Leben älterer und alter Menschen in den Wohnprojekten von SONG gestalten kann. Auch hier werden die Ergebnisse zusammenfassend präsentiert. Die ausführliche Welfare-Mix-Analyse wird in einer separaten Publikation des Netzwerks SONG[3] veröffentlicht.

Abschließend wird in Kapitel 6 die gesellschaftspolitische Relevanz der Ergebnisse diskutiert. Es wird dargestellt, welche Schlussfolgerungen für Empfehlungen an politisches Handeln gezogen werden können, und an welchen Stellen Vorsicht bei der Interpretation der Befunde geboten ist.

---

[3] Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden. Band 2. Eine neue Architektur des Sozialen - Sechs Fallstudien zum Welfare-Mix", Gütersloh 2009.

2 Funktionslogik und Finanzierung der Modellprojekte

Vielfältige gesellschaftliche Entwicklungen und ihre Folgen für die sozialpolitische Agenda stellen Anbieter sozialer Dienste zunehmend vor die Herausforderung, ihre Finanzierungsmodelle unabhängig von konventionellen Versorgungsmustern zu gestalten. Ferner sorgen veränderte physische Möglichkeiten, Lebensstil-Präferenzen und Familienstrukturen für eine sich wandelnde Nachfrage nach Wohn- und Lebensangeboten im Alter.

Diese *sozialpolitischen* und *soziokulturell-demografischen Rahmenbedingungen* können als direkte Bestimmungsfaktoren der Angebots- und Nachfrageseite des Markts sozialer Dienstleistungen verstanden werden: Politisch konstruierte Rahmenbedingungen begrenzen die Handlungsspielräume auf der Angebotsseite, denn trotz der prinzipiell vorhandenen Interventionspotenziale im bundesrepublikanischen Korporatismus kommen die Träger sozialer Einrichtungen nicht umher, in ihrer täglichen Arbeit mit den Vorgaben der Politik umzugehen und finanzielle Lücken durch die Erschließung andersartiger Ressourcen – etwa Erträgen sozialen Kapitals – zu füllen. Auf der Nachfrageseite wirken sich die gesellschaftlichen Entwicklungen insofern herausfordernd aus, als dass selbst die effizientesten Geschäftsstrategien nicht von Erfolg gekrönt sein werden, wenn sie an den Bedürfnissen der Klienten vorbeigehen.

2.1 Sozialpolitische und soziokulturelle Bestimmungsfaktoren für die Entwicklung neuer Wohnformen im Alter

Es besteht kein Zweifel daran, dass die Erschließung neuer Wohnformen in der Alten- und Behindertenhilfe in erster Linie auf das Bestreben der Träger zurückzuführen ist, die Lebensqualität ihrer Klienten zu verbessern und insgesamt ein größeres Angebot hochwertiger Versorgungsstrukturen bereit zu stellen. Dennoch ist ein Grundmotiv auch in der betriebswirtschaftlichen Erkenntnis zu suchen, dass sich zum einen die öffentliche Regulierungsdichte, Budgetdeckelung und Kostenträgersteuerung negativ auf die Wirtschaftlichkeit von Pflegeeinrichtungen auswirken, zum anderen die durchschnittlichen Amortisationszeiten konventioneller Pflegeheime aufgrund steigender Kosten und sich verringernder Einnahmen aus öffentlichen Haushalten immer länger werden. Es handelt sich demnach um strategische Entscheidungen, die 1.) dem *sozialpolitischen* Umgang mit veränderten gesellschaftlichen Realitäten Rechnung tragen.

Aus einer alten- und pflegepolitischen Perspektive kann in diesem Zusammenhang konstatiert werden, dass die politischen Akteure seit der verhältnismäßig späten Würdigung des Tatbestands der Pflegebedürftigkeit im Jahre 1995 darauf hinwirken, einer steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen mit anspruchsvollen Zugangsvoraussetzungen und nach oben hin begrenzten Pflegesätzen, die dem tatsächlichen Bedarf oftmals nicht entsprechen und trotz

Preissteigerungen jahrelang nicht dynamisiert wurden, zu begegnen[4]. Ursache dieser rigiden Politik ist zunächst ein *absoluter Kostenanstieg* im Pflegebereich als Folge der größer werdenden Zahl pflegebedürftiger Personen.[5] Ferner ist ein *relativer Kostenanstieg* zu konstatieren, welcher darauf zurück zu führen ist, dass trotz leistungsrechtlicher Korrekturen die Effekte des so genannten „Heimsogs" (vgl. Häcker/Raffelhüschen 2006) bis dato allenfalls abgemildert werden konnten – d.h., dass immer mehr pflegebedürftige Personen kostenintensive Leistungen der stationären Versorgung in Anspruch nehmen (vgl. BMG 2008). Um das Niveau und die Qualität der angebotenen Dienste in dieser Situation aufrecht zu erhalten, sind innovative Markt- und Finanzierungsstrategien gefragt.

Abgesehen von den sozialpolitischen Rahmenbedingungen, welche sich begrenzend auf die Handlungskorridore der Angebotsseite auswirken, sind die Konzepte für neue Wohnformen im Alter und bei Pflegebedarf 2.) als strategische Antworten auf *soziokulturell-demografische* Entwicklungen zu deuten: So gehören die Zeiten, als sich Senioren mit dem Platz in einem x-beliebigen Pflegeheim zufrieden gaben, da sie dort ohnehin „nur noch" ihren Lebensabend zu verwalten hatten, der Vergangenheit an. Veränderte physische Möglichkeiten und Präferenzen älterer Menschen erfordern ein neues Wohnraumangebot, das den gewandelten Bedürfnissen der Klienten Rechnung trägt. Hierfür sollen zwei entscheidende Entwicklungen aufgezeigt werden: Erstens schrumpft das Potenzial informeller Pflege kontinuierlich. Dies ist vor allem auf veränderte Familienstrukturen zurückzuführen (vgl. Meyer 2002; Peuckert 2004), aber auch auf die Tatsache, dass sich die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben – insbesondere bei Frauen (als Folge höherer Erwerbsbeteiligung) – verringert hat (vgl. Gröning/Kunstmann/Rensing 2004). Zweitens wird das steigende durchschnittliche Lebensalter dazu führen, dass die Phase der sog. „aktiven Jahre" länger wird. Die Ausdehnung derjenigen Lebensphase, in welcher Menschen ihr Leben selbstständig und selbstverantwortlich leben können, wollen sie sinnvoll nutzen: „Angesichts einer im Durchschnitt besseren Gesundheit, eines im Durchschnitt höheren Bildungsniveaus, einer im Durchschnitt höheren Vertrautheit mit Bildungsangeboten und Lernsituationen sowie einer im Durchschnitt besseren finanziellen Situation kann davon ausgegangen werden, dass zukünftige Generationen älterer Menschen länger in der Lage sein werden, einen aktiven Beitrag zum Wohle der Gesellschaft zu leisten und ein gewisses Maß an Reziprozität zwischen den von anderen in Anspruch ge-

---

[4] Mit Inkrafttreten des von der Großen Koalition verabschiedeten Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurden die Leistungskataloge mittlerweile ausgeweitet und die Leistungsentgelte erhöht.

[5] Obwohl Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den vergangenen Jahren Hochkonjunktur hatten, sind diese mit Vorsicht zu genießen, da sie neben Aussagen über die Bevölkerungsentwicklung hoch spekulative Annahmen über die Verteilung der Pflegefallwahrscheinlichkeit bzw. das Leistungs-Inanspruchnahmeverhalten von Pflegebedürftigen implizieren. Es kann jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 40-50 Jahren mindestens verdoppelt, während allein aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter die Zahl der Beitragszahler zur Pflegeversicherung sinkt (vgl. BMGS 2003; Dietz 2002; Häcker/ Raffelhüschen 2006; Hackmann/ Moog 2008).

nommenen und den für andere erbrachten Leistungen aufrechtzuerhalten“ (BMFSFJ 2005: 29). Es sind demzufolge Angebote gefragt, die einen wirksamen Schutz gegen potenzielle Altersrisiken mit Strukturen verbinden, die Gelegenheit zur Selbstentfaltung bieten.

Gerade im Hinblick auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit, welches meistens erst im Hochbetagtenalter akut zutage tritt[6], aber auch hinsichtlich des zunehmend gewünschten Austausches zwischen den Generationen, erscheint es angebracht, das in Vergessenheit geratene „Prinzip Großfamilie“ über den Aufbau entsprechender Wohnformen wiederzubeleben (vgl. BMFSFJ 2008). Dies gilt auch im Hinblick auf die besondere Sensibilität im Umgang mit hilfe- und pflegebedürftigen Personen, für die neben der Frage, ob Unterkunft und Pflege professionell anerkannten Standards folgen, die Möglichkeiten der Integration haushaltsbezogener und pflegerischer Hilfearrangements in die eigene Lebenswelt relevant sind. Hierzu gehört, dass Pflege und andere Hilfestellungen die Bewohner aus einer möglichen Passivität, die mit dem Umzug aus der vertrauten Umgebung in eine neue Lebenswelt des Alters einhergehen kann, heraus führt (vgl. Urlaub/Engels/Kremer-Preiß 1996).

Die an der vorliegenden Untersuchung beteiligten Wohnprojekte versuchen auf je andere Weise, den Ansprüchen an geänderte Bedürfnislagen älterer und behinderter Menschen gerecht zu werden. Hierbei unterscheiden sie sich ganz wesentlich hinsichtlich ihrer Finanzierungsmodelle. Diese werden auf den folgenden Seiten dargestellt und in einem abschließenden Fazit miteinander verglichen.[7]

2.2 Bremer Heimstiftung: Haus im Viertel

Wohn- und Quartierskonzept

Im Bremer Steintorviertel – einem lebendigen Szene-Viertel mit Ladengeschäften, Gastronomie, Kunst, Kultur und vielen jungen und vielen alteingesessenen Menschen, die dort schon ihr Leben lang wohnen – bestand Ende der 1990er Jahre Bedarf an barrierefreien Wohnungen für ältere und/oder behinderte Menschen. Da der Stadtteil vom typischem „Bremer Haus“ geprägt ist, das sich bei mehreren Geschossen und engen Treppen eher in die Tiefe als in die Breite erstreckt, waren Pflegeplätze vor Ort bzw. barrierefreie Wohnangebote aufgrund der baulichen Gegebenheiten Mangelware. Als 1997 ein Investor für das Grundstück einer ehe-

[6] Pflegebedürftigkeit ist in der Tat ein Phänomen, das sich stark auf die so genannten „Hochbetagten“, also Menschen im Alter von 80 Jahren und älter, konzentriert: Während der Anteil Pflegebedürftiger bei den unter 60-jährigen etwa 0,5% und bei den 60- bis 79-jährigen etwa 3% beträgt, ist bei den 80-jährigen und älteren (mindestens) jeder Vierte pflegebedürftig. In der ambulanten Pflege waren Ende 2006 44,7% der Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter, in der stationären Pflege sogar 63,5% (vgl. Blüher 2003; BMG 2008). Vor diesem Hintergrund dürfte zu erwarten sein, dass sich in den Modellprojekten mit besonders vielen hochaltrigen Bewohnern auch die meisten Mieter mit anerkannter Pflegestufe befinden, was hinsichtlich der intendierten Vermeidung von Pflegebedarf relevant ist.

[7] Die folgenden Ausführungen basieren grundsätzlich auf dem KDA-Bericht „Zukunft Quartier“. Zum Teil wurden Angaben zu den Eckdaten der Wohnprojekte durch aktuellere Erhebungen aktualisiert.

maligen Brotfabrik mitten im Viertel gesucht wurde, verwirklichte die Bremer Heimstiftung hier das quartiersbezogene Konzept *Haus im Viertel,* mit dem die vielfältigen Bedürfnisse älterer Menschen abgedeckt werden sollten.

Wohnanlagen mit Service betreibt die Bremer Heimstiftung bereits seit 1989. Mit dem *Haus im Viertel* richtete die Organisation ihre erste nicht-heimverbundene Solitäranlage mit Pflegestützpunkt ein, die wegen der räumlichen Distanz völlig unabhängig von den anderen Einrichtungen arbeitet. Mittlerweile wurden alle weiteren Service-Wohnanlagen der Heimstiftung nach ähnlichem Konzept aufgebaut.

Mit dem *Haus im Viertel* sollen ältere und/oder behinderte Menschen in die Lage versetzt werden, auch im Fall zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in ihrem vertrauten Stadtteil wohnen zu bleiben. In Abgrenzung zu konventionellen Pflegeformen wird dabei der „Primat der Pflege" durch einen „Primat des Wohnens" ersetzt – womit ein Pflegeprinzip gefragt ist, welches „weitgehend den Abläufen ambulanter Versorgung in der eigenen Häuslichkeit folgt und individuell auf den Pflegebedarf des einzelnen Bewohners abhebt" (Künzel 2007: 8). Neben dem selbst bestimmten Wohnen in der vertrauten Umgebung werden hierfür Präventionsmaßnahmen, Strukturen zur Schaffung von Sicherheit und Geborgenheit, die Unterstützung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten sowie die Vermeidung von Vereinsamung groß geschrieben. Das Leben in der Gemeinschaft bzw. im Stadtteil soll helfen, das soziale Umfeld, insbesondere den Kontakt zu Nachbarn und Freunden, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Im Vordergrund steht nicht der Dienstleistungsgedanke, sondern die Förderung von Nachbarschaften innerhalb und außerhalb des Hauses.

Die Öffnung nach außen ist ein besonderes Anliegen, da mit Impulsen für die Bereicherung des sozialen Lebens im Viertel auch Anstöße für eine Weiterentwicklung der Bremer Sozial- und Stadtentwicklung gegeben werden sollen. Ziel ist es, mit dem Konzept beispielhaft für eine neue Quartierspolitik zu stehen, in deren Mittelpunkt ein offenes Bürgerhaus – das *Haus im Viertel* – den sozialen und kulturellen Austausch im Stadtteil anregt. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde von Anfang an darauf hingewirkt, den Bewohnern sowie den Nachbarn im Stadtteil durch die Bereitstellung nötiger Infrastrukturen und Vermittlungskompetenzen den Aufbau eines bunten Angebots an geselligen Aktivitäten zu ermöglichen. Dieses spiegelt sich heute in zahlreichen Aktivitäten, die im *Haus im Viertel* ihren Platz gefunden haben, wieder: Von dem wöchentlichen Café mit selbstgebackenem Kuchen, über den extern angebotenen Englischkurs, bis hin zum monatlich stattfindenden Theater-Besuchskreis bietet sich den Bewohnern und der Nachbarschaft ein reichhaltiges Portfolio sozialer, kultureller und intellektueller Freizeitgestaltungsmöglichkeiten. Diese werden von Personen aus dem Quartiersumfeld besonders positiv aufgenommen, weil die meisten Bewohner bereits einen engen Stadtteilbezug in das Projekt einbringen konnten. Abgesehen von ihrem sozialen Vernetzungspotenzial besitzt die Förderung der genannten Aktivitäten auch eine strategische Be-

deutung für die Platzierung der 92 Wohnungen am Markt, die wegen ihrer günstigen Lage mitten in der Stadt überdurchschnittliche Mietpreise aufweisen.

Die zentrale Lage der Wohnanlage erleichtert älteren und/oder behinderten Menschen die Teilhabe am sozialen Leben außerhalb der Quartiersumgebung und macht das *Haus im Viertel* auch für Zuzügler attraktiv[8]: Der Weg zur Weser beträgt lediglich 350 Meter, die Hauptgeschäftsstraße liegt in gleicher Entfernung. Das Bürgerhaus Weserterrassen, welches zahlreiche kulturelle Veranstaltungen beherbergt, ist problemlos zu Fuß erreichbar. In die Innenstadt und zum Hauptbahnhof benötigt man mit der Straßenbahn nur einige wenige Minuten Fahrzeit. In der unmittelbaren Umgebung haben zudem bauliche Veränderungen wie z.B. Maßnahmen zur Reduzierung des Parkdrucks auf Bürgersteigen und zur Verbesserungen der Wegenetze für Fußgänger und Rollstuhlfahrer die Mobilitätschancen der Bewohner außerhalb ihrer Wohnung erhöht (vgl. Schlansky 2005).

Im Zusammenhang mit den Anstrengungen für die Erhöhung der Wohnqualität innerhalb der Wohnanlage wurde bereits kurze Zeit nach der Gründung der Wohnanlage deutlich, dass der passive Service-Gedanke verabschiedet und stattdessen die Rolle von Kooperationspartnern und aktiven Mietern stärker betont werden musste, da sich die hauptamtliche Hausleiterin immer weniger im Stande sah, die an sie gestellten Erwatungen in Einklang mit ihren personellen Ressourcen zu bringen. Gewissermaßen aus der Not heraus entstand dadurch das heute vorherrschende Handlungsprinzip des Hauses, das den Einbezug und die Aktivierung der Nachbarschaft als Grundlage des Gelingens sämtlicher Belange rund um das Haus betont. Da das *Haus im Viertel* keine formelle Mitwirkungsverpflichtung (etwa im Mietvertrag) kennt, liegt es bei der Hausleiterin, die Bewohner zur gemeinsamen Gestaltung von Haus, Garten und Gemeinschaftsraum zu ermutigen und gegenseitige Nachbarschaftshilfe zu vermitteln. Hierbei sieht sie sich in erster Linie als Moderatorin und Anstoßgeberin, die sich nicht unnötigerweise einmischt, wenn Bewohner Dinge untereinander selbst regeln können, aber immer dann interveniert und professionelle Hilfe vermittelt, wenn diese sich überfordert fühlen.

Neben der hauptamtlichen Hausleiterin gibt es im *Haus im Viertel* eine halbe Stelle für ihre Vertretung, einen Hausmeister in Vollzeit sowie kurzfristig tätige Praktikantinnen und Praktikanten. Das Durchschnittsalter der Bewohner der Anlage liegt bei über 80 Jahren; sie weisen damit das höchste Durchschnittsalter aller Wohnkonzepte in der Stichprobe auf und beurteilen ihren Gesundheitszustand demzufolge am wenigsten häufig als positiv. Im Gegensatz zu den anderen Projekten leben in Bremen allerdings die meisten Akademiker, was das überdurchschnittliche Einkommen der Bewohner erklären mag.

---

[8] Der Bremer Senat würdigte bereits die Tatsache, dass die Wohnungen bis zu einem Drittel an von auswärts kommende Personen vermietet würden, sodass solche „über die Grenzen Bremens hinaus bekannten Objekte geeignet sind, auch mobile Menschen als Neubürger für Bremen zu gewinnen“ (Bremische Bürgerschaft 2003).

Finanzierungsmodell: Servicepauschale

Da das *Haus im Viertel* frei finanziert wurde, müssen die für die Sozialarbeit nötigen Kosten über die Mieten finanziert werden. Dies geschieht dadurch, dass auf die ortsüblichen Kaltmieten von derzeit etwa zwischen 9,05€/ m² und 9,50€/ m² eine Servicepauschale von 132,60€/ Monat (Einzelperson) bzw. 163,20€/ Monat (zwei Personen) aufgeschlagen wird. Weil die Bewohner keinen getrennten Miet- und Servicevertrag abschließen, ist die Höhe der Pauschale für diese nicht erkennbar. Im Fall der Pflegebedürftigkeit wird ein gesonderter Vertrag mit dem Pflegedienst im Haus geschlossen, der marktüblich zu bezahlen ist.

Die Servicepauschale finanziert die Stellen der beiden Sozialpädagoginnen, zusätzlich die Hälfte der Hausmeisterstelle (die andere Hälfte wird über die Betriebskosten abgerechnet) sowie einen Teil der Overheadkosten des Trägers, der mit einem Ausgleichsbetrag für übergeordnete Aufgaben der Hausleiterin verrechnet wird. In das Budget fließen zudem so genannte „Wahlleistungen", die durch Mitarbeiter der Heimstiftung oder vermittelte externe Dienstleister gegen Entgelt erbracht werden können (Reinigungsarbeiten, aufwendigere Handwerkstätigkeiten des Hausmeisters, Mahlzeiten, Vermietung von Gästeappartements, Begleitung etc.). Die Gebäude sind Eigentum der Bremer Heimstiftung; die Kooperationspartner haben ihre Räume angemietet (mit Ausnahme des Dienstleistungszentrums, das lediglich für Betriebskosten aufkommen muss und den Bewohnern des *Hauses im Viertel* im Gegenzug die Grundgebühr von 20,00€/ Monat erlässt).

Zusammenfassung

- Das **MOTIV** für die Entwicklung des Wohnprojekts war der vor Ort konkret konstatierte Mangel an Pflegeplätzen bzw. barrierefreien Wohnangeboten im Viertel.
- Infolgedessen wurde ein **KONZEPT** entwickelt, das in erster Linie älteren und/oder behinderten Menschen ermöglichen sollte, in ihrem vertrauten Stadtteil wohnen zu bleiben. Die starke Betonung von Kooperationspartnern, der Einbezug der Bewohner in die Belange des Quartiers und die Aktivierung zur Nachbarschaftshilfe bildete sich mit der Zeit heraus.
- Die **FINANZIERUNG DER ZUSATZKOSTEN** des Modells erfolgt in Bremen über eine auf die Miete aufgeschlagene (aber nicht gesondert ausgewiesene) Servicepauschale.
- **PFLEGEVERSORGUNG** wird über einen Pflegestützpunkt im Quartier gewährleistet.

2.3 Stiftung Liebenau: Lebensräume für Jung und Alt

Wohn- und Quartierskonzept

Die Stiftung Liebenau wurde 1870 gegründet und beschäftigt heute als Holding über 5.000 Menschen in verschiedenen Unternehmen an über 70 Standorten in Deutschland, Österreich,

der Schweiz und Bulgarien. Da sie sich als Innovationsmotor im Sozial- und Bildungsbereich versteht, entwickelte sie als Lösung der Folgeprobleme des demografischen Wandels und der Abnahme familieninterner Hilfs- und Pflegepotenziale Anfang der 1990er Jahren neue Geschäftsmodelle im Wohlfahrtssektor, die nicht nur eine solide Finanzierungsgrundlage versprechen, sondern den gewandelten Bedürfnissen ihrer Klienten entgegen kommen sollten. Hier ging es vor allem darum, den Nachteilen konventioneller Versorgungsmodelle (z.B. Passivität und Separierung) zu begegnen.

Nachdem die Stiftung jahrzehntelang überwiegend in der Behindertenhilfe tätig gewesen war, begann ihr Engagement in der Altenhilfe mit der Übernahme von fünf großen Pflegeheimen in der Bodenseeregion, das von Anbeginn mit dem Ziel verknüpft war, neue generationenübergreifende Wohn- und Pflegeformen zu entwickeln. Diese sollten sich als subsidiäre, familienergänzende Systeme darstellen, die weitgehend unabhängig von den Leistungsentgelten der Sozialversicherung und staatlichen Subventionen funktionieren. Eine nachhaltige Finanzierung solcher Konzepte konnte nach Annahme der Stiftung nur dann gelingen, wenn die Strategie der Ressourcenaufbringung vom gesetzlich geregelten Altenhilfe- und Pflegesystem auf einen Mix aus öffentlichen Mitteln, Spenden und Erträgen freiwilligen Engagements verschoben würde.

Ein konkreter Anlass für das neue Geschäftsmodell ergab sich, als ein geplantes Pflegeheimprojekt im Landkreis Ravensburg nicht realisiert werden konnte. Alternativ wurde unter dem Dach der Tochtergesellschaft St. Anna Hilfe gGmbH das Wohnkonzept *Lebensräume für Jung und Alt* ins Leben gerufen – gemeinwesenintegrierte, auf Gemeinschaft bauende Wohnprojekte, die in erster Linie auf Selbst- und Nachbarschaftshilfe anstelle konventioneller Versorgungsmodelle setzen und mittlerweile in über 20 Kommunen Deutschlands und Österreichs mit mehr als 700 Wohnungen ihren Platz gefunden haben. Im Vorfeld ihrer Realisierung wurden Grundlagenverträge geschlossen, in denen die Partnerschaften von Kommunen, Freier Wohlfahrtspflege und Bürgerschaft festgeschrieben sind. Die Wohnanlagen in zentraler Ortslage mit jeweils zwischen 20 und 50 Wohnungen sind rollstuhl- und altengerecht ausgestattet. Die Wohnanlage Amtzell besteht etwa aus vier gleich großen Wohngebäuden mit Aufzügen. In einem dieser Gebäude sind das Servicezentrum, der Gemeinschaftsraum und das Büro der Gemeinwesenarbeiterin angesiedelt. Das Außengelände bietet zahlreiche Grünflächen und Sitzecken, in denen sich die Bewohner auch außerhalb organisierter Aktivitäten begegnen. Kontakte zu den Netzwerkpartnern der Gemeinde (z.B. die örtliche Schule und zu Vereinen) werden über die Gemeinwesenarbeiterin hergestellt.

Die Wohnungen der *Lebensräume* werden an Eigennutzer über 60 Jahren oder Kapitalanleger verkauft, wobei auch soziale Wohnungsbaufördermittel eingebunden werden, um Wohnraum für sozial Schwächere anzubieten. Anders als klassische Pflegeheime ist das Konzept bewusst generationenübergreifend ausgerichtet: Über das Instrument der Wohnraumbelegungssteuerung soll sichergestellt werden, dass hinsichtlich Alter und Familienform ein heterogener Be-

wohner-Mix – im Idealfall bestehend aus 2/3 Älteren (d.h. älter als 60 Jahre) und 1/3 Jüngeren – entsteht. Wie die Zahlen für die fünf in dieser Untersuchung befragten Standorte zeigen, ist die Altersstruktur der Lebensräume in der Tat sehr gemischt: Der Fall, dass die unter-60-Jährigen tatsächlich nur ein Drittel der Gesamtbewohnerschaft ausmachen, ist eher die Ausnahme als die Regel; in den meisten *Lebensräumen* ist ihr Anteil höher. Die Stichprobe lässt außerdem darauf schließen, dass die Bewohner hinsichtlich ihrer Einkommen größtenteils im mittleren Einkommensspektrum angesiedelt sind.

Ein Ziel der *Lebensräume* ist, dass über Selbst- und Nachbarschaftshilfesysteme die Beanspruchung professioneller Dienste vermieden werden kann. Diesem Anliegen dient neben der Architektur mit Gemeinschaftsräumen jeweils ein hauptamtlicher Gemeinwesenarbeiter, der die Bewohner beraten, Kontakte vermitteln, Konflikte moderieren, sowie Gemeinschaftsaktivitäten und informelle Hilfesysteme anregen soll. Ferner gehört zum Aufgabenfeld der Gemeinwesenarbeit, die Belegung und Vermietung des Wohnraums und der Gemeinschaftsräume zu organisieren. Die Gemeinwesenarbeiterinnen und Gemeinwesenarbeiter sollen „quasi ‚mit den Händen in den Hosentaschen' arbeiten, d.h. nicht selbst Einzelfallhilfe leisten, sondern die Bewohner zur Selbsthilfe motivieren" (Kuhn 2007: 3). Pflege im engeren Sinne ist in den *Lebensräumen* demnach nur eine von vielen Aufgaben der Gemeinwesenarbeit, die – falls benötigt – vermittelt und schließlich durch die Mitarbeiter der Sozialstationen St. Anna und Heilig Geist oder von externen Pflegediensten erbracht wird. Im Vorfeld soll jedoch genau geprüft werden, ob Hilfebedarfe auch innerhalb des Quartiers gedeckt werden können.

In den *Lebensräumen* Amtzell beispielweise ist die Gemeinwesenarbeiterin mit einer 40%-Stelle (wöchentlich 15 Arbeitsstunden) bei der St. Anna Hilfe gGmbH angestellt und organisiert die Vernetzung von derzeit 60 Bewohnern. Innerhalb dieses Zeitbudgets hält sie 2x wöchentlich für jeweils 2 Stunden eine Sprechstunde in ihrem Büro ab. Abgesehen von dieser zeitlichen Vorgabe steht es ihr frei, wie sie das in ihrem Vertrag als Aufgabenbeschreibung definierte Konzept der Förderung von Selbsthilfe durch entsprechende Strukturen umsetzt. Allerdings achtet sie hierbei darauf, die Zeit für Moderation zu begrenzen, „damit nicht der falsche Eindruck entsteht, sie hätte Kapazitäten, sich um alles zu kümmern, was Bewohner untereinander oder selbst regeln können" (Netzwerk Soziales Neu Gestalten 2008: 58).

Finanzierungsmodell: Sozialfonds

Kernstück der *Lebensräume für Jung und Alt* ist die Gemeinwesenarbeit, welche die Selbst- und Nachbarschaftshilfesysteme anregt und koordiniert. Sie wird finanziert über die Erträge eines für jede Wohnanlage angelegten Sozialfonds, der bei Zweck- und Ortsbezogenheit sowie Rechenschaftspflicht gegenüber der jeweiligen Gemeinde als Sondervermögen von der Stiftung Liebenau verwaltet wird. In den Grundstock dieser Fonds brachten die jeweiligen Gemeinden die Überschüsse aus dem Verkauf ihrer Baugrundstücke und/oder weitere Mittel ein, die Stiiftung Liebenau die Bauträgergewinne. Während die Stiftung Liebenau bei den ersten Wohnanlagen noch selbst die Bauträgerfunktion ausgeübt hatte, sind in dieser Funktion

mittlerweile private Bauträger tätig – sie generieren über eine Sponsoringvereinbarung Mittel für den Fonds und dürfen dafür mit dem Konzept werben. Die Netto-Mieterträge der von Kommune oder Stiftung Liebenau für den Sozialfonds erworbenen Wohnungen kommen dem Sozialfonds zugute.

Mit dem Konzept des Sozialfonds konnten über alle Wohnanlagen hinweg insgesamt ca. 16 Mio. Euro Fondsvermögen aufgebaut werden. Da bei einer Vollkostenrechnung die Fondserträge noch nicht ausreichen, um die Personal-, Sach- und Raumkosten der Gemeinwesenarbeit und der Gemeinschaftsräume zu finanzieren, unterstützt der Träger diese Arbeit mit ca. 400.000 Euro zusätzlich pro Jahr, wobei der Abmangel je nach Wohnanlage unterschiedlich ausfällt. Somit kann gesichert werden, dass für die Bewohner lediglich die ortsüblichen Mietkosten anfallen. Da im Gegenzug für soziale Dienste keine Pauschale berechnet wird, können bei Bedarf professionelle Dienstleistungen bei ambulanten Diensten abgerufen werden, die marktüblich zu vergüten sind. Damit soll die im betreuten Wohnen konstatierte „Versorgungsmentalität“ verhindert werden (vgl. Kuhn 2007).

Aufgrund der Niedrigzinsphase und der schlechten Wohnungsmarktlage wird der Sozialfonds als Finanzierungsmodell für weitere „Lebensräume für Jung und Alt“ inzwischen modifiziert. Im Sommer 2007 wurden deshalb die neu gegründeten Wohnanlagen in Oberteuringen und Eriskirch in das neue Finanzierungsmodell der Bürgerstiftung eingebettet, durch das vor allem eine Erhöhung des Kapitalstocks erreicht, aber auch mehr Bürgern die Möglichkeit gegeben werden soll, sich mit Geld, Zeit, und Ideen einzubringen. Mit weiteren Kommunen wurden individuelle Finanzierungsvereinbarungen getroffen. Für die befragten Standorte in Amtzell, Immenstaad, Ravensburg-Gänsbühl, Ravensburg-Weinbergstraße und Tettnang ist dieser Aspekt ohne Bedeutung.

Zusammenfassung

- Das **MOTIV** für die Entwicklung der *Lebensräume* war die veränderte Marktsituation in Form von sich wandelnder Nachfrage und schlechterer Finanzlage der Sozialversicherung, auf die mit einem unabhängig funktionierenden Modell reagiert werden sollte.
- Hierfür wurde ein subsidiäres **KONZEPT** entwickelt, das auf einen Mix aus öffentlichen Mitteln, Spenden und Erträgen freiwilligen Engagements bei besonderer Betonung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe abstellt.
- Die **FINANZIERUNG DER ZUSATZKOSTEN** (insbesondere die Gemeinwesenarbeit) erfolgt über einen Sozialfonds aus Verkaufsüberschüssen der Gemeinden, Bauträgergewinnen, Netto-Mieterträgen und Trägersubventionen, der für jeden Standort separat angelegt ist.

- **PFLEGEVERSORGUNG** wird von der Gemeinwesenarbeit über einen ambulanten Dienst gegen Marktpreise vermittelt. Die hierfür eingesetzten Sozialstationen können Dienste der Stiftung Liebenau oder Pflegedienste anderer Träger sein.

2.4 Evangelisches Johanneswerk: Projekt „Heinrichstraße“, Bielefeld

Wohn- und Quartierskonzept

Nachdem die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft (BGW) bereits im Jahre 1996 für eine Seniorenwohnanlage gemeinsam mit dem Verein „Alt und Jung e.V.“ ein Versorgungskonzept ohne „Betreuungspauschale“ entwickelt hatte, sollte dieses erfolgreiche und in den kommenden Jahren auch andernorts diskutierte Modell (vgl. FAZ vom 22.02.2008; SZ vom 31.01.2008) zusammen mit dem Evangelischen Johanneswerk e.V. in der Heinrichstraße realisiert werden. Das Johanneswerk ist Träger von mehr als 70 Einrichtungen und Heimen für behinderte und alte Menschen sowie Arbeitgeber von rund 6.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ganz Europa. Es fühlt sich in der Alten- und Behindertenhilfe der Herausforderung verpflichtet, auf die Engpässe konventioneller Versorgungsstrukturen mit alternativen Ansätzen zur Heimunterbringung zu reagieren. Vor diesem Hintergrund vollzieht das Johanneswerk seit einigen Jahren einen Strategiewechsel vom stationären zum kundennahen Dienstleister in Wohnprojekten innerhalb von Gemeinwesenstrukturen.

In das 1996 gestartete Modellprojekt der BGW zogen Senioren und jüngere behinderte Menschen ein, die teilweise direkt aus stationären Einrichtungen kamen und bis heute im Haus wohnen. Im Erdgeschoss des Hauses wurde eine gemeinsame Wohnküche als Kommunikationszentrum sowie ein Nachtbereitschaftsraum eingerichtet. Die Mieterinnen und Mieter konnten damals wie heute auf die Hilfs- und Betreuungsangebote eines Service-Stützpunktes im Haus zurückgreifen und mussten nur im Bedarfsfall dafür zahlen. Grund der Entwicklung des Modells war die Erfahrung, dass sich Bewohner von Seniorenimmobilien mit „Betreuungspauschalen“ immer häufiger darüber beschwerten, dass sie für ihr Geld keine adäquaten Leistungen erhielten. Das neue Konzept sollte deshalb sicherstellen, dass die Mieter nur für tatsächlich in Anspruch genommene Leistungen bezahlen.

Über das Bestreben hinaus, die individuelle finanzielle Belastung dem Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen anzupassen, verfolgt das „Bielefelder Modell“ das Ziel, Menschen auch bei steigender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit weiterhin das Wohnen in „ihrem“ Quartier zu ermöglichen. Es soll sich außerdem um ein integratives Wohnangebot handeln, in dem Senioren, junge und ältere Behinderte sowie andere Menschen mit geringem und hohem Hilfebedarf gemeinsam leben können. Hierbei soll rund um die Uhr Versorgungssicherheit gewährleistet sein, ohne dass gleichzeitig eine Pauschalvergütung fällig wird. Ferner sollen Möglichkeiten der Prävention durch eine frühzeitige Unterstützung verbessert werden, etwa durch die Stärkung der Selbsthilfekräfte pflegebedürftiger Personen und deren Umfeld. Im Sinne einer subsidiären Versorgung soll Hilfe durch Angehörige, Freunde und Nachbarn der

Hilfe professioneller Pflegedienste vorgezogen werden. Falls professionelle Hilfe notwendig wird, soll sich diese nicht als Mittelpunkt des Hilfearrangements begreifen, sondern sich möglichst selbst überflüssig machen, indem sie Dritte bei der Pflege anleitet und sich darum bemüht, das familiäre und nachbarschaftliche Leben zu stabilisieren.

Die Seniorenwohnanlage in der Bielefelder Heinrichstraße entstand in den Jahren 2004 und 2005 in unmittelbarer Zentrumsnähe auf dem Gelände eines ehemaligen Großhandels. Die BGW errichtete in fünf Gebäuden insgesamt 42 Wohnungen mit Wohnflächen zwischen 45 und 70 Quadratmetern, davon zwei Wohnungen für Rollstuhlfahrer. Laubengänge erschließen die Häuser barrierefrei auf allen Ebenen, im Erdgeschoss befinden sich neben dem Büro des ambulanten Pflegdienstes und dem Wohncafé mit Terrasse drei kleinere Gewerbeeinheiten mit zusätzlichen Dienstleistungsangeboten. Hilfe und Pflege rund um die Uhr wird durch das Evangelische Johanneswerk realisiert, dem ein Vorschlagsrecht für die Vermietung von sechs Wohnungen eingeräumt wurde. Diese Wohnungen sind aus Gründen der Vollauslastung des Pflegedienstes Menschen mit einem hohen Pflegebedarf vorbehalten, die rund um die Uhr betreut werden müssen.

In den Funktionsräumen betreibt das Johanneswerk ferner ein Stadtteilbüro mit Beratungs- und Serviceangeboten. Das Wohncafé im Erdgeschoss, das von der BGW kostenlos bereitgestellt wird, dient als Treffpunkt für Bewohner und Nachbarn. In der offen gestalteten Küche, die sich ebenfalls im Wohncafé befindet, wird der Speiseplan gemeinsam von den Bewohnern und dem Hauswirtschaftsteam erstellt. Die Mahlzeiten werden täglich frisch zubereitet. Zwei Gästewohnungen, die das Johanneswerk gemietet hat und bewirtschaftet, stehen für Angehörige zur Verfügung, die bei einem Besuch in der Seniorenwohnanlage übernachten wollen. Außerdem besteht hier eine vorübergehende Wohnmöglichkeit für Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf.

Das Mitarbeiter-Team besteht aus einem Basis-Team von ca. 10 Mitarbeitern und einem ambulanten Hintergrundteam, das im Bedarfsfall aktiviert wird. In der Schaltstelle des ambulanten Dienstes, dem Wohncafé und dem Büro im Erdgeschoss, laufen alle Fäden in Hilfs- und Pflegefragen zusammen. Hier werden die Einsätze des Pflegeteams koordiniert, und es ist jeweils eine Präsenzkraft tätig, die als Ansprechpartner für Anliegen und Probleme der Bewohner bereitsteht. Falls die Pflegekräfte nicht im Einsatz sind, halten sie sich vor Ort auf, helfen im hauswirtschaftlichen Bereich oder leisten den Bewohnern sonstige Hilfestellungen.

Der Pflegedienst und ein koordinierender Sozialarbeiter sind neben einer ehrenamtlichen Kraft, die sich um das Mittagessen kümmert, und weiteren sechs Ehrenamtlichen für die Förderung des Gemeinwesens zuständig: Sie sollen die Mieter zu selbst organisierten Aktivitäten ermutigen (und dabei unterstützen), die Bewohner in die Stadt und zu kulturellen Veranstaltungen begleiten, sowie Freizeitangebote in Kooperation mit der Volkshochschule, Kirchen und Vereinen machen. Bisher liegen die Prioritäten des Pflegedienstes jedoch auf der Kern-

versorgung der Kunden. Eine Konzeption zu Gemeinwesenarbeit wird derzeit erarbeitet. Darüber hinaus durchlaufen die Pflegekräfte Grundschulungen zum „Wohnprojektbegleiter“.

Finanzierungsmodell

Das Projekt „Heinrichstraße“ finanziert sich primär über Mieteinnahmen aus den 21 frei finanzierten und weiteren 21 öffentlich geförderten Wohnungen (die Kaltmieten betragen für freifinanzierte Wohnungen 8,50€/ Monat bzw. bei geförderten Wohnungen 4,05€/ Monat), sowie über Entgelte für Hilfs- und Pflegedienstleistungen. Da in erster Linie Pflegekräfte bzw. ein Sozialarbeiter die nicht gesondert ausgewiesene Gemeinwesenarbeit übernehmen, welche wiederum aus dem Gesamtbudget des Johanneswerks finanziert werden, sorgen de facto Entgelte für marktüblich vergütete Pflegedienstleistungen (oder wenn man so möchte: die hilfs- und pflegebedürftigen Personen innerhalb des Projekts) bzw. das Johanneswerk durch interne Quersubventionierung sowie Ehrenamtliche mit der Bereitstellung ihrer Ressourcen für die Gewährleistung von Gemeinschaftsaufgaben. Im Vergleich zur Finanzierungslogik eines Sozialfonds oder einer Servicepauschale werden die Investitionskosten für soziale Belange demnach von einem kleineren Teil der Mieter getragen, wohingegen dieser die Sicherheit bekommt, dass der von ihm benötigte Bedarf an notwendigen Pflegeleistungen auch tatsächlich gedeckt wird. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Prioritäten in einer Wohnanlage mit vergleichsweise hoher Verteilungshäufigkeit von Behinderungen zunächst auf pflegerische Kernaufgaben gelegt werden. Damit die erforderliche 24-Stunden-Präsenz eines Pflegedienstes jedoch kostendeckend gewährleistet werden kann, müssen in der Anlage fünf bis sechs Wohnungen an stark pflegebedürftige Menschen vermietet werden (diesem Zweck dient das Vorschlagsrecht des Johanneswerks).

Die Fläche für das Wohncafé im Erdgeschoss wird von der BGW unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurden für die Finanzierung des Wohncafés keine Fördermittel in Anspruch genommen, damit es von allen Bewohnern genutzt werden kann. Für die Miete der Büroräume des Pflegepersonals, ein Pflegebad und die Gästezimmer kommt das Johanneswerk auf. Diese Kosten werden teilweise über kommunale Investitionskostenzuschüsse gedeckt. Die Mietverträge werden zwischen der BGW und den einzelnen Mietern geschlossen. Es steht ihnen deshalb frei, sich von anderen Anbietern oder privat pflegen zu lassen.

Zusammenfassung

- Das **MOTIV** für die Entwicklung des „Bielefelder Modells“ war die Erfahrung, dass Bewohner klassischer Seniorenimmobilien mit „Betreuungspauschalen“ häufig unzufrieden mit dem Verhältnis von Kosten und erhaltenen Leistungen sind.
- Das neue **KONZEPT** sollte sicherstellen, dass in einem integrativen Wohnangebot, welches Menschen auch bei steigender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit das Leben in der vertrauten Umgebung ermöglicht, rund um die Uhr Versorgungssicherheit gewährleistet ist, ohne dass ein Pauschalbetrag für Betreuungsleistungen berechnet wird.

- Die **FINANZIERUNG DER ZUSATZKOSTEN** des Modells wird über das Pflegebudget des Trägers geregelt, welcher über die Notwendigkeit der Auslastung eines 24h-Pflegedienstes Kapazitäten des Pflegepersonals an Gemeinwesenaufgaben abtreten kann. Somit sind die reinen Mietzahlungen, welche die Bewohner an die BGW leisten, unabhängig von Kosten für Pflege und Gemeinwesenarbeit, welche nur im Budget des Johanneswerks aufscheinen.
- **PFLEGEVERSORGUNG** wird von dem ambulanten Dienst des Johanneswerks im Haus gegen marktübliches Entgelt garantiert.

2.5 Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH – CBT Mehrgenerationenwohnhaus „Miteinander leben und wohnen“, Wipperfürth

Wohn- und Quartierskonzept

Ansatzpunkt für die Schaffung eines Mehrgenerationenwohnhauses in Wipperfürth war die strukturelle Zusammensetzung des Wohnraums für ältere und behinderte Menschen in der katholisch geprägten Kleinstadt, die ihren Schwerpunkt jahrzehntelang vor allem in stationären Angeboten hatte. Nach Auffassung der Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH (CBT) Köln führt institutionelles Schubladendenken jedoch zu unnötiger Ausdifferenzierung von Menschen mit verschiedenen Bedürfnislagen. Durch individuelle Begleitung und separaten Wohnraum werden Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung und gemeinschaftlicher Lebenshilfe unter Menschen mit verschiedenen Bedürfnissen, wie sie im "normalen Leben" selbstverständlich sind, nicht ausgeschöpft. In Mehrgenerationenhäusern dagegen haben junge und alte Menschen, Behinderte und nicht Behinderte, Singles und Familien eher die Möglichkeit, einen fruchtbaren Austausch von Geben und Nehmen zwischen den Generationen zu praktizieren, von dem alle Beteiligten profitieren.

Nachdem sich die "AG Wohnen" der Katholischen Arbeitnehmerbewegung (KAB) und die Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft (CBT) in den 1990er Jahren unabhängig voneinander mit gemeinschaftlichen Wohn- und Lebenskonzepten befasst hatten, fanden sich die beiden Akteure im Jahre 1997 mit der Idee zur Schaffung eines Mehrgenerationenwohnhauses zusammen. Bereits ein Jahr später wurde die Idee des Mehrgenerationenwohnens der Bevölkerung in Wipperfürth vorgestellt, nachdem die Grundstücksfrage geklärt war und ein erster Gebäudeentwurf vorlag. Dieser frühe Schritt in die Öffentlichkeit sollte zum einen das Risiko minimieren, dass sich in der ländlich geprägten Region keine Mieter finden, und zweitens die frühestmögliche Einbindung späterer Bewohner in den Planungsprozess gewährleisten. Als Ziel des Projekts wurde definiert, bisher ungenutzte Potenziale des Zusammenlebens

verschiedener Generationen unter einem Dach zu nutzen, und dabei den Wünschen nach Individualität, Selbstständigkeit und Geborgenheit gerecht zu werden.

Die Öffentlichkeit wurde von Anfang an über individuelle Wohn- und Lebenspläne in die Schaffung des Wohn- und Raumkonzeptes einbezogen, um die Vorstellungen und Wünsche in der Bevölkerung angemessen zu berücksichtigen. Eine Gruppe von Interessenten, die sich mit den konkreten Erwartungen an die Wohn- und Raumkonzepte beschäftigte, traf sich projektbegleitend alle drei Monate und vereinbarte nach mehrjähriger Diskussion Rahmenbedingungen für ein „Miteinander leben und wohnen“. In den Debatten wurde bereits formuliert, dass Nachbarschaftshilfe ausdrücklich erwünscht sei, aber keine pflegerischen oder anderen verpflichtenden Leistungen als konzeptionelle Bestandteile berücksichtigt werden sollten. Zeitgleich mit fachkompetenter Begleitung des Entwicklungsprozesses durch die CBT – in diesem Zusammenhang wurde beispielsweise auch das Projekt der *Lebensräume für Jung und Alt* der Stiftung Liebenau besucht, welches sich unter anderem aufgrund des eigenen Anspruchs, Wohnraum für Sozialmieter zu schaffen, als nur teilweise übertragbar erwies – konnte ein Netzwerk im Quartier aufgebaut werden. Der Einzug in das Mehrgenerationenwohnhaus erfolgte im Frühjahr 2003.

Die Wohnanlage besteht aus zwei Häusern mit insgesamt 35 barrierefreien Mietwohnungen mit Wohnflächen zwischen 35 und 96 Quadratmetern, wobei 28 Wohnungen aus Mitteln des sozialen Wohnungsbaus gefördert wurden und sieben Wohnungen frei finanziert werden mussten. Ein Begegnungs- und Kommunikationsbereich mit Teeküche bietet Platz für gemeinsame Aktivitäten der Hausgemeinschaft und kann nach Absprache auch für private Anlässe genutzt werden. Die Bewohnerstruktur setzt sich aus Menschen verschiedenen Alters, Familienstandes und gesundheitlicher und sozialer Lebenssituationen zusammen. Einige Familien nutzten die guten baulichen Voraussetzungen, um als Großfamilie mit zwei bzw. drei Generationen einzuziehen, wobei jede "Kleinfamilie" eine eigene Wohnung bewohnt. Etwa 2/3 der Mieter sind Erwachsene, das andere Drittel Kinder und Jugendliche (dies ist durch eine Quotierung geregelt, wonach möglichst je zu einem Drittel Menschen bis 40, zwischen 40 und 60, sowie über 60 Jahren im Mehrgenerationenwohnhaus leben sollen). Falls neue Mieter einziehen wollen, müssen diese eine Einzugsberatung wahrnehmen und zusätzlich zum Mietvertrag eine Wohnvereinbarung unterschreiben, welche die Ziele der Hausgemeinschaft und die Leistungen der CBT (Gemeinschaftsraum und Moderation) beschreibt. Die Mieter sind in „Bewohnerteams“ organisiert, die sich um die verschiedenen Belange der Wohnanlage (Einzug neuer Mieter, Gartengestaltung, Gemeinschaftsraum) kümmern.

Der Prozess des gemeinsamen Lebens und Wohnens wird durch eine Sozialpädagogin moderiert und unterstützt (auf Wunsch erhalten die Bewohner in verschiedenen Lebenssituationen Beratung bis hin zu intensiver Einzelbegleitung). Die Fachkraft besitzt kein Büro innerhalb der Wohnanlage, sondern ist bei Veranstaltungen im Gemeinschaftsraum anzutreffen oder über ein Mobiltelefon erreichbar. Telefonisch werden sodann Anliegen thematisiert oder es

wird ein Gesprächstermin vereinbart. In Konfliktsituationen der Bewohner untereinander wird Gelegenheit gegeben, die Konfliktparteien miteinander in Kontakt treten zu lassen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Durch die Moderation der alle zwei Monate oder auf Anfrage stattfindenden Hausversammlungen wird eine Struktur geschaffen, die es den Bewohnern ermöglicht, themenbezogen ihre Anliegen einzubringen, zu erörtern und Vereinbarungen zu treffen. In diesem Kontext werden Eigeninitiative, Selbstvertrauen und Wachsen an gestellten Aufgaben gefordert und gefördert. Darüber hinaus leistet die Sozialarbeiterin wichtige Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, das Konzept bekannt zu machen. In diesem Zusammenhang wurde sie bereits mehrfach von anderen Kommunen eingeladen, um über ihre Erfahrungen zu referieren.

Die pädagogische Fachkraft weist in ihrer Arbeit auf die Kooperations- und Netzwerkpartner des Projekts hin und vermittelt Ansprechpartner. Dies kann auch der Fall sein, wenn es um die Vermittlung eines Pflegedienstes geht. Die aktive Beteiligung von Netzwerkpartnern an der Gestaltung des quartiersbezogenen Wohnens wird durch die Projektgruppe und den gegründeten Beirat unterstützt (hier sind Vertreter aus kommunalen und kirchlichen Gemeinden eingebunden).

Die Serviceangebote der CBT für Bewohner sind kein Bestandteil des Konzeptes. Weil die vorhandenen Ressourcen, aufbauend auf Solidarität und Miteinander, genutzt werden sollen, gibt es im Mehrgenerationenwohnhaus Wipperfürth auch keinen zentral organisierten Mittagstisch und keine obligatorischen Pflegeangebote.

Finanzierungsmodell

Ursprünglich war für das Mehrgenerationenwohnmodell eine Mischung aus öffentlich geförderten, von der CBT frei finanzierten Mietwohnungen und Eigentumswohnungen geplant, sodass auch Mieter berücksichtigt werden können sollten, die nicht sozialwohnungsberechtigt sind. Da der Investor der Eigentumswohnungen kurzfristig insolvent ging, musste die CBT die Wohnungen übernehmen, sodass sie insgesamt 11 frei finanzierte Wohnungen in der Anlage besaß. Vier dieser Wohnungen konnten nachträglich als Sozialwohnungen gefördert werden, sodass heute sieben Wohnungen frei finanziert sind. Eine Nachfinanzierung dieses Wohnraums über eine Stiftung und Eigenmittel der CBT ergab, dass für die Wohnungen nun der ortübliche Mietpreis von 8,00€/ m² Kaltmiete verlangt wird. Zuvor hatten die freifinanzierten Wohnungen längere Zeit leer gestanden. Die Kaltmieten der Sozialwohnungen (87% des Gesamtwohnraums) bewegen sich je nach Förderweg zwischen 4,15€/ m² und 5,80€/ m².

Die Kosten der Sozialpädagogin mit 12 Wochenstunden (20.245 € pro Jahr) werden ausschließlich über CBT-Eigenmittel gedeckt und nicht auf die Mieter umgelegt. Eine Finanzierungsbeteiligung der Bewohner ist insofern ausgeschlossen, als dass auf die Sozialmieten keine weiteren Kosten aufgesattelt werden dürfen. Lediglich für die laufenden Kosten des Gemeinschaftsraums wird eine Mieterumlage in Höhe von 0,22€/m² berechnet, die von den Mie-

tern bzw. dem Sozialamt getragen wird. Da man der Auffassung ist, dass man auch den Mietern der frei finanzierten Wohnungen aufgrund ihrer finanziellen Situation keine weiteren Kosten zumuten kann, wird intern über andere Lösungen zur Finanzierung der Stelle der Sozialpädagogin nachgedacht (kommunale oder Landesmittel, Stiftungs- oder Sponsorenbeteiligung). Hierbei steht allerdings im Mittelpunkt, dass es sich nicht um eine Projektstelle, sondern um eine langfristige Lösung handeln soll.

Zusammenfassung

- Das **MOTIV** für die Entwicklung des Wipperfürther Mehrgenerationenwohnhauses war das Überangebot stationärer Wohnformen in der lokalen Alten- und Behindertenhilfe, welche nach Ansicht der CBT Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung von Menschen mit verschiedenen Bedürfnissen, wie sie im "normalen Leben" vorkommen, nicht ausschöpfen.
- Das **KONZEPT** zielt deshalb darauf ab, den Austausch von Geben und Nehmen zwischen den Generationen über entsprechende Infrastrukturen und eine pädagogische Projektbegleitung zu gewährleisten.
- Die **FINANZIERUNG DER ZUSATZKOSTEN** des Modells wird (abgesehen von einer Mieterumlage für den Gemeinschaftsraum) allein über Eigenmittel des Trägers bestritten.
- **PFLEGEVERSORGUNG** ist kein Bestandteil des Konzepts. Im Bedarfsfall vermittelt die Sozialpädagogin Ansprechpartner ambulanter Pflegedienste.

2.6 Eine Gegenüberstellung der Finanzierungsmodelle

Die vier in der Stichprobe analysierten Wohnprojekte unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Beweggründe für die Entwicklung neuer Wohnformen sowie der konzeptionellen Einbindung von Elementen der Sozial- und Gemeinwesenarbeit, sondern weisen hinsichtlich ihrer Finanzierung unterschiedliche Logiken auf:

- **Umlagemodell:** In Bremen erfolgt die Finanzierung der Zusatzkosten für die erwünschten Selbst- und Nachbarschaftshilfesysteme über eine Servicepauschale, welche vor allem der Arbeit der Hausleiterin und ihrer Vertreterin zugute kommt. Die Steuerung der Wohnraumbelegung sorgt für die Grundauslastung des Pflegestützpunkts eines externen Dienstleisters innerhalb der Wohnanlage, der aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Bewohner und des damit einhergehenden höheren Pflegeaufkommens vor Ort angesiedelt ist, aber zur vollen Kostendeckung auch Pflegedienste außerhalb leistet. Die starke Betonung des Bewohnerengage-

ments zusätzlich zu den gemeinschaftlichen Anstrengungen der Hausleiterin entstand vor allem aus der Not, dass sich die Hausleiterin immer weniger im Stande sah, die an sie gestellten Erwatungen zu erfüllen.

- **Fondsmodell:** In den Wohnanlagen der Stiftung Liebenau bzw. der St. Anna Hilfe, von denen in der vorliegenden Untersuchung fünf Standorte berücksichtigt sind (Amtzell, Immenstaad, Ravensburg-Gänsbühl, Ravensburg-Weinbergstraße und Tettnang), werden die Zusatzkosten und Infrastrukturen gemeinschaftlichen Arrangements von einem als Sondervermögen verwalteten Fond gedeckt, dessen Kapital sich aus Verkaufsüberschüssen/Finanzbeiträgen der Gemeinden, Bauträgergewinnen, Netto-Mieterträgen und Trägersubventionen zusammensetzt. Dadurch kann eine professionelle Gemeinwesenarbeit finanziert werden, welche im Bedarfsfall marktüblich zu vergütende Pflegedienste unternehmenseigener oder externer Sozialstationen vermittelt. Ein erklärtes Ziel des Projekts und Aufgabe der Gemeinwesenarbeit ist jedoch, dass über Selbst- und Nachbarschaftshilfe die Beanspruchung professioneller Dienste vermieden werden kann.
- **Pflegedienstmodell:** Die Wohnanlage in der Bielefelder Heinrichstraße operiert mit der Annahme, dass die Vollauslastung eines 24h-Stunden-Pflegestützpunktes automatisch Kapazitäten für Gemeinschaftsaufgaben schafft, da selbst bei höchstmöglicher Auslastung durch entsprechende Instrumente der Wohnraumsteuerung immer Potenziale für nicht-pflegerische Tätigkeiten zur Verfügung stehen. Dieser Rechnung liegt die Gegebenheit zu Grunde, dass das Zeitkontingent der Pflegekräfte aufgrund von Unwägbarkeiten bei pflegerischen Maßnahmen und der Tatsache, dass gewisse Kapazitäten pflegerischen Personals immer abrufbereit sein müssen, auch wenn kurzzeitig keine Pflege benötigt wird, genügend Freiraum für die Erledigung gemeinschaftlicher Aufgaben zulässt. Insofern liegt der Fokus im Bielefeld zunächst auf den Kernaufgaben des Pflegedienstes, welcher Maßnahmen der Quartiers- und Nachbarschaftsarbeit ergänzend wahrnimmt.
- **Trägermodell:** Die Finanzierung der Zusatzkosten in Wipperfürth wird (abgesehen von einer Mieterumlage für den Gemeinschaftsraum) allein über Eigenmittel des Trägers bestritten. Eine finanzielle Mehrbelastung der Sozialmieterinnen und Sozialmieter ist rechtlich unmöglich, während den Bewohnern der frei finanzierten Wohnungen keine weiteren Kosten zugemutet werden sollen. Es werden deshalb CBT-intern andere Lösungen zur Finanzierung der Sozialpädagogin diskutiert.

Abschließend lässt sich festhalten, dass trotz verschiedenartiger Finanzierungsmodelle in allen betrachteten Modellprojekten Gemeinwesenarbeit in verschiedenem Umfang realisiert wird. Unterschiede betreffen in erster Linie die Gewichtung und die konzeptionelle Einbettung von Gemeinwesenarbeit und Pflege – Aspekte, die sich mit der jeweiligen Bewohnerstruktur erklären lassen: Während Gemeinwesenarbeit und Pflegeversorgung in der von einer

Vielzahl an behinderten Bewohnern geprägten Bielefelder Wohnanlage geografisch und organisatorisch miteinander verwoben sind, existieren beide Aufgabenbereiche im „alterslastigen" Bremer Projekt unabhängig voneinander in derselben Wohnanlage. Dagegen stellen Pflegedienstleistungen in den Standorten der Stiftung Liebenau sowie in Wipperfürth – also in den beiden Wohnprojekten, die sich stärker auf das Miteinander der Generationen denn auf Pflegeaufgaben konzentrieren – externe Services dar, die von den Projektbegleitern vermittelt werden. Dies lässt darauf schließen, dass die tragenden Organisationen ihren Aufgaben-Mix als Folge der jeweils vorherrschenden Kundenbedürfnisse unterschiedlich akzentuieren: Während die Träger der „Generationenmodelle" den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit offenbar eher in der Verbesserung bzw. dem Erhalt der Qualität des Wohnumfeldes für alle Bewohner sehen, und die Vermittlung benötigter Dienstleistungen in vernetzten Versorgungsstrukturen gleichsam als pflegebezogene Ergänzung ihres Kerngeschäfts betrachten, dringen die „Pflegemodelle" möglicherweise noch etwas tiefer in die Einzelfallebene des Case-Managements vor. In jedem Fall sollte es das Ziel der Gemeinwesenarbeit in den Modellen sein, auf die Binnenkommunikation der Wohnanlagen einzuwirken – ohne die Unabhängigkeit der Bewohner in Frage zu stellen oder diese zu überfordern –, und zur Schaffung günstiger Bedingungen für die Entstehung lokaler Netzwerke der gemischten Wohlfahrtsproduktion beizutragen. Ob sie diesem Anspruch gerecht wird, soll in der Welfare-Mix-Analyse überprüft werden.

Die Analyse der Finanzierungsmodelle zeigt zudem, dass die verschiedenen Modelle betriebswirtschaftliche Effizienz- und Kostenüberlegungen insbesondere bei der Auslastung von Pflegediensten und in der Immobilienbewirtschaftung mit einer zivilgesellschaftlichen Logik der Aktivierung, Beteiligung und subsidiären gegenseitigen Unterstützung der Bewohner verbinden. Dabei wird flexibler Steuerung nach den tatsächlichen Bedürfnissen der Bewohner insofern Rechnung getragen, als dass die Aspekte Wohnen (und Gemeinwesenarbeit) getrennt vom Aspekt Pflege betrachtet und von verschiedenen Dienstleistern erbracht werden. Damit wird zugleich möglichen Ineffizienzen aufgrund von Quersubventionierung vorgebeugt und Kostentransparenz gefördert.

Die gesammelten Erkenntnisse lassen indes kein Urteil darüber zu, welcher der analysierten Träger das erfolgreichste Modellprojekt vorzuweisen hat – sie verdeutlicht vielmehr, dass die Alten- und Behindertenhilfe in der Tat neue Wohn- und Lebensmodelle braucht, die mit passgenauen Versorgungspaketen auf das vielschichtige Bedürfnisgemenge älterer und pflegebedürftiger Menschen eingehen. Da die vorgestellten Projekte nahezu alle Anforderungen erfüllen, die vom Gesetzgeber im Zuge der letzten Pflegereform an die flächendeckend neu zu schaffenden Pflegestützpunkte gestellt werden – nämlich: wohnortnahe Anlaufstellen zu sein, die nach entsprechender Information und Beratung in der Lage sind, Zugang zur Pflege zu schaffen, diese zu planen, zu organisieren und Versorgungskontinuität zu gewährleisten (vgl. Schaeffer/Kuhlmey 2008) –, zeigt sich eindrucksvoll, dass die betrachteten Modellprojekte –

zumindest dem Anspruch nach – ihrer Zeit weit voraus sind. Ob sie tatsächlich einen sozio-ökonomischen Mehrwert generieren, wird in den folgenden Abschnitten untersucht.

3 Quantitative Analyse des Social Return on Investment

3.1 Das Konzept des Social Return on Investment und seine Übertragung auf die Projekte des SONG-Netzwerkes

Einführung

Ziel der folgenden Analyse ist die Bestimmung eines Social Return on Investment (SROI) nach einer Methodik, die sich am Vorbild des diesbezüglichen Konzepts des Roberts Enterprise Development Fund (RDF) orientiert.[9] Kern des SROI-Konzeptes ist eine Differenzierung zwischen drei verschiedenen Betrachtungsebenen:

- der Ebene des „*economic value*“, die sich auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis im engeren Sinne bezieht,
- der Ebene des „*socio-economic value*“, die monetär quantifizierbare, in der betriebswirtschaftlichen Rechnung nicht aufscheinende Zusatzerträge erfasst. Solche Zusatzerträge können z.B. in vermiedenen sozialen Kosten (durch geringeren öffentlichen Unterstützungsbedarf) oder in zusätzlichen monetären gesellschaftlichen Erträgen (z.B. durch zusätzliche Steuerzahlungen) bestehen.
- der Ebene des „*social value*“, die sich auf nicht monetär quantifizierbarere Nutzenaspekte – z.B. im Hinblick auf einen Zugewinn an Lebensqualität – bezieht.

Die Unterscheidung zwischen diesen drei Ebenen wird grundsätzlich auch in dem vorliegenden Projekt vorgenommen (siehe Kasten „Systematisierung der Ergebnisse nach Kategorien des SROI-Konzepts“). Abweichend von anderen SROI-Projekten werden in dem vorliegenden Projekt allerdings nicht die Kosten und Erträge im Rahmen einer Discounted Cash Flow-Rechnung zu einem Unternehmenswert verdichtet. Im Rahmen unserer Analysen verwenden wir ein modifiziertes Konzept des SROI, das auf die Ertrags- und Kostensituation einer durchschnittlichen Periode abstellt. Als Endergebnis werden von uns – auf der Basis vergleichbarer Definitionen und Kostenbegriffe – relative Kostenunterschiede in verschiedenen Szenarien ermittelt.

Wir untersuchen im Schwerpunkt, welche Kosten für die Unterstützung *älterer Bewohner* in den Wohnprojekten anfallen. Dies betrifft vor allem Hilfen in der täglichen Lebensführung, angefangen von der Unterstützung bei der Haushaltsführung bis hin zu Pflegedienstleistungen. Diese Betrachtung betrifft zunächst die einzelwirtschaftliche Ebene der Bewohner (soweit diese die Kosten ihres Unterstützungsbedarfs selbst decken) und der Träger der Wohnprojekte. Darüber hinaus sind aber auch öffentliche Haushalte betroffen, sofern sich der Bedarf an öffentlicher Unterstützung – darunter fallen auch die Zahlungen der Sozialversiche-

[9] Siehe zu einer ausführlichen Beschreibung des Konzepts http://www.redf.org/results-sroi.htm.

rungsträger – systematisch zwischen Modellprojekten und anderen Wohnformen unterscheidet.

Wir verfolgen dabei den Ansatz, dass wir die von den Bewohnern bzw. ihren Sozialversicherungen getragenen Kosten und die von den Trägern der Modellprojekte getragenen Kosten saldieren, um zu einer Gesamtkostenbelastung pro Kopf zu gelangen. Aufgrund der im Einzelfall äußerst unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen auf individueller Ebene (Mischfinanzierung aus privaten Mitteln und Kostenübernahme durch die Sozialversicherungen) lassen sich diese beiden Bereiche im Ergebnisausweis nicht durchgängig trennen. Daher ist auch eine systematische Trennung der Ebene des „economic value“ und des „socio-economic value“ im vorliegenden Projekt nicht möglich. Wohl aber kann zwischen der individuellen Ebene (die die einzelfallbezogene Finanzierung durch Sozialversicherungsträger einschließt) und der Ebene der Träger der Wohnprojekte unterschieden werden.

Kasten: Systematisierung der Ergebnisse nach Kategorien des SROI-Konzepts

Überblick: Die SROI-Dimensionen im SONG-Projekt

Die unterschiedlichen Ergebnisebenen der vorliegenden Analyse können den Kategorien der SROI-Analyse systematisch zugeordnet werden: Die Ergebnisse der quantitativen und monetär bewertenden Analysen beschreiben den ökonomischen und sozioökonomischen Return. Die ergänzende Auswertung qualitativer (im Sinne nicht monetär bewertbarer) Indikatoren bezieht sich vorwiegend auf die Ebene des sozialen Mehrwerts, liefert aber auch zusätzliche Erkenntnisse zu den Ursachen ökonomischer und sozioökonomischer Ertrags- bzw. Kostenunterschiede.

Ökonomischer und sozio-ökonomischer Mehrwert (economic and socio-economic value): Zentrales Kriterium der SROI-Analyse im Rahmen des vorliegenden Untersuchungsdesigns ist die Bestimmung der *Kosten des Unterstützungsbedarfs je Bewohner*. Ein Vergleich der Kosten in der Modell- und Kontrollgruppe ergibt Kostendifferenzen für Träger und Bewohner in den Modellprojekten, die im Sinne der drei SROI-Kategorien dem ökonomischen und dem sozioökonomischen Mehrwert zugerechnet werden können. Dies betrifft insbesondere mögliche Kostenersparnisse der Träger (im betriebswirtschaftlichen Sinne) und der Bewohner, sowie Einsparpotenziale auf gesellschaftlicher Ebene infolge eines besseren Gesundheitszustands bzw. eines geringeren Pflege- und Unterstützungsbedarfs. Die gesellschaftlichen Zusatzerträge können – bezogen auf die hier im Fokus stehenden Projekte – z.B. darin bestehen, dass der professionelle Unterstützungsbedarf der Bewohner in den Modellprojekten geringer ist als dies in alternativen Unterstützungsformen der Fall wäre. Die daraus resultierenden Kostenersparnisse fallen nicht notwendigerweise auf Ebene der Projekte oder ihrer Bewohner

selbst an, sondern kommen beispielsweise den Sozialversicherungsträgern durch geringere Ausgaben zugute.

Sozialer Mehrwert (social value): Diese wertbezogenen Analysen werden ergänzt durch vertiefende Betrachtungen qualitativer Aspekte, insbesondere zum Zusammenwirken verschiedener Institutionen aus dem privaten, öffentlichen und gemeinwirtschaftlichen Bereich in den Projekten (Welfare Mix). Diese qualitativen Aspekte werden mit quantitativen und qualitativen Variablen gemessen (z.B. die Formen nachbarschaftlichen Engagements, Zeitverwendung, Form und Anzahl der Aktivitäten in der Nachbarschaft, Nutzung des Quartiers). Allerdings lässt sich der Nutzen für Bewohner, Träger und Gesellschaft auf dieser Ebene nicht direkt monetär bewerten. Dies schließt nicht aus, dass Rückwirkungen auf der Ebene des monetär bewertbaren ökonomischen und sozioökonomischen Mehrwerts zum Ausdruck kommen. Direkt zurechenbar sind diese gleichwohl nicht.

3.2 Aufbau der Untersuchung

Datengrundlagen: Bewohnerbefragung und betriebswirtschaftliche Analyse

Die folgenden SROI-Analysen basieren auf einer umfassenden Bewohnerbefragung und einer ergänzenden betriebswirtschaftlichen Analyse auf Ebene der Trägerorganisationen. Im Rahmen der Bewohnerbefragung wurden Daten zur Ausprägung und Deckung des Unterstützungsbedarfs vornehmlich der älteren Bewohner, aber auch eine ganze Reihe weiterer Informationen zum Zusammenleben in den Modellprojekten und zur Einbindung in das Wohnquartier erhoben. Die Zusammensetzung der Stichprobe und die Befragungsergebnisse in deskriptiver Form werden in Abschnitt 3.3.1ff. dargestellt. Im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Analyse, die auf Angaben der Trägerorganisationen beruht und die einen integralen Bestandteil der SROI- Analyse darstellt, werden ergänzende Informationen zu den Kosten der Projekte erhoben und auf eine vergleichbare Basis umgerechnet. Eine detailliertere Erklärung zur Methodik der betriebswirtschaftlichen Analyse entält Abschnitt 3.4. Der Fragebogen für die Bewohnerbefragung findet sich in Anhang 6.2 dieses Berichts.

Vergleich mit einer Kontrollgruppe

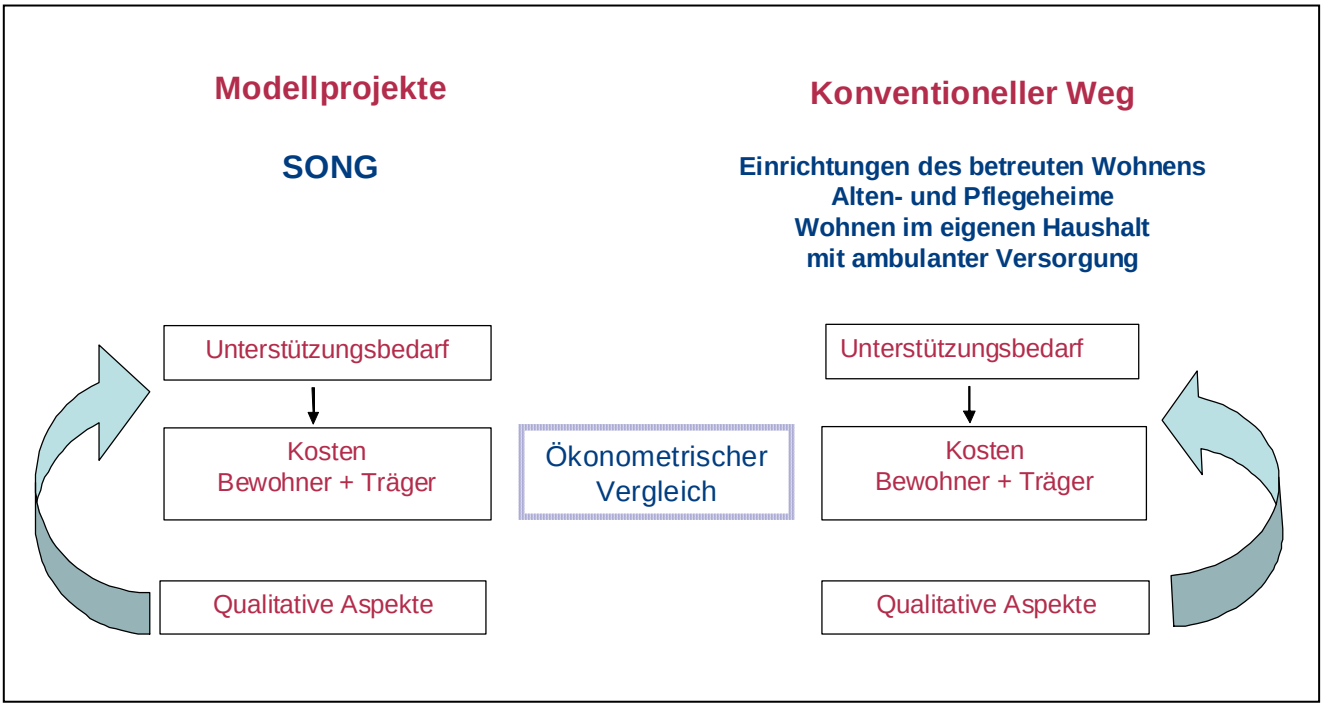
Um die Effekte des Wohnens und Lebens in den Modellprojekte im Hinblick auf den Pflege- und Unterstützungsbedarf zu bestimmen, nehmen wir einen Vergleich der Bewohner der Modellprojekte (im Folgenden auch als Programmgruppe bezeichnet) mit einer Kontrollgruppe, die eigens zu diesem Zweck rekrutiert wurde, vor (vgl. Abbildung 3). Ausschlaggebend für die Zusammensetzung der Kontrollgruppe waren die Resultate der Befragung unter den Be-

wohnern der Modellprojekte: Ein besonders wichtiges Kriterium waren dabei die Antworten auf eine hypothetische Frage nach der alternativen Wohnsituation der Bewohner der Modellprojekte, in der sie sich vermutlich befinden würden, wenn sie nicht in einem der Modellprojekte leben würden. Den Mitgliedern der Kontrollgruppe wurden dieselben Fragen wie den Bewohnern der Modellprojekte gestellt. Sofern sie in Einrichtungen der Altenhilfe und –pflege wohnen, wurde auch hier eine betriebswirtschaftliche Analyse auf Ebene der Anbieter durchgeführt. Die Zusammensetzung der Kontrollgruppe und deskriptive Befragungsergebnisse sind detailliert in den Abschnitten 3.3.3 ff. dargestellt.

Der Vergleich selbst wird mittels eines Propensity Score-Matchings durchgeführt (vgl. Abschnitt 3.5.1): Diese Technik wird in der mikroökonometrischen Evaluationsforschung häufig verwendet und basiert auf einem Vergleich von Personen, die mit möglichst ähnlicher Wahrscheinlichkeit an einer bestimmten Maßnahme teilnehmen. In unserem Kontext bedeutet dies, dass wir Personen vergleichen, deren Wahrscheinlichkeit, in einem der Modellprojekte zu leben, ungefähr gleich hoch ist.

Als Zusatzertrag – bzw. kosten im engeren monetären Sinne werden abschließend die Kostenunterschiede errechnet, die sich im Vergleich von ähnlich strukturierter Programm- und Kontrollgruppe ergeben. Darüber hinaus werden soziale Zusatzerträge bzw. –kosten im weiteren, qualitativen Sinne durch den Vergleich von Indikatoren zur Intensität des sozialen Zusammenlebens und der wechselseitigen Unterstützung der Nachbarn in den Modellprojekten und der Kontrollgruppe ermittelt.

Abbildung 3: Vergleich der SONG-Modellprojekte (Programmgruppe) mit konventionellen Wohn- und Versorgungsformen (Kontrollgruppe)



3.3 Deskriptive Ergebnisse der Befragungen

Den nun folgenden Beschreibungen ist voranzustellen, dass die Bewohnerbefragung grundsätzlich auf Haushaltsebene durchgeführt wurde. Befragt wurde jeweils der Haushaltsvorstand, definiert als der Haupteinkommensbezieher, oder ein Vertreter, sofern eine Befragung des Vorstands nicht möglich war. Bei den Fragen, die den Gesundheitszustand, den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf, aber auch die Nutzung und Erbringung darüber hinaus gehender Hilfeleistungen betreffen, wurde der Haushaltsvorstand aber auch nach den diesbezüglichen Angaben für alle anderen Haushaltsmitglieder gefragt, so dass zu diesen Merkmalen Angaben auf Personenebene vorliegen. In den folgenden Beschreibungen wird daher jeweils darauf hingewiesen, ob sich die Angaben auf einzelne Personen oder auf den gesamten Haushalt bzw. den Haushaltsvorstand beziehen. Die folgenden Darstellungen stellen im Schwerpunkt auf die Gesamtheit der jeweiligen Gruppen ab, weitere standortspezifische Differenzierungen finden sich in Anhang 6.1.

3.3.1 Projekte der Programmgruppe

Die Modellprojekte der Programmgruppe wurden in ihren Grundcharakteristika bereits ausführlich beschrieben (vgl. Kapitel 2). Darüber hinaus gehende Informationen können der unlängst vorgelegten Potenzialanalyse des KDA (2007) entnommen werden. Im Folgenden wird daher auf eine weitere grundsätzliche Beschreibung der Modellprojekte verzichtet und der Fokus auf die Ergebnisse der Bewohnerbefragung gelegt.

Insgesamt wurden 222 Interviews durchgeführt, 203 in einer ersten Erhebung und 19 in einer Nacherhebung, die sich auf die einzelnen Standorte wie in Tabelle 1 dargestellt verteilen. Die Nacherhebung diente der Erfassung weiterer Pflegebedürftiger, die in der ersten Erhebung nur schwach repräsentiert waren.

Verglichen mit der Gesamtzahl der Wohneinheiten ist die Resonanz auf die Befragung an den einzelnen Standorten sehr unterschiedlich ausgefallen. So weist das Projekt der Bremer Heimstiftung eine Befragungsbeteiligung von 36,8 % auf, in den Lebensräumen Ravensburg Gänsbühl beteiligten sich hingegen 76 % der Haushalte an der Befragung. Für alle anderen Wohnprojekte liegt die Quote bei knapp über 50 %. Insgesamt blieb die Resonanz der Befragung damit hinter den Erwartungen zurück.

In den 222 Haushalten leben insgesamt 313 Personen (vgl. Tabelle 2). 162 Haushalte sind Ein-Personen-Haushalte, deren Anteil an der gesamten Stichprobe damit mehr als 70 % beträgt. Weitere 18 % der Stichprobe (40 Haushalte) setzen sich aus Zwei-Personen-Haushalten zusammen. Größere Haushalte umfassen insgesamt weniger als zehn Prozent der gesamten Stichprobe.

Tabelle 1: Anzahl der Programmgruppeninterviews nach Standorten

Befragungsort	Zahl der Interviews	Gesamtzahl Wohneinheiten	Antwortquote (in % der Wohneinheiten)
Bielefeld	28	42	66,7
Bremen	32	87	36,8
Wipperfürth	19	35	54,3
Stiftung Liebenau			
Amtzell	22	40	55,0
Immenstaad	21	43	48,8
Ravensburg Gänsbühl	38	50	76,0
Ravensburg Weinbergstr.	41	84	48,8
Tettnang	21	39	53,8
Gesamt	**222**	**420**	**52,9**

Tabelle 2: Struktur der Stichprobe nach Haushaltsgröße

Haushaltsgröße (Personen)	Anzahl Haushalte	Anteil an allen befragten Haushalten
1	162	73,0%
2	40	18,0%
3	12	5,4%
4	5	2,3%
5	3	1,4%
Gesamt	**222**	**100,0%**

3.3.2 Zusammensetzung der Programmgruppe

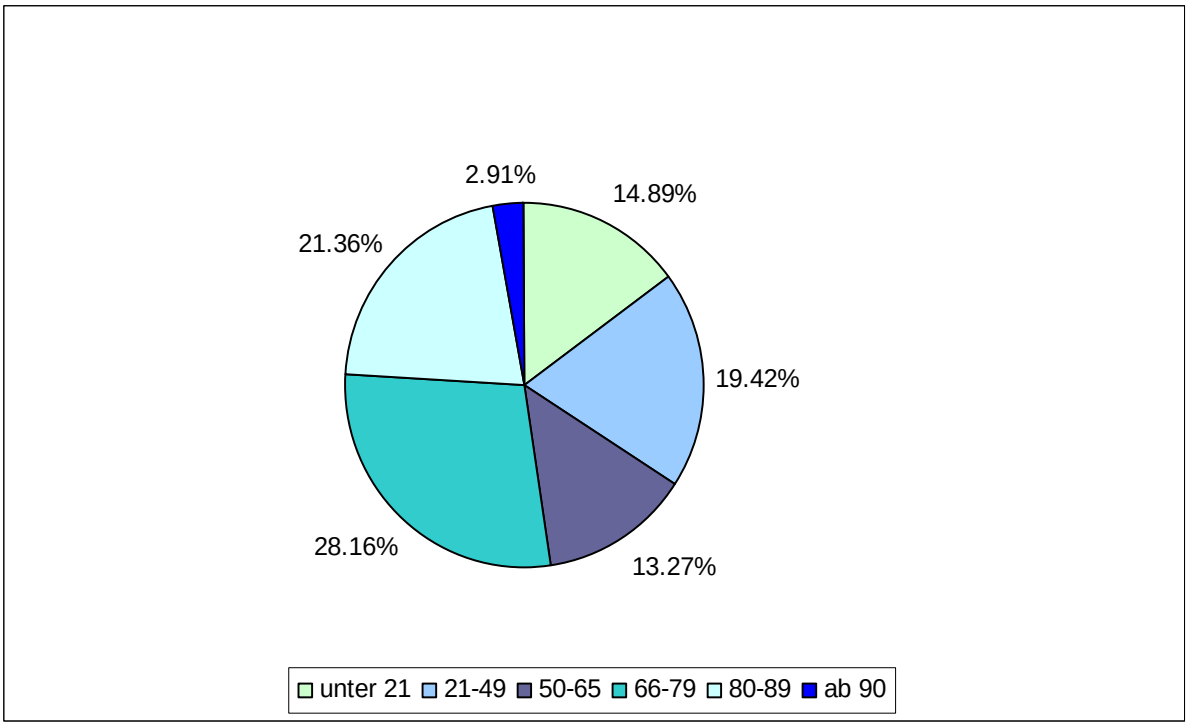
Nähere Informationen über die Zusammensetzung der Programmgruppe liefert die Betrachtung einiger soziodemographischer Merkmale.

Dabei ist zunächst die Altersstruktur von Interesse. Die Stichprobe beschränkt sich dabei nicht nur auf ältere Menschen, vielmehr leben auch viele jüngere Bewohner in den Projekten der Programmgruppe, insbesondere in den Anlagen der Stiftung Liebenau sowie im Mehrgenerationenwohnhaus in Wipperfürth. Mehr als ein Drittel (34,3 %) der befragten Personen ist

unter 50 Jahren alt. Den größten Anteil an den im Rahmen der Programmgruppenbefragung erfassten Personen stellen die Altersklassen der 66- bis 79-Jährigen (28,2 %) sowie der 80- bis 89-Jährigen (21,4 %) dar (vgl. Abbildung 4).

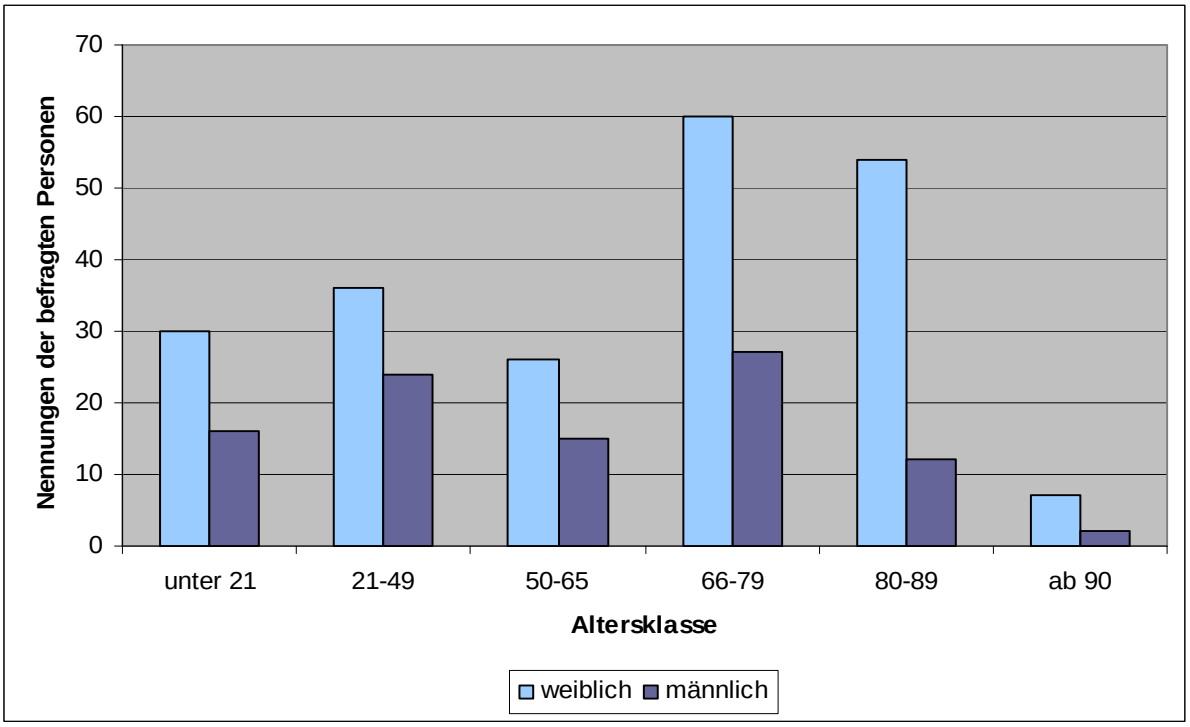
Darüber hinaus wird auf den ersten Blick deutlich, dass sich die Programmgruppe zu einem großen Teil, genauer zu 69 %, aus Frauen zusammensetzt. Diese sind in sämtlichen Altersklassen stärker vertreten als die Männer, wobei die Differenz mit Überschreiten des Rentenalters von 65 Jahren besonders ausgeprägt ist (vgl. Abbildung 5). Bei den 80- 89-Jährigen wurden sogar mehr als viermal so viele Frauen wie Männer befragt. Diese Differenzen dürften insbesondere auf die höhere Lebenserwartung von Frauen und letztlich auf den „Knick“ durch den 2. Weltkrieg zurückzuführen sein.

Abbildung 4: Verteilung der Altersklassen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 309 Personen.

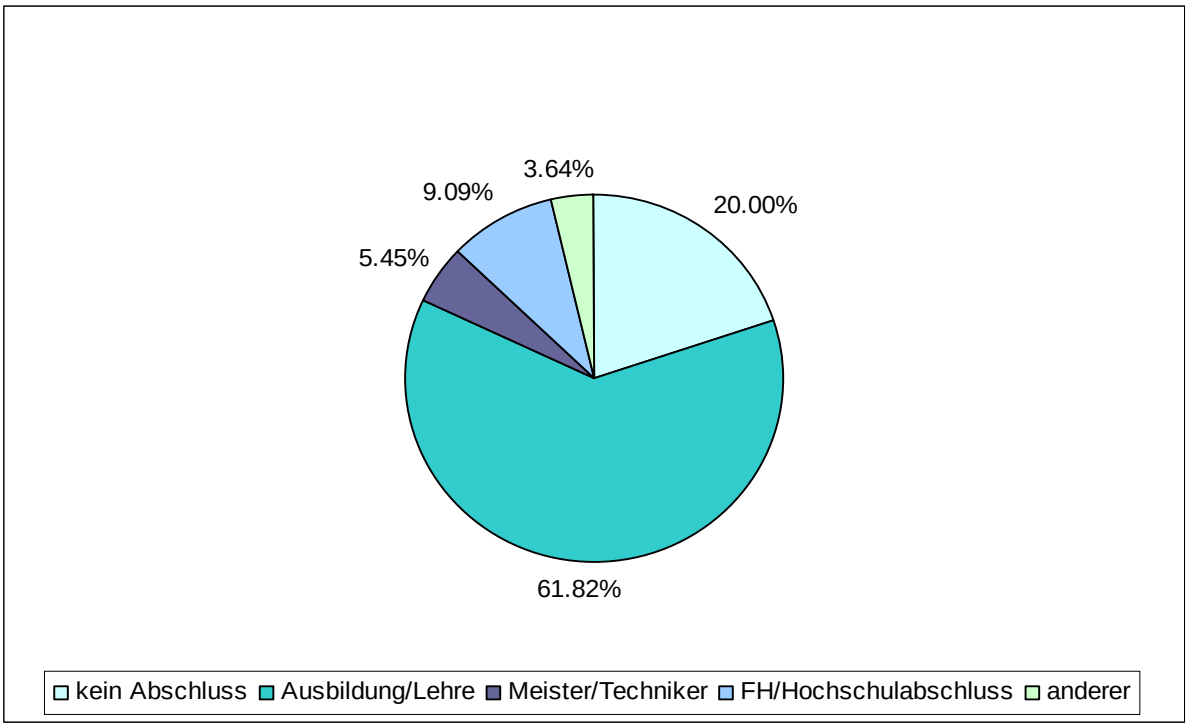
Abbildung 5: Altersklassen und Geschlecht in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 309 Personen.

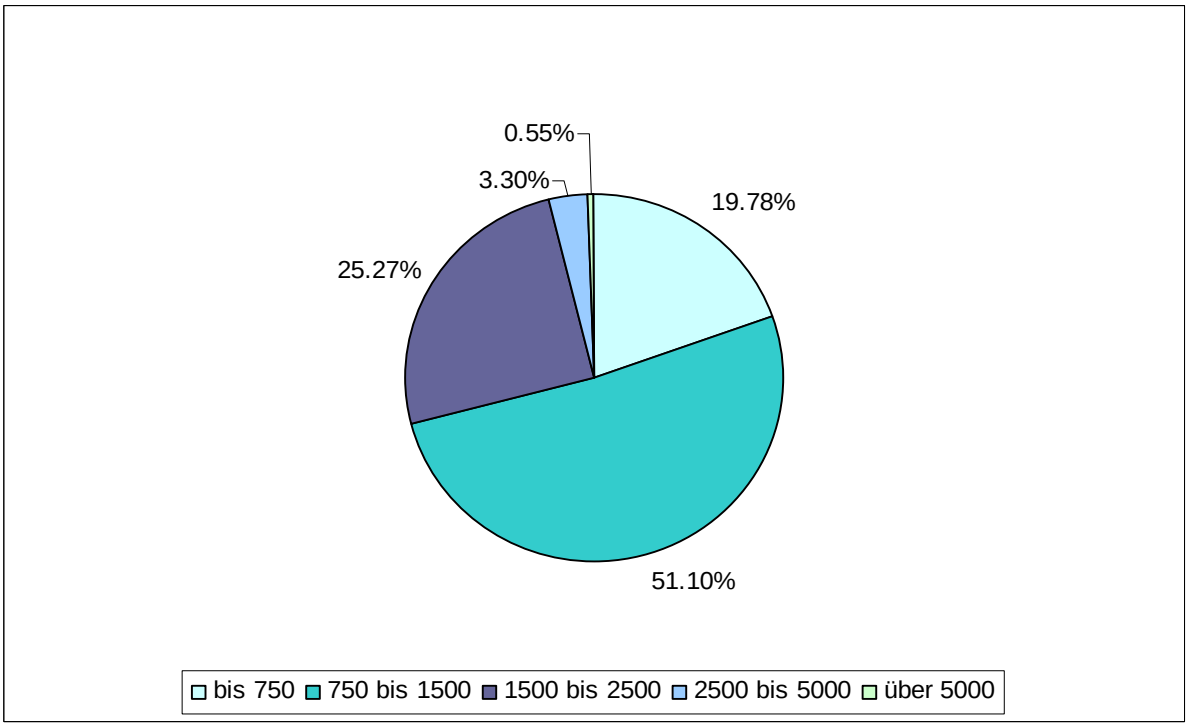
Bezüglich der Verteilung der Berufsabschlüsse ist es auffällig, dass die Mehrzahl der Haushaltsvorstände (61,8 %) eine Ausbildung bzw. Lehre absolviert hat (vgl. Abbildung 6). Der Anteil der Haushaltsvorstände ohne beruflichen Abschluss ist mit 20 % mehr als doppelt so hoch wie jener der Akademiker (9,1 %). Diese hohe Anzahl der Haupteinkommensbezieher ohne Berufabschluss korreliert eng mit der hohen Anzahl von älteren alleinstehenden Frauen in den gemeinschaftlichen Wohnprojekten, da diese häufig keinen formalen Bildungsabschluss besitzen. So sind 39 der 44 befragten Haushaltsvorstände, die keinen Berufsabschluss besitzen, weiblich; 37 der 44 Befragten sind außerdem über 65 Jahre alt.

Abbildung 6: Verteilung der Berufsabschlüsse des Haupteinkommensbeziehers in der Erwerbsphase in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 220 Haushalte.

Abbildung 7: Verteilung der Nettoeinkommen je Monat in der Programmgruppe (Euro)

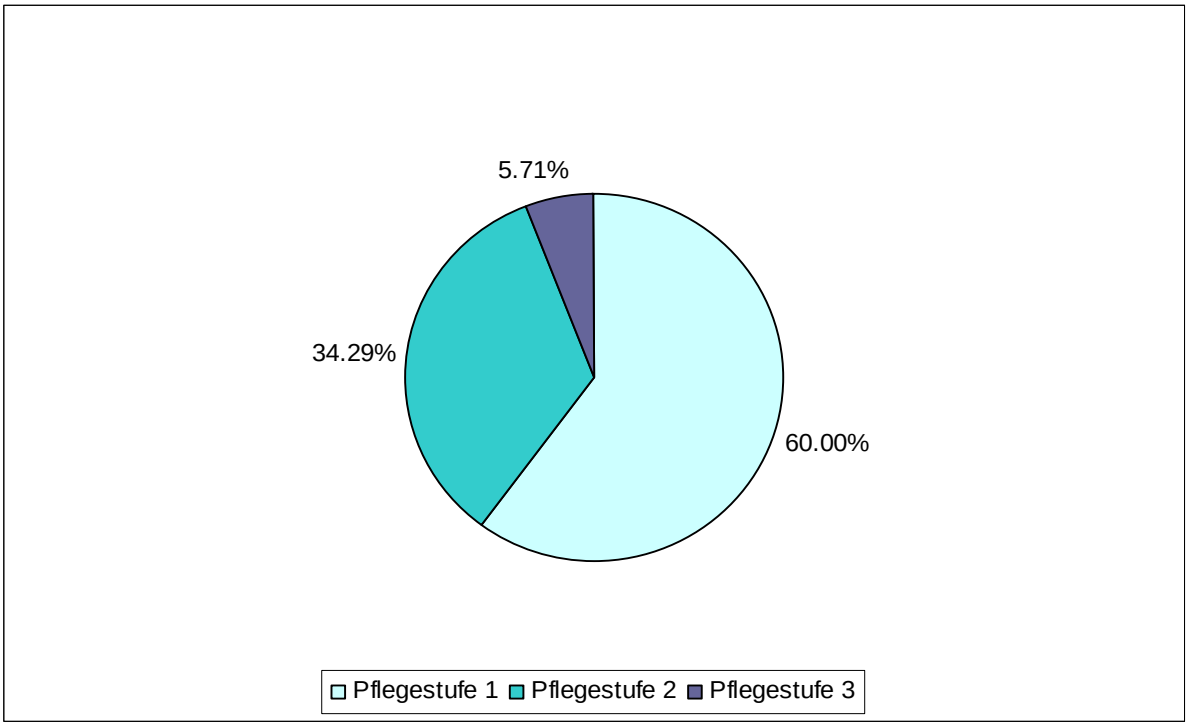


Stichprobengröße: 182 Haushalte.

Die Verteilung der Berufsabschlüsse wirkt sich entsprechend auf die Einkommensverteilung in der Programmgruppe aus. Aufgrund der Vielzahl von Haushaltsvorständen, die eine Ausbildung bzw. Lehre absolviert haben, dürfte mit einer starken mittleren Einkommensschicht zu rechnen sein. Tatsächlich verfügt eine Mehrheit der Haushalte (51,1 %) über ein Einkommen von 750 bis 1.500 Euro im Monat und ein Viertel der Haushalte über 1.500 bis 2.500 Euro im Monat (vgl. Abbildung 7). Der Anteil der besser verdienenden Haushalte, die über mehr als 2.500 Euro monatlich verfügen können, ist mit 3,9 % sehr gering und steht vermutlich mit der geringen Akademikerzahl in Zusammenhang. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass 40 Haushalte keine Angaben zu ihrem verfügbaren Nettoeinkommen gemacht haben.

Die Ausprägungen der soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Berufsabschluss und Einkommen deuten darauf hin, dass es sich bei den Bewohnern der Programmgruppenprojekte keinesfalls um einen speziellen Personenkreis handelt. Vielmehr lässt sich aus den Ergebnissen durchaus eine Breitenwirkung ableiten. Darüber hinaus geben diese soziodemographischen Informationen einen ersten Hinweis darauf, wie eine der Programmgruppe möglichst ähnliche Kontrollgruppe zusammengesetzt sein sollte. Ein weiteres wichtiges Merkmal, gerade im Hinblick auf die Frage, ob die Modellprojekte zu einer Pflegeverzögerung oder –vermeidung beitragen können, ist der Pflegebedarf der Bewohner. In der ersten Programmgruppenerhebung wurden insgesamt zwanzig Pflegebedürftige erfasst, womit der reale Pflegebedarf in den Modellprojekten nur unzureichend abgebildet wurde. Aus diesem Grund wurde an den Standorten Bielefeld und Bremen eine Nacherhebung unter Pflegebedürftigen durchgeführt. Insgesamt sind es nun 35 Personen, d.h. 11,2 % aller befragten Personen, die Leistungen nach einer der drei Pflegestufen erhalten und in den Programmgruppenprojekten leben. Von diesen 35 Personen erhalten 60 % Leistungen nach der Pflegestufe 1. 34,3 % sind in die Pflegestufe 2 eingestuft und 5,7 % in die Pflegestufe 3 (vgl. Abbildung 8). Hierbei ist zu beachten, dass auch acht Personen im Alter von 21 bis 49 Jahren Leistungen nach einer der drei Pflegestufen in Anspruch nehmen, insbesondere jene der Pflegestufe 1. Das Phänomen der Pflegebedürftigkeit ist somit keinesfalls auf die älteren Bewohner beschränkt.

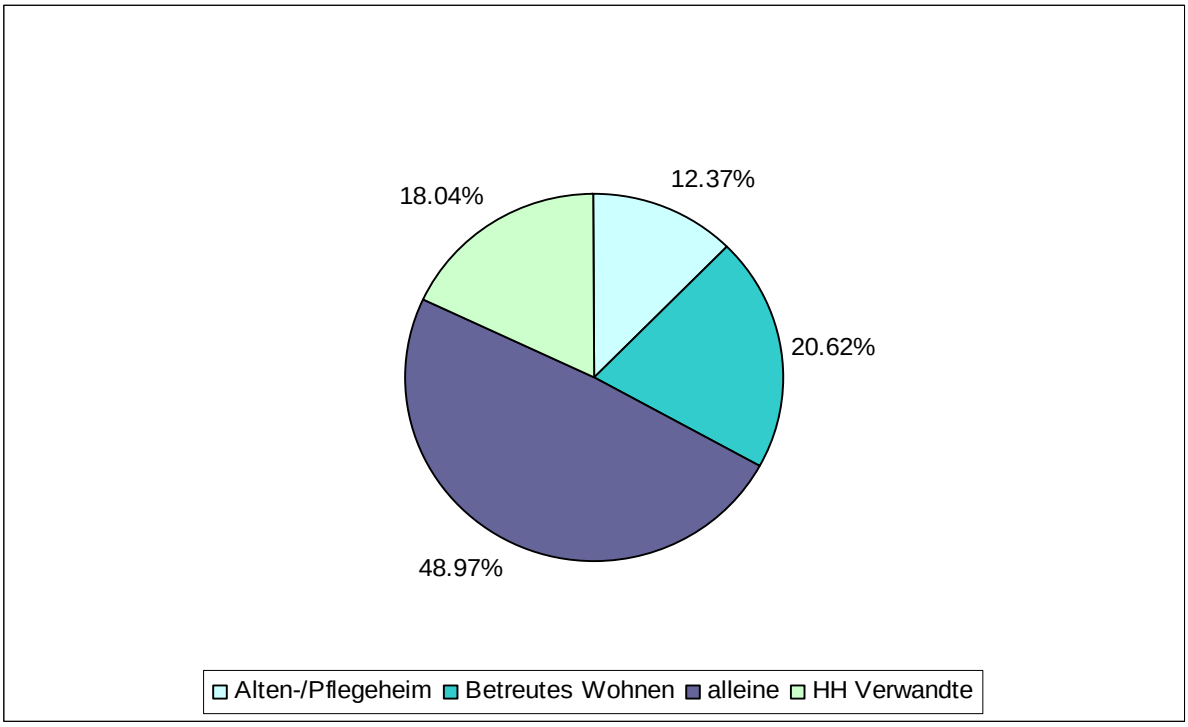
Abbildung 8: Anteile der Pflegestufen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 35 Personen.

Unter anderem aus diesem Pflegebedarf heraus ergibt sich die alternative Wohnsituation für die Bewohner der Programmgruppenprojekte. Im Rahmen des Interviews wurden die Haushaltsvorstände gefragt, wo sie wohnen würden, wenn sie nicht in der entsprechenden Wohnanlage wohnen könnten. Knapp die Hälfte der Haushaltsvorstände im Alter von über 50 Jahren, die diese Frage beantworteten, würde alternativ alleine zuhause leben, weitere 18 % würden im Haushalt von Verwandten wohnen (vgl. Abbildung 9). Für 20,1 % der Haushaltsvorstände stellt das Betreute Wohnen die Alternative dar, während lediglich 12,4 % alternativ in ein Alten- oder Pflegeheim ziehen würden. Dabei nehmen die Präferenzen für das Betreute Wohnen sowie einen Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim mit dem Alter zu.

Abbildung 9: Alternative Wohnsituation der Programmgruppe (50 Jahre und älter)



Stichprobengröße: 155 Personen.

Diese Angaben bestimmen, aus welchem Umfeld die Kontrollgruppe stammen soll. Dabei wurde die Kontrollgruppenbefragung in verschiedenen Teilschritten vorgenommen:

- Für jene Personen, die alternativ in einem Alten- bzw. Pflegeheim sowie im Betreuten Wohnen leben würden, wurde die Kontrollgruppe aus Einrichtungen der Bremer Heimstiftung rekrutiert. Diese Einrichtungen bieten sowohl „Wohnen mit Service“ als auch stationäre Pflegedienstleistungen an.
- Für die Alternativsituation des Lebens in einem eigenen Haushalt oder im Haushalt von Verwandten, wurden Kunden eines ambulanten Pflegedienstes in St. Augustin bei Bonn sowie in Bergisch Gladbach bei Köln interviewt und private Haushalte in der Stadt Tübingen befragt.

Die einzelnen Schritte der Kontrollgruppenbefragung sowie das Umfeld der Befragten werden im Folgenden genauer beschrieben.

3.3.3 Einrichtungen der Kontrollgruppe

Bremer Heimstiftung

Die Einrichtungen der Bremer Heimstiftung, die im Rahmen der Kontrollgruppenbefragung besucht wurden, wurden von dieser ausgewählt und der Kontakt zu der jeweiligen Hauslei-

tung vermittelt. Die Hausleitung wählte nach Rücksprache die Personen, die für ein Interview in Frage kamen bzw. denen ein Interview zuzumuten war, aus und erstellte eine entsprechende Liste.[10]

a. Stiftungsdorf Fichtenhof

Das Stiftungsdorf Fichtenhof liegt im Norden der Stadt Bremen und bietet 27 Zwei-Zimmer-Wohnungen im Wohnen mit Service sowie 100 Plätze in der Langzeitpflege an. Darüber hinaus besitzt das Haus einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt, in welchem 30 Plätze in Einzel-Pflege-Appartements bereitgestellt werden. Dort leben zum einen ältere Menschen, die bereits zuvor unter chronischen psychischen Erkrankungen litten, und zum anderen Menschen, die erst im Alter psychisch erkrankt sind.

Im Wohnen mit Service leben durchschnittlich 26 Personen und im Pflegebereich durchschnittlich 116 Personen. Von diesen 142 Bewohnern haben sich 35 Bewohner an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Beteiligungsquote von 24,6 %.

b. Stiftungsdorf Hollergrund

Das Stiftungsdorf Hollergrund liegt in Bremen-Stadt und hat 73 Zwei- und Drei-Zimmer-Wohnungen im Wohnen mit Service sowie 40 Einzelappartements und 5 Doppelzimmer im Pflegebereich. Ein Schwerpunkt des Hauses liegt in der Betreuung Demenzkranker, hier werden 20 Plätze im Bereich der Langzeitpflege angeboten.

Die durchschnittliche Bewohnerzahl im Wohnen mit Service liegt bei 66, in der Pflege sind es 51 Personen. Im Stiftungsdorf Hollergrund leben somit durchschnittlich 117 Menschen, von denen 49 Personen befragt wurden. Die Beteiligungsquote liegt hier bei 41,9 %.

c. Stadtteilhaus Huchting

Das Stadtteilhaus Huchting befindet sich ebenfalls im Bremer Süden und ist ein Versorgungs- und Dienstleistungszentrum für den Stadtteil, zu dem auch Wohnangebote der Bremer Heimstiftung gehören. Im Wohnen mit Service stehen 86 Wohnungen verschiedener Größe bereit, darüber hinaus sind 46 Einzelzimmer für Menschen mit Demenz und 19 Zimmer für die Kurzzeitpflege eingerichtet. Eine Besonderheit stellen die neun Einzelzimmer in einer Pflegewohngruppe dar.

[10] Auf diese „Türöffnerfunktion“ der Hausleitung konnte in diesem Kontext nicht verzichtet werden, auch wenn damit möglicherweise eine Verzerrung der Ergebnisse verbunden ist.

Im Wohnen mit Service beträgt die durchschnittliche Bewohnerzahl 90, in der Pflege liegt sie bei 49. Von den 139 Bewohnern des Stadtteilhauses Huchting wurden 32 im Rahmen der Kontrollgruppenerhebung befragt, die Beteiligungsquote liegt somit bei 23 %.

Ambulanter Pflegedienst St. Augustin/Bergisch Gladbach

Die Befragung in St.Augustin wurde über die Caritas-Pflegestation Sankt Augustin / Hennef organisiert. Daran haben sich 7 Personen aus St. Augustin (einschl. Teilorten) beteiligt. Die Befragung in Bergisch Gladbach wurde über den Caritas-Pflegedienst Bergisch-Gladbach organisiert. Daran hat sich lediglich eine Person beteiligt.

Stadt Tübingen

In Tübingen wurden (in Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung, die als „Türöffner“ fungierte) 800 Haushalte als Zufallsstichprobe aus dem elektronischen Telefonbuch gezogen. Diese Haushalte erhielten ein Anschreiben, in dem das Forschungsvorhaben kurz dargestellt und um eine Teilnahme gebeten wurde. Die Interviewer besuchten die Haushalte, die zu einer Befragung bereit waren, nach einer Terminvereinbarung persönlich. In dem Fall, dass ein Haushalt Bedenken äußerte, einen Interviewer in das eigene Haus bzw. die eigene Wohnung einzulassen, wurde das Interview per Telefon durchgeführt. Von den 800 angeschriebenen Haushalten beteiligten sich 150 an der Befragung, dies entspricht einer Quote von 18,8 %.

Insgesamt wurden im Rahmen der Kontrollgruppenbefragung somit 268 Interviews geführt. In den 268 befragten Haushalten wohnen insgesamt 428 Bewohner. Die Interviews verteilen sich wie in Tabelle 3 dargestellt auf die einzelnen Standorte. Die Schwerpunkte der Kontrollgruppenbefragung liegen eindeutig in Tübingen und Bremen mit 150 bzw. 110 Interviews, während in St. Augustin/Bergisch Gladbach lediglich acht Interviews durchgeführt werden konnten.

173 der befragten Haushalte sind Ein-Personen-Haushalte, deren Anteil an der gesamten Stichprobe damit knapp 70 % beträgt. Weitere 19 % der Stichprobe (54 Haushalte) setzen sich aus Zwei-Personen-Haushalten zusammen. Der Anteil größerer Haushalte liegt mit über 15 % deutlich über jenem in der Programmgruppe (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 3: Anteil der Kontrollgruppeninterviews nach Standorten

Befragungsort	**Zahl der Interviews**	**Zahl der befragten Personen**
St. Augustin	8	13
Tübingen	150	299
Bremen		
Stadtteilhaus Huchting	31	32
Stiftungsdorf Hollergrund	45	49
Stiftungsdorf Fichtenhof	34	35
Gesamt	**268**	**428**

Tabelle 4: Struktur der Stichprobe nach Haushaltsgröße (Kontrollgruppe)

Haushaltsgröße (Personen)	**Anzahl Haushalte**	**Anteil an allen befragten Haushalten**
1	173	64.6%
2	54	20.1%
3	23	8.6%
4	13	4.9%
5	3	1.1%
6	2	0.7%
Gesamt	**268**	**100.0%**

3.3.4 Zusammensetzung der Kontrollgruppe

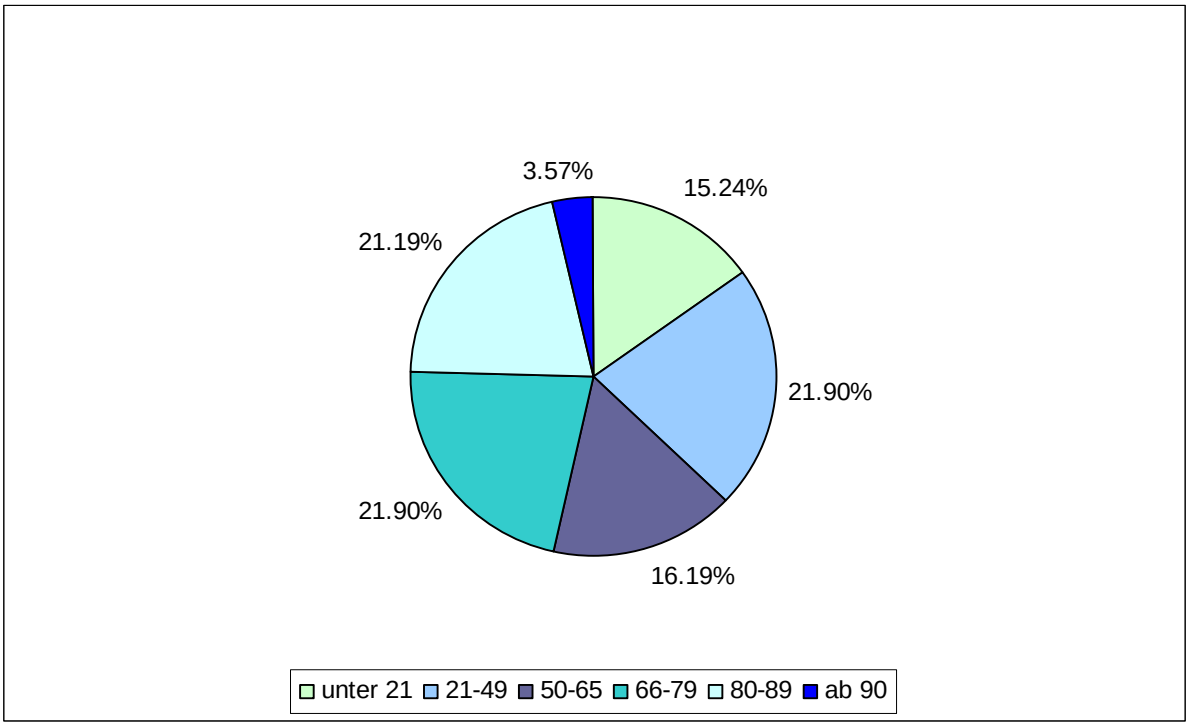
Um einen ersten Eindruck davon zu bekommen, inwiefern sich die Kontrollgruppe von der Programmgruppe unterscheidet und wie die Kontrollgruppe zusammengesetzt ist, werden im Folgenden einige soziodemographische Charakteristika näher beleuchtet.

Die Altersstruktur der Kontrollgruppe ist jener der Programmgruppe recht ähnlich, allerdings liegt der Anteil der Bewohner unter 50 Jahren hier mit 37,1 % etwas höher als in der Programmgruppe (vgl. Abbildung 10) und auch die 50- bis 65-Jährigen sind hier relativ stärker vertreten. Bei den älteren Bewohnern stellen die 66- bis 79-Jährigen (21,9 %) sowie die 80-

bis 89-Jährigen (21,2 %) den größten Anteil dar. Der Anteil der Altersklasse von 66 bis 79 Jahren ist in der Kontrollgruppe somit deutlich geringer als in der Programmgruppe.

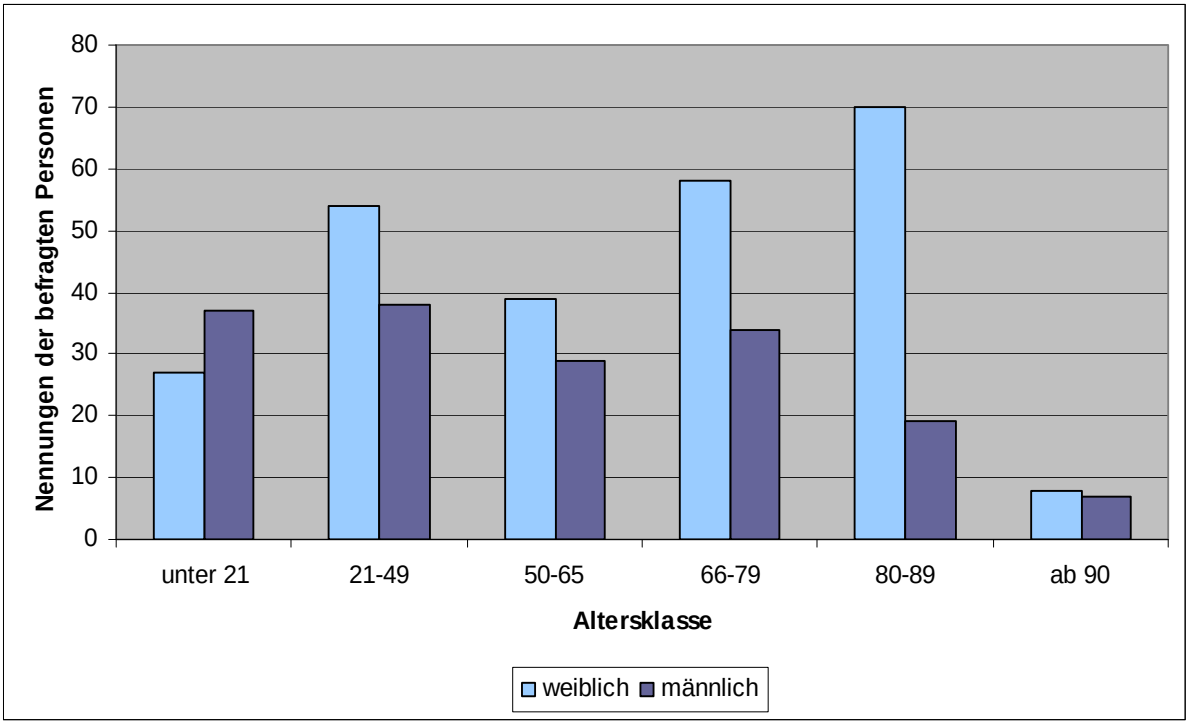
Auch in der Kontrollgruppe stellen die Frauen mit 61 % die deutliche Mehrheit der befragten Personen, wenn ihr relativer Anteil auch geringer ist als in der Programmgruppe. In der jüngsten Altersklasse bis einschließlich 20 Jahre wurden mehr männliche als weibliche Personen erfasst, in allen anderen Altersklassen überwiegt die Zahl der Frauen aber jene der Männer. Besonders ausgeprägt ist die Differenz bei den 80- bis 89-Jährigen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 10: Verteilung der Altersklassen in der Kontrollgruppe (in Jahren)



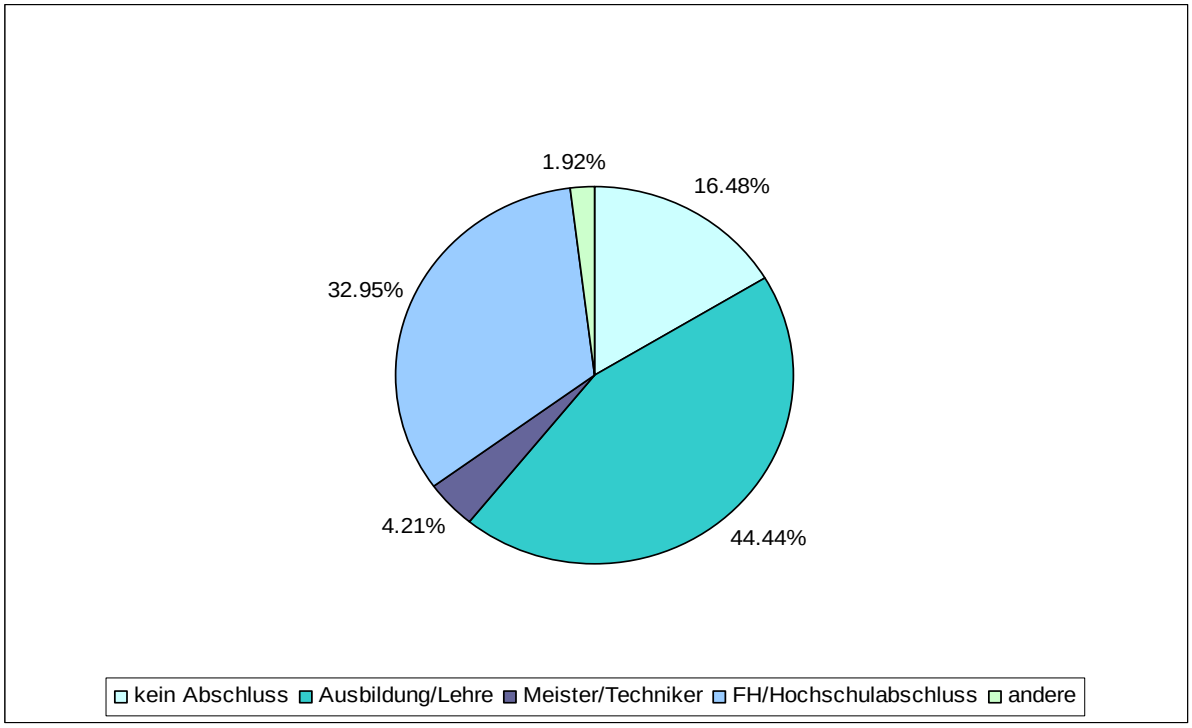
Stichprobengröße: 420 Personen.

Abbildung 11: Altersklassen und Geschlecht in der Kontrollgruppe



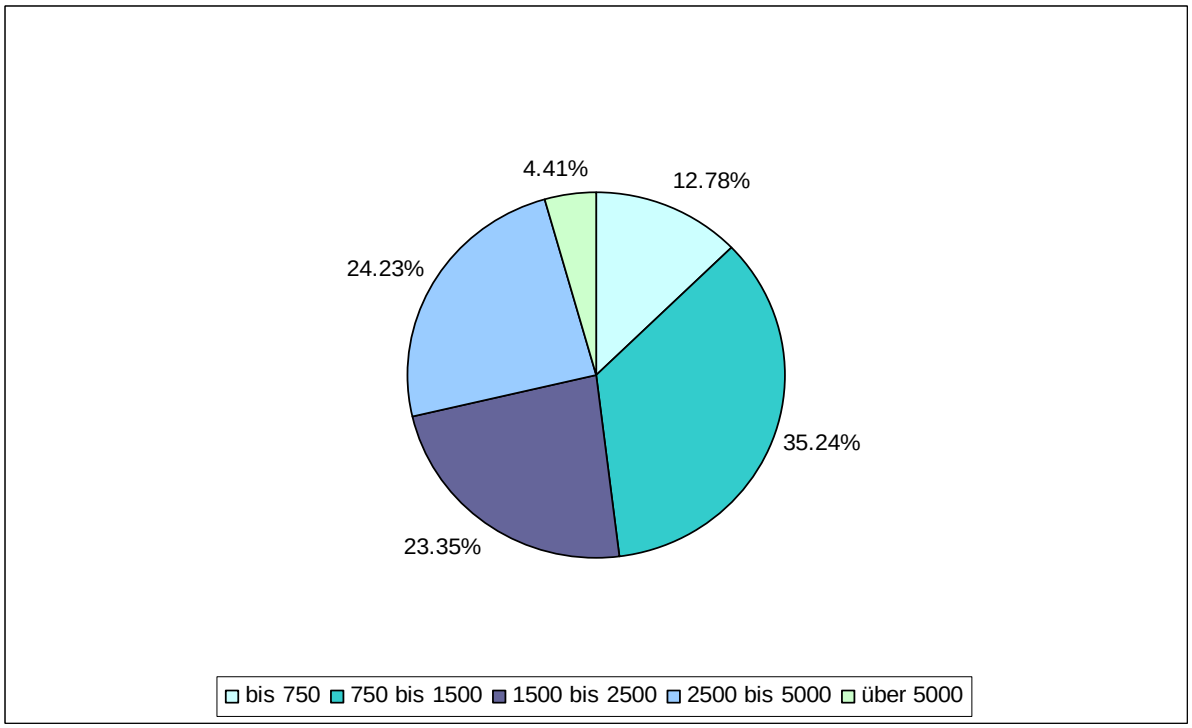
Bezüglich des Berufsabschlusses des Haushaltsvorstands ergeben sich zwischen der Programm- und der Kontrollgruppe deutliche Abweichungen. Der Anteil der Haupteinkommensbezieher, die eine Ausbildung bzw. Lehre abgeschlossen haben, reduziert sich in der Kontrollgruppe auf 44,4 % (vgl. Abbildung 12). Darüber hinaus sind es in der Kontrollgruppe nur noch 16,5 % der Haushaltsvorstände, die keinen Berufsabschluss vorweisen können. Der Rückgang in diesen beiden Kategorien resultiert in einem Anstieg des Akademikeranteils. Verglichen mit der Programmgruppe (9,1 %), haben 33 % der Haushaltsvorstände in der Kontrollgruppe einen akademischen Grad erlangt. Dies ist insbesondere auf die Befragung in Tübingen zurückzuführen; über die Hälfte der hier interviewten Haushaltsvorstände sind Akademiker.

Abbildung 12: Verteilung der Berufsabschlüsse des Haupteinkommensbeziehers in der Erwerbsphase in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 261 Haushalte.

Abbildung 13: Verteilung der Einkommen in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 227 Haushalte.

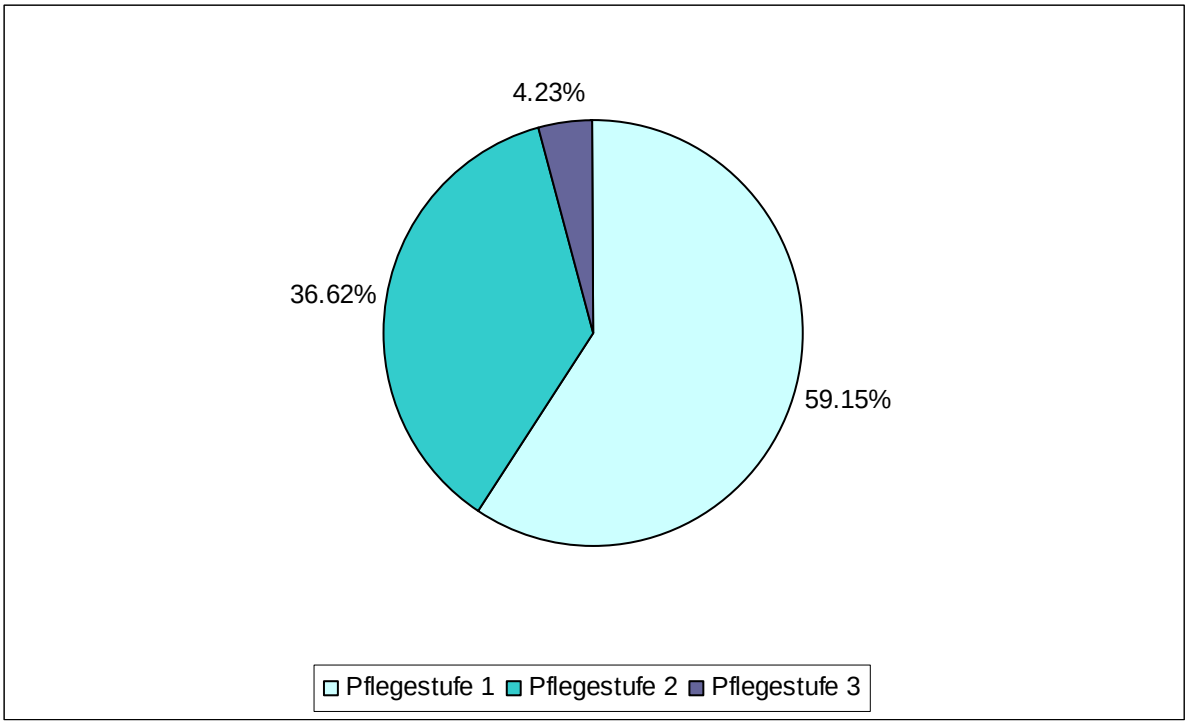
Entsprechend unterscheidet sich auch die Einkommensverteilung in der Kontrollgruppe von jener der Programmgruppe. Insgesamt ist eine Verschiebung in Richtung der höheren Ein-

kommensklassen über 2.500 Euro im Monat zu beobachten (vgl. Abbildung 13). Der Anteil jener Haushaltsvorstände, die ein Einkommen zwischen 2.500 und 5.000 Euro monatlich angeben, steigt auf 24,2 % und weitere 4,4 % verfügen über mehr als 5.000 Euro im Monat. Dies impliziert eine relativ geringere Bedeutung von Haushalten mit niedrigen Einkommen in der Kontrollgruppe: Der Anteil der Haushalte, die ein Einkommen von weniger als 750 Euro monatlich zur Verfügung haben, sinkt von 19,8 % auf 12,8 %, und auch die Einkommensklasse von 750 bis 1.500 Euro wird wesentlich weniger häufig genannt.

Die Alters- und Geschlechtsstruktur betreffend sind sich Programm- und Kontrollgruppe also recht ähnlich, für die Berufsabschlüsse sowie das Einkommen trifft dies jedoch weniger zu. Sind die beiden Gruppen aber auch hinsichtlich ihres Pflegebedarfs vergleichbar?

Insgesamt haben 71 Personen aus der Kontrollgruppe eine Pflegestufe erhalten, dies entspricht einem Anteil von 16,6 % an allen befragten Personen. Der Anteil der pflegebedürftigen Bewohner liegt somit höher als in der Programmgruppe. Die Verteilung der Pflegestufen ist in beiden Gruppen aber nahezu identisch: In der Kontrollgruppe erhalten knapp 60 % der Pflegebedürftigen Leistungen der Pflegestufe 1, ca. 37 % erhalten Leistungen der Pflegestufe 2 und ca. 4 % sind in die Pflegestufe 3 eingestuft (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteile der Pflegestufen in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 71 Personen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Charakteristika der Programm- und der Kontrollgruppe nachfolgend noch einmal vergleichend gegenübergestellt (vgl. Tabelle 5):

Tabelle 5**: Soziodemographische Charakteristika der Programm- und Kontrollgruppe**

Variable	**Programmgruppe**	**Kontrollgruppe**
Altersklassen		
Unter 21 Jahren	14,89 %	15,24 %
21 bis 49 Jahre	19,42 %	21,90 %
50 bis 65 Jahre	13,27 %	16,19 %
66 bis 79 Jahre	28,16 %	21,90 %
80 bis 89 Jahre	21,36 %	21,19 %
Ab 90 Jahren	2,91 %	3,57 %
Geschlecht		
Weiblich	68,93 %	60,95 %
Männlich	31,07 %	30,05 %
Berufsabschluss		
Kein Abschluss	20,00 %	16,48 %
Ausbildung/Lehre	61,82 %	44,44 %
Meister/Techniker	5,45 %	4,21 %
FH/Hochschulabschluss	9,09 %	32,95 %
Anderer	3,64 %	1,92 %
Einkommen		
Bis 750 Euro	19,78 %	12,78 %
750 bis 1500 Euro	51,10 %	35,24 %
1500 bis 2500 Euro	25,27 %	23,35 %
2500 bis 5000 Euro	3,30 %	24,23 %
Über 5000 Euro	0,55 %	4,41 %
Pflegestufen		
Pflegestufe 1	60,00 %	59,15 %
Pflegestufe 2	34,29 %	36,62 %
Pflegestufe 3	5,71 %	4,23 %

Angaben jeweils in Prozent der Antworten. Anteile der Pflegestufen in Prozent der Pflegebedürftigen.

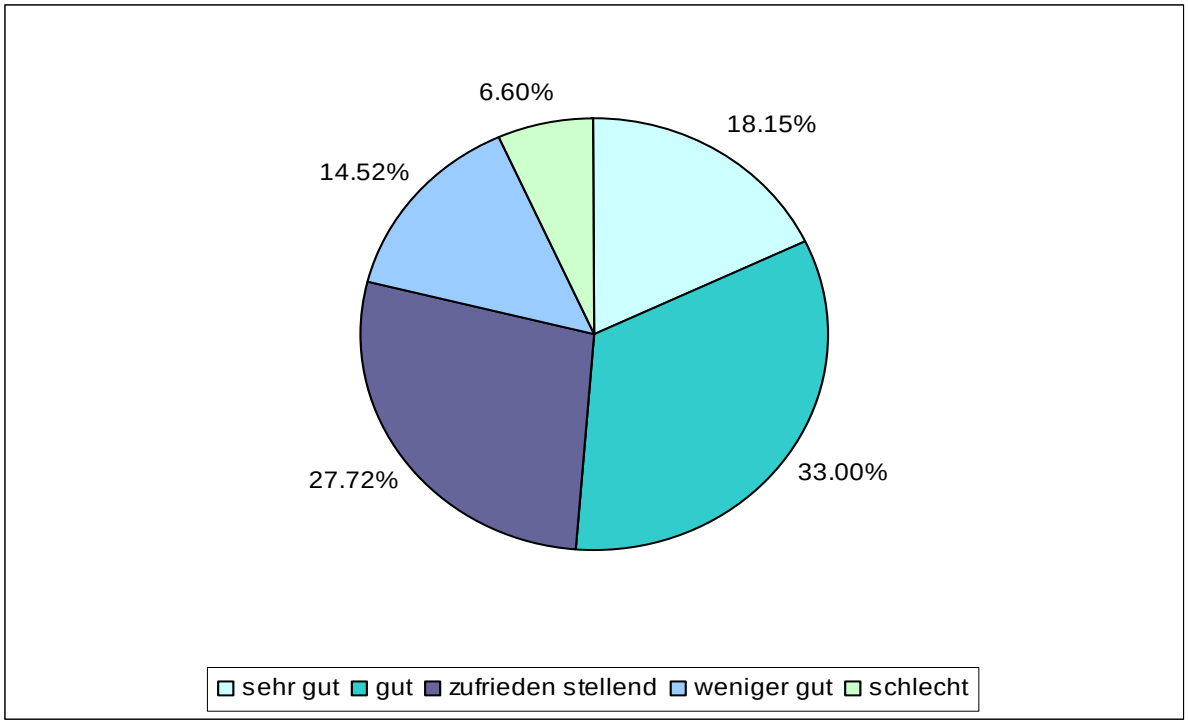
3.3.5 Deskriptive Ergebnisse der Befragung der Programmgruppe

3.3.5.1 Gesundheit und Pflegebedarf

Wie eingangs bereits ausgeführt, lautet eine grundlegende und im vorliegenden Projekt zu überprüfende Hypothese bezüglich der gesellschaftlichen Bedeutung gemeinschaftlicher Wohnprojekte, dass bei gleicher gesundheitlicher Disposition möglicherweise geringere Kosten verursacht werden. Dies könnte der Fall sein, wenn Unterstützungs- und Pflegeaufwand verringert oder vermieden werden und notwendige Unterstützung im Rahmen subsidiärer Nachbarschaftshilfe zu geringeren Kosten geleistet werden können. Über die demographischen Merkmale hinaus ist deshalb eine genauere Betrachtung der wichtigsten Merkmale, die in Zusammenhang mit der Gesundheit der Bewohner stehen, von Interesse.

Offensichtlich wird der Gesundheitszustand subjektiv im Großen und Ganzen recht positiv bewertet. 18,2 % bzw. 33 % der Befragten schätzen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein (vgl. Abbildung 15). Damit ist der Anteil jener Personen, die eine positive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands besitzen, höher als jener, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ (14,5 %) oder „schlecht“ (6,6 %) bezeichnen. Dieses Ergebnis ist insbesondere auf die Vielzahl jüngerer Personen in der Programmgruppe zurückzuführen. Über einen besonders guten Gesundheitszustand berichten erwartungsgemäß die Personen bis 49 Jahre, doch mit steigendem Alter wird der eigene Gesundheitszustand im Durchschnitt zunehmend negativ bewertet.

Abbildung 15: Subjektiver Gesundheitszustand in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 303 Personen

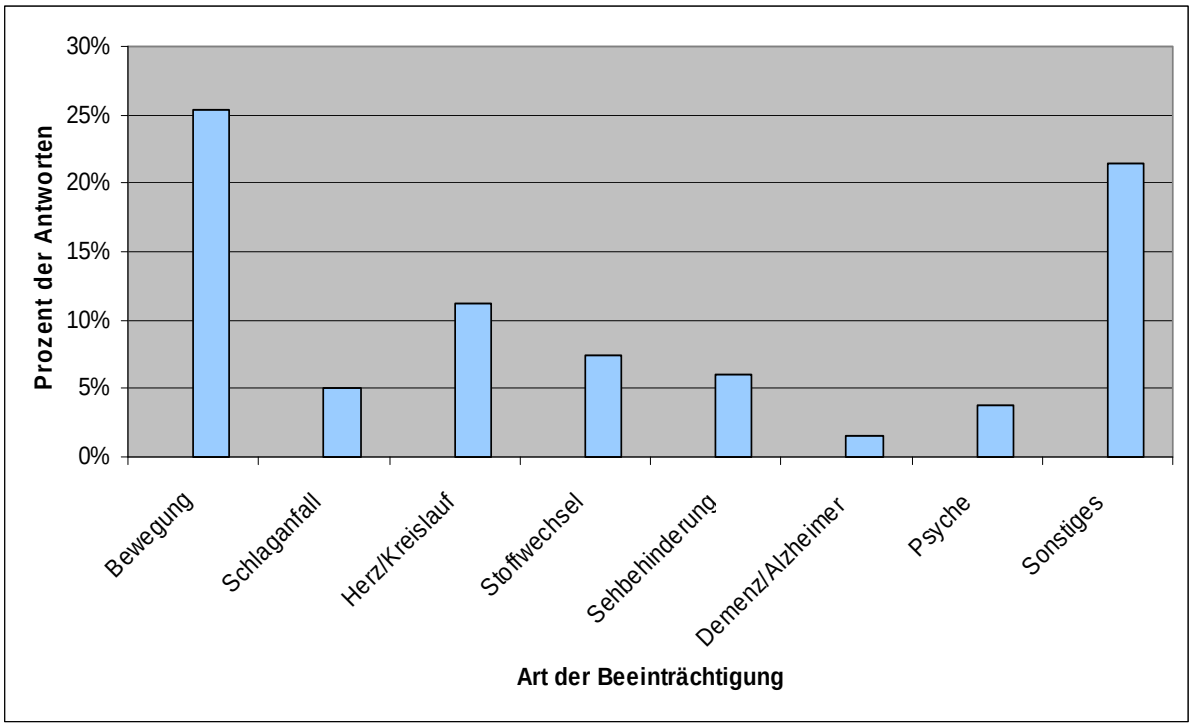
Betrachtet man die gesundheitliche Disposition etwas differenzierter, so ergibt sich das folgende Bild (vgl.
Abbildung **16**):

129 der befragten Haushaltsvorstände geben an, dass sie selbst oder ein anderes Haushaltsmitglied an chronischen Krankheiten oder schwerwiegenden Beeinträchtigungen leiden. Insgesamt wurde die Frage nach den verschiedenen Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen 266mal positiv beantwortet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier Mehrfachnennungen möglich sind und eine entsprechend geringere Zahl der befragten Personen tatsächlich von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist. Die Frage nach Bewegungseinschränkungen wurde dabei am häufigsten positiv beantwortet: 25,3 % der Personen, die diese Frage beantwortet haben, leiden unter entsprechenden Beeinträchtigungen. Darüber hinaus leiden 11,2 % unter Herz-/ Kreislauferkrankungen und 7,4 % sind von Stoffwechselerkrankungen betroffen. Sonstige gesundheitliche Probleme wurden von 21,5 % der befragten Personen angegeben, hier wurden Krebserkrankungen, Osteoporose und Schwerhörigkeit am häufigsten genannt.

Allerdings ist hier anzumerken, dass sich der Gesundheitszustand in den einzelnen Wohnprojekten stark unterscheidet. Bremen ist die Einrichtung mit den meisten Nennungen, was sich aus der besonderen Struktur des Standorts mit seinem hohen Anteil an älteren Bewohnern erklärt. Auch Bielefeld kann relativ viele Nennungen vorweisen, was durch die Struktur mit vielen jüngeren behinderten Bewohnern bedingt sein dürfte. Tatsächlich weisen die befragten

Personen unter 50 Jahren eine sehr gute gesundheitliche Disposition auf, lediglich Bewegungseinschränkungen werden von ihnen häufiger genannt.

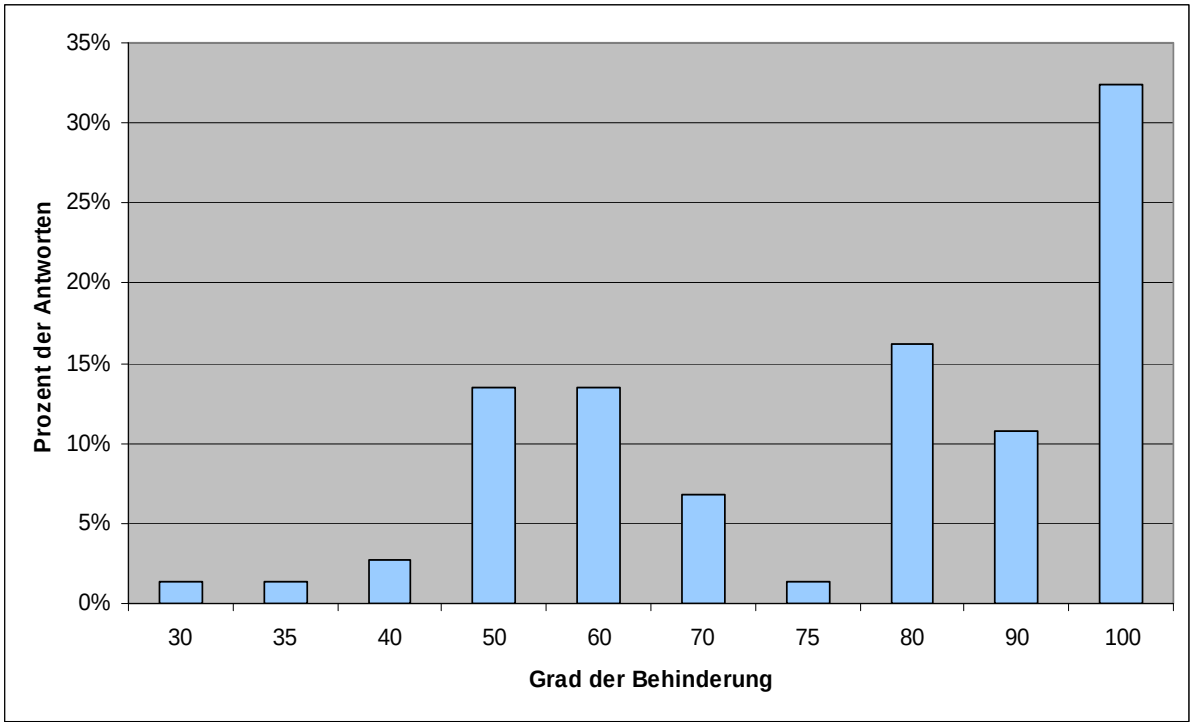
Abbildung 16: Chronische Krankheiten und Beeinträchtigungen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 312 Personen. Die Frage nach einem bereits erlittenen Schlaganfall beantworteten lediglich 297 Personen.

Zu den zahlreichen Bewohnern mit Bewegungseinschränkungen gehören auch die Bewohner mit einer Behinderung. Insgesamt leben in den befragten Haushalten der Programmgruppe 70 Personen mit einer Behinderung, dies entspricht 22,4 % der befragten Personen. Von diesen Personen geben 32,4 % einen Grad der Behinderung von 100 an und 94,6 % gelten mit einem Grad der Behinderung von 50 oder mehr als schwerbehindert (vgl. Abbildung 17). Zwischen dem Grad der Behinderung und dem Alter lässt sich dabei kein Zusammenhang feststellen. Auffallend ist allerdings der hohe Anteil höherer Behinderungsgrade in den Altersklassen der unter 50-Jährigen.

Abbildung 17: Behinderung in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 74 Personen.

Die Ausführungen zum Pflegebedarf in der Programmgruppe erfolgten bereits im einleitenden Abschnitt hierzu (vgl. Abschnitt 3.3.2), weshalb dieser Punkt an dieser Stelle nicht noch einmal ausführlich diskutiert wird.

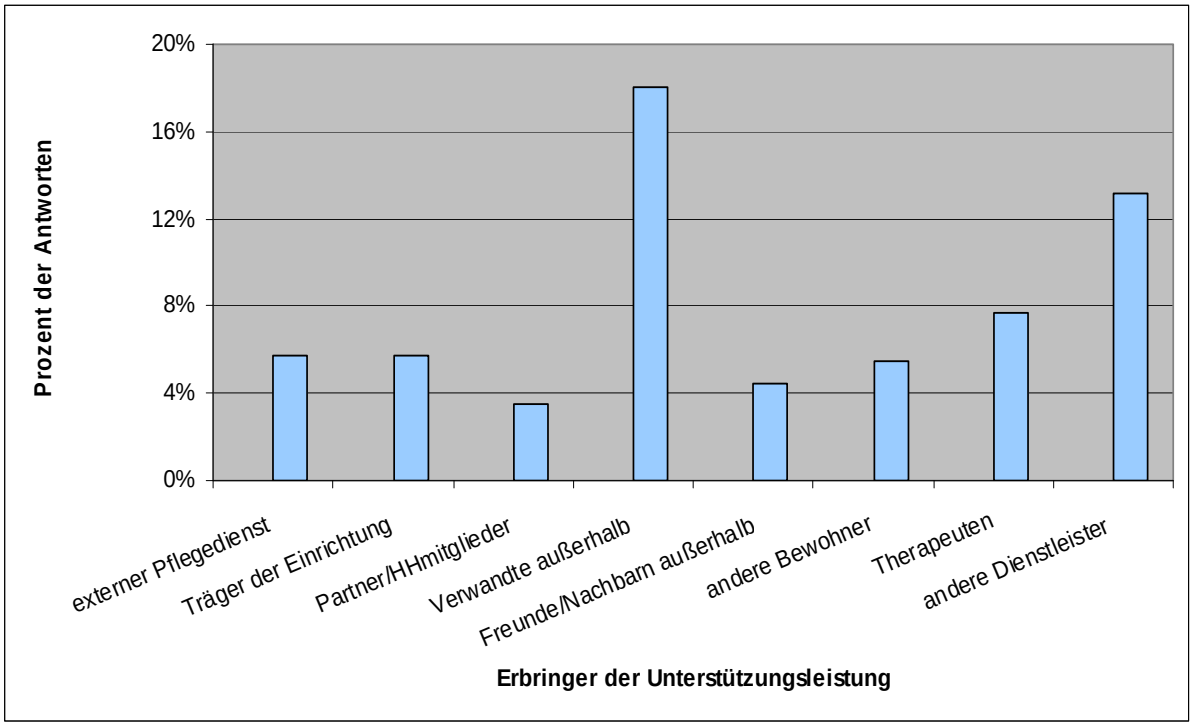
3.3.5.2 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in der täglichen Lebensführung

Die gesundheitliche Disposition, eine mögliche Behinderung sowie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Pflegestufe haben erheblichen Einfluss auf die in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen im Bereich der täglichen Lebensführung. Im Einzelnen wurden hier Hilfen im Bereich der persönlichen Hygiene und Körperpflege, der Mobilität innerhalb der Wohnung, der Nahrungszubereitung und -aufnahme, der Haushaltsführung, der Kommunikation und außerhäuslichen Mobilität und der medizinischen Behandlungspflege unterschieden.

Wie nach den oben beschriebenen Ergebnissen zum Gesundheitszustand zu erwarten, ist der Umfang der in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen in den gemeinschaftlichen Wohnprojekten im Durchschnitt recht gering. Besonders auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen externer Pflegedienste, der Einrichtungsträger sowie von Personen innerhalb der Einrichtung (Haushaltsmitglieder, andere Bewohner) eine weniger bedeutende Rolle spielen (vgl. Abbildung 18). Dies gilt für die Bewohner aller Altersklassen. Vielmehr

wird offensichtlich, dass das familiäre Netzwerk eine immense Bedeutung bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen hat. 18,1 % aller Personen, die diese Frage beantwortet haben, werden von der Verwandtschaft außerhalb der Einrichtung unterstützt. 13,1 % aller befragten Personen greifen darüber hinaus auf „andere Dienstleister“ zurück. Die Gründe für diese Konstellation liegen in der Art der benötigten Unterstützungsleistungen. Es gibt einen im Ganzen vergleichsweise geringen Pflegebedarf in den Bereichen Körperpflege, Mobilität oder medizinische Pflege. Vielmehr benötigen die Bewohner vor allem Unterstützung bei der Haushaltsführung und nutzen die Möglichkeiten zur Kommunikation. Wie sich im Rahmen der Befragung gezeigt hat, sind die Bewohner damit recht gut versorgt. Neun Haushaltsvorstände gaben allerdings an, dass sie oder andere Haushaltsmitglieder auf dringend benötigte Hilfen, wie beispielsweise Haushaltshilfen, verzichten müssen. Für fünf Haushalte hat dieser Verzicht finanzielle Gründe.

Abbildung 18: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 312 Personen. Die Frage nach der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen von außerhalb der Einrichtung lebender Verwandter beantworteten 310 Personen.

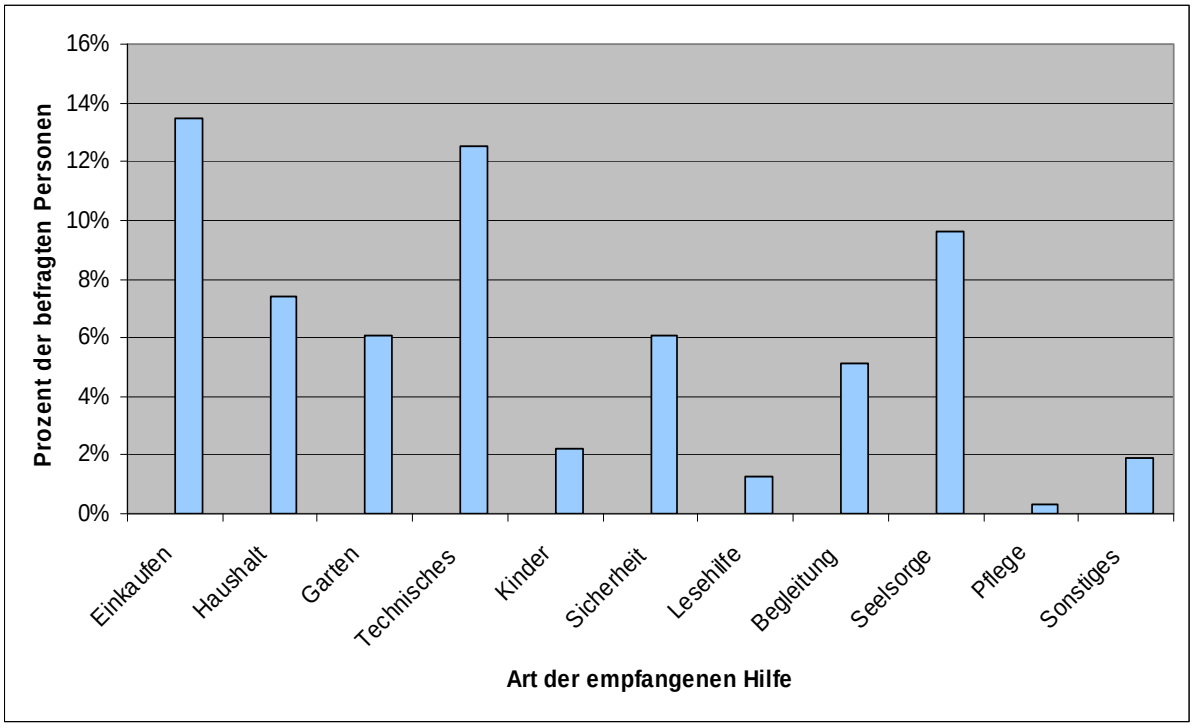
3.3.5.3 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in einem weiteren Sinne

Da die Bewohner der gemeinschaftlichen Wohnprojekte offensichtlich in recht guter gesundheitlicher Verfassung sind und der daraus resultierende Umfang der Unterstützungleistungen nicht sehr groß ist, dürften sie entsprechend aktiv sein. Dies sollte sich auch in den im Rahmen der Wohnprojekte für/von anderen empfangenen/geleisteten Hilfen sowie den damit ein-

hergehenden sozialen Kontakten zu anderen Bewohnern widerspiegeln. Im Folgenden geht es hierbei um Unterstützungsleistungen im weiteren Sinne, die über jene im Bereich der gesundheitlichen Einschränkungen und der täglichen Hilfe zur Lebensführung hinausgehen. Die Hilfeleistungen von anderen Bewohnern der gemeinschaftlichen Wohnprojekte sind dabei von großer Bedeutung und sollen deshalb im Folgenden gesondert betrachtet werden.

Fragt man die Bewohner nach den Bereichen, in denen andere Bewohner ihnen Hilfe leisten können, so wird am häufigsten, nämlich von 13,5 % der befragten Personen, das Einkaufen genannt (vgl. Abbildung 19). Darüber hinaus empfangen 12,5 % der Personen Hilfen bei Handwerker- und Hausmeisterdiensten. Auffällig ist zudem die große Bedeutung von seelsorgerischen Tätigkeiten (9,6 %), wie Trösten, Zuhören oder Erteilen von Ratschlägen.

Abbildung 19: Von anderen Bewohnern empfangene Hilfe in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 312 Personen.

Entgegen der Hypothese, dass sich das Erbringen von Pflegetätigkeiten in die Wohnprojekte hinein verlagert, nehmen nur 0,3 % der befragten Personen diese Leistung von anderen Bewohnern in Anspruch.

Während die jüngeren Bewohner kaum Hilfen in Anspruch nehmen, nimmt das Interesse an solchen Leistungen mit dem Alter tendenziell zu. Allerdings lässt sich diese Tendenz nicht linear über die Altersgruppen fortschreiben: Hilfen anderer Bewohner werden von den ältesten Senioren über 90 Jahren kaum in Anspruch genommen. Inwiefern dies mit einem ver-

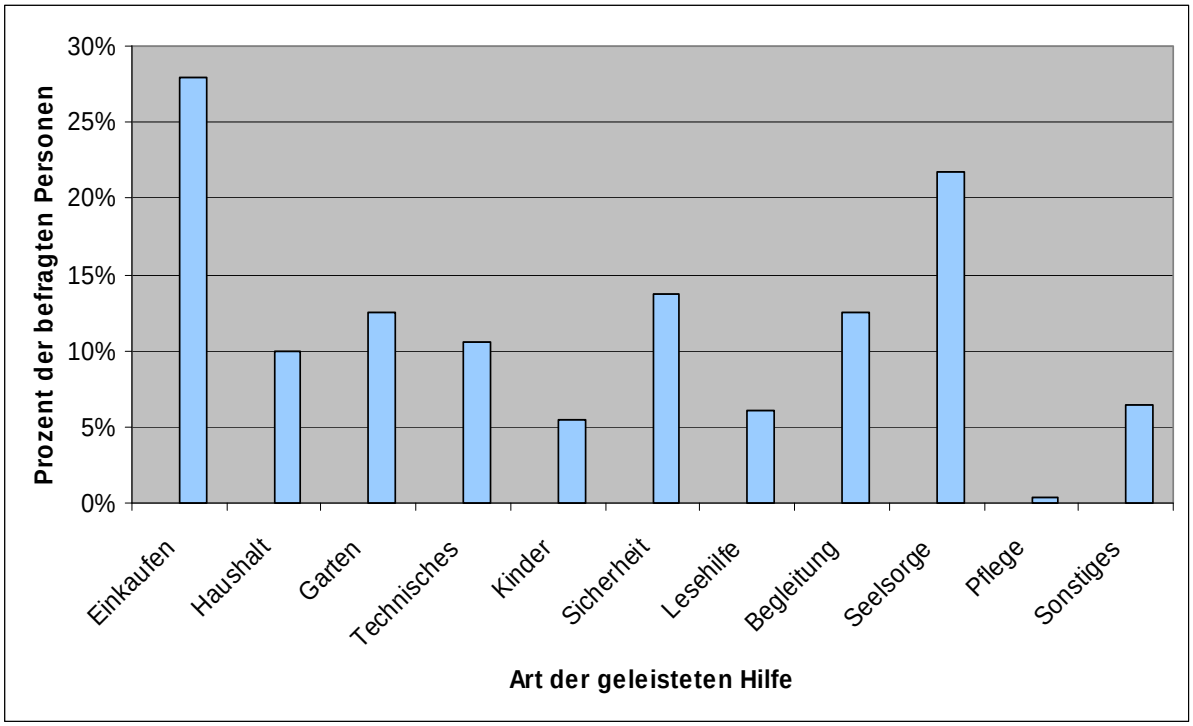
stärkten Rückzug in das Private oder mit einem geringeren Angebot an benötigten Hilfeleistungen zusammenhängt, lässt sich indes nur vermuten.

3.3.5.4 Für andere Bewohner geleistete Unterstützung in einem weiteren Sinne

Auch wenn es darum geht, selbst Hilfen für andere Bewohner zu leisten, tun die meisten Befragten dies im Rahmen von Einkäufen. 27,9 % der interviewten Personen gaben an, auf diesem Wege ihren Mitbewohnern zu helfen, 22,2 % tun dies im Rahmen von seelsorgerischen Tätigkeiten (vgl. Abbildung 20).

Relativ zu der Anzahl der Bewohner in der entsprechenden Altersgruppe sind die 21- bis 49-Jährigen sowie die 50- bis 65-Jährigen am aktivsten, wenn es darum geht, Hilfen zu erbringen. Mit steigendem Alter nehmen diese Aktivitäten erwartungsgemäß ab.

Abbildung 20: Für andere Bewohner geleistete Hilfen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 312 Personen.

Bei der Frage zu den empfangenen Hilfen gab es unter den erfassten Personen 206 positive Nennungen, aber 397 positive Nennungen bei der Abfrage der geleisteten Hilfen. Diese Diskrepanz dürfte insbesondere auf eine Stichprobenverzerrung zurückzuführen sein, es besteht also ein Zusammenhang zwischen der Ziehung der Stichprobe der befragten Bewohner und den oben genannten Differenzen. Vermutlich haben sich eher jene Bewohner an der Befragung beteiligt, die sich in einem relativ guten Gesundheitszustand befinden. Diese Befragten wären somit eher dazu in der Lage, Hilfen für andere Bewohner zu erbringen und hätten

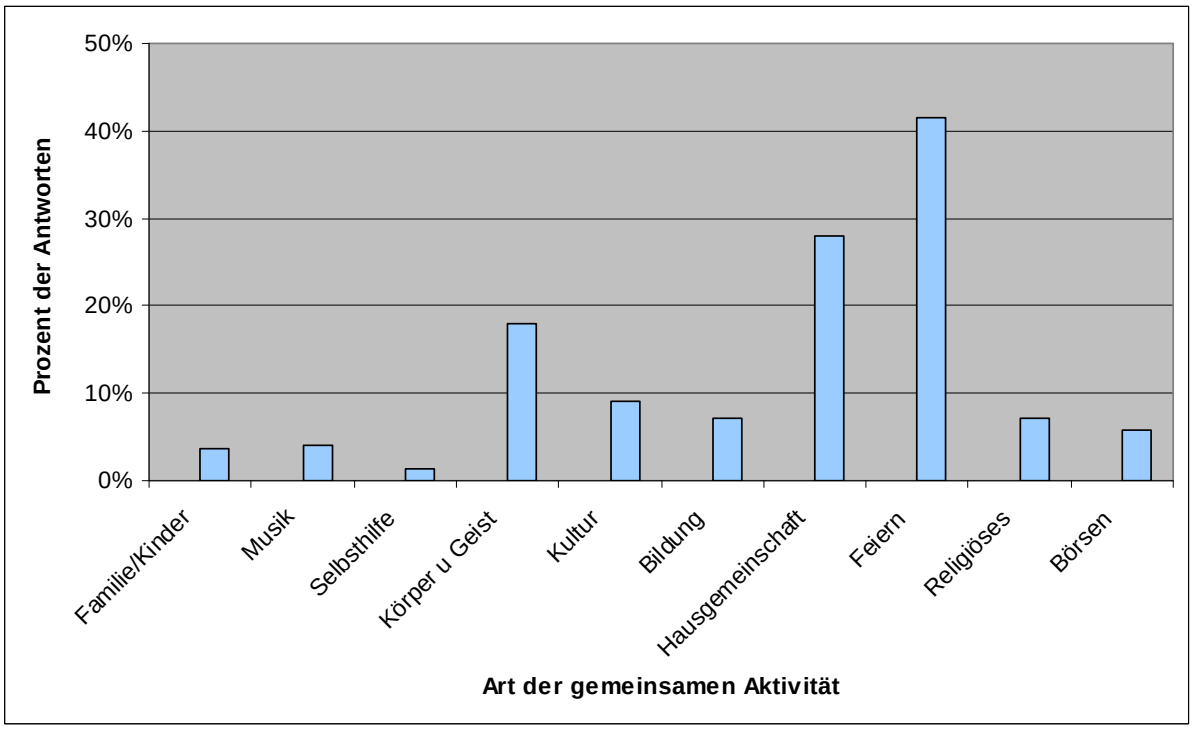
selbst einen geringeren Bedarf an diesen Hilfen. Es können aber auch andere Faktoren (evtl. auch die fehlenden Bereitschaft, die eigene Hilfebedürftigkeit einzugestehen) eine Rolle spielen. Somit ist bei der Interpretation der Resultate Vorsicht geboten.

3.3.5.5 Gemeinsame Aktivitäten der Bewohner

Wie die Befragung gezeigt hat, finden nicht nur explizite Hilfeleistungen zwischen den Bewohnern der Projekte statt. Vielmehr gibt es auch eine Vielzahl an gemeinsamen Aktivitäten, hier stehen Geselligkeit, Feiern und Kommunikation im Vordergrund. Die Befragungsergebnisse spiegeln eine recht rege Beteiligung der Bewohner an diesen Aktivitäten wider. Im Folgenden werden nur die Antworten jener Haushaltsvorstände erfasst, die angegeben haben, dass sie oder ein Haushaltsmitglied das entsprechende Angebot einmal im Monat oder häufiger nutzen. So wird gewährleistet, dass nur regelmäßig ausgeübte Aktivitäten in die Darstellung einfließen.

Innerhalb der gemeinschaftlichen Wohnprojekte gibt es vielfältige Angebote für die Bewohner. Nahezu die Hälfte aller befragten Haushalte (41,4 %) beteiligt sich an gemeinsamen geselligen Aktivitäten und Festen (vgl. Abbildung 21). 27,9 % sind regelmäßig für die Hausgemeinschaft aktiv und 18 % nehmen gemeinsam mit anderen Bewohnern der jeweiligen Einrichtung Angebote der Kategorie „Körper und Geist“ wahr. Alle weiteren Kategorien spielen eine eher untergeordnete Rolle, wobei die Ergebnisse sehr einrichtungsspezifisch sind und von dem jeweiligen Angebot vor Ort abhängen. Die jüngsten Haushalte beteiligen sich weniger intensiv an den gemeinsamen Aktivitäten innerhalb der Häuser, hier sind eher die älteren Bewohner aktiv.

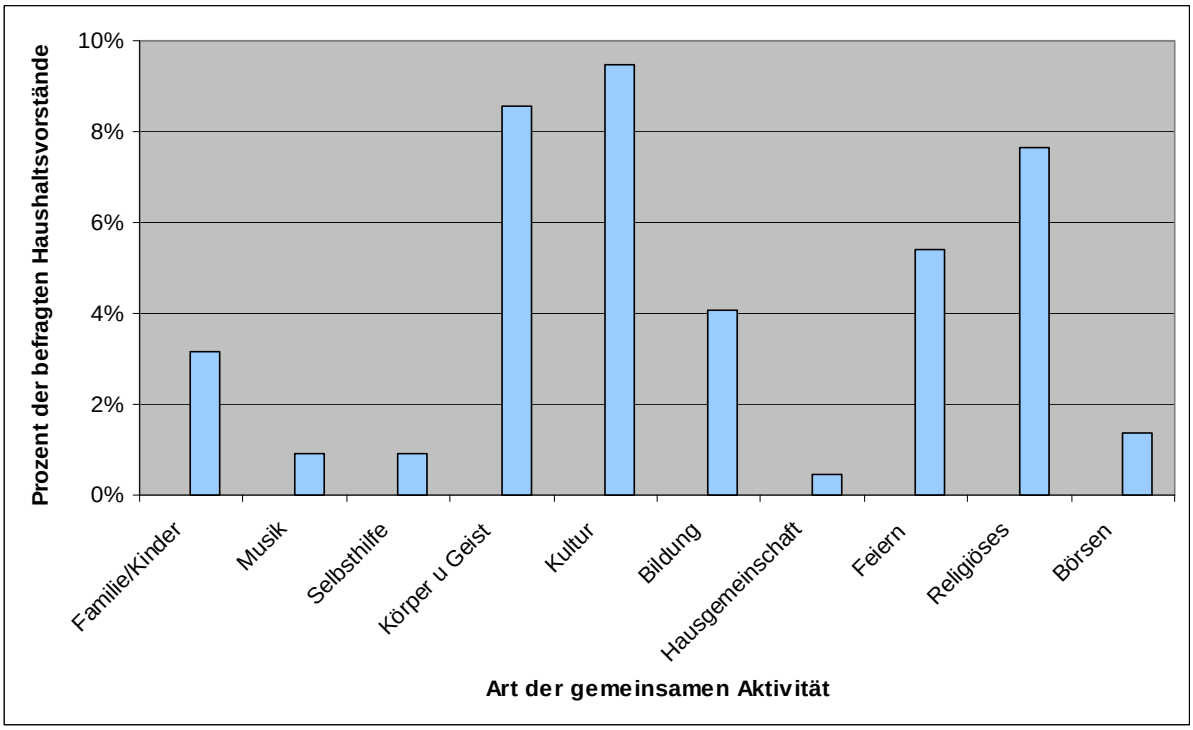
Abbildung 21: Aktivitäten innerhalb der Wohnanlagen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 222 Haushalte. Die Frage nach gemeinsamen Aktivitäten in den Kategorien „Familie/Kinder“ sowie „Musik“ wurde von 221 Haushalten beantwortet.

Das Beteiligungsschema an gemeinsamen Aktivitäten *außerhalb* der Wohnanlagen unterscheidet sich deutlich vom oben Dargestellten; insgesamt findet die Mehrzahl der Aktivitäten innerhalb der Wohnanlagen statt. Außerhalb der Wohnanlagen werden insbesondere die kulturellen Angebote genutzt, dies geben 9,5 % der Haushalte an (vgl. Abbildung 22). Darüber hinaus sind körperliche Aktivitäten (8,6 %) sowie gemeinsame religiöse Veranstaltungen (7,7 %) bei den Bewohnern beliebt. Außerhalb der gemeinschaftlichen Wohnprojekte sind die Haushaltsvorstände im Alter von 66 bis 79 Jahren am aktivsten, wohingegen sich die ältesten Bewohner eher an den Angeboten innerhalb der Wohnprojekte zu beteiligen scheinen. Dies dürfte mit einer geringeren Mobilität im Alter zusammenhängen. Auch die jüngsten Haushalte, deren Vorstand jünger als 50 Jahre ist, beteiligen sich relativ stärker an Aktivitäten außerhalb des Hauses als innerhalb des Hauses.

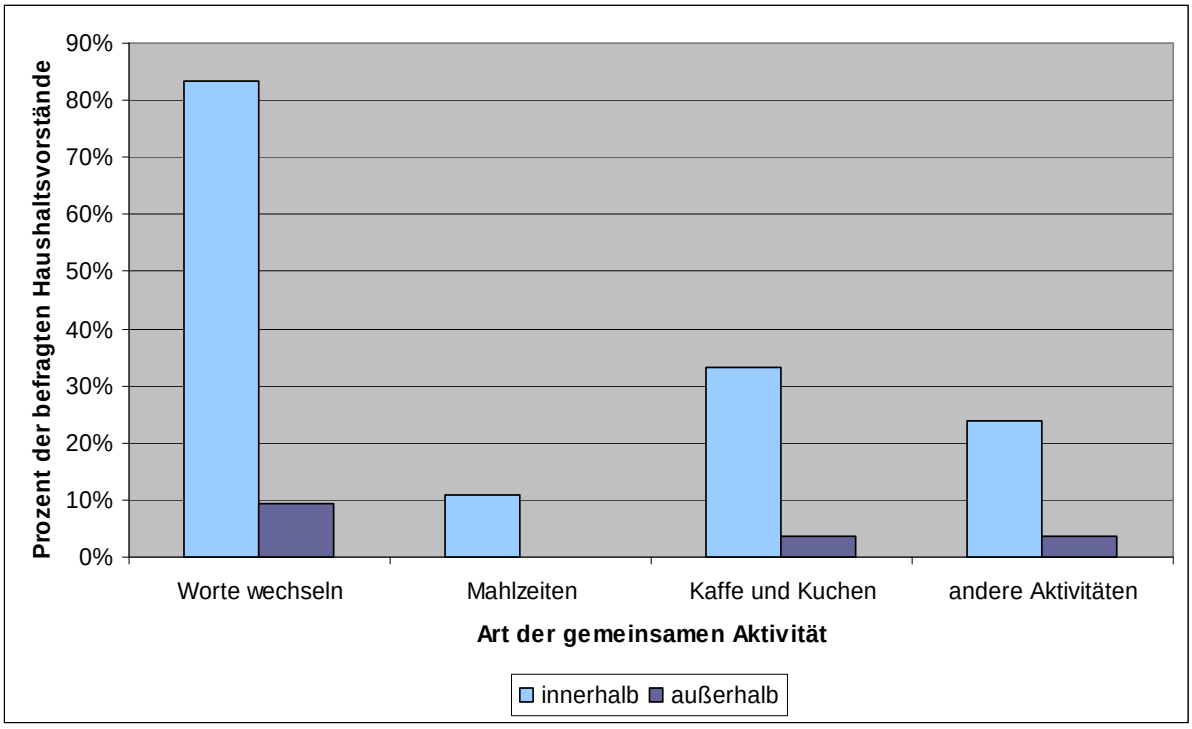
Abbildung 22: Aktivitäten außerhalb der Wohnanlagen in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 222 Haushalte.

Über die konkreten Angebote hinaus erfreuen sich die nicht institutionalisierten gemeinsamen Aktivitäten reger Beteiligung. Diese Aktivitäten finden nahezu ausschließlich innerhalb der gemeinschaftlichen Wohnprojekte statt. Eine große Bedeutung kommt dabei der einfachen Kommunikation zu (vgl. Abbildung 23). 83,3 % aller Haushaltsvorstände geben an, bei Gelegenheit regelmäßig Worte mit den anderen Bewohnern der Einrichtung zu wechseln. Darüber hinaus trifft sich ein Drittel der Haushalte regelmäßig zu Kaffee und Kuchen, ohne dass dies von der entsprechenden Hausleitung organisiert würde.

Abbildung 23: Teilnahme an nicht institutionalisierten gemeinsamen Aktivitäten in der Programmgruppe



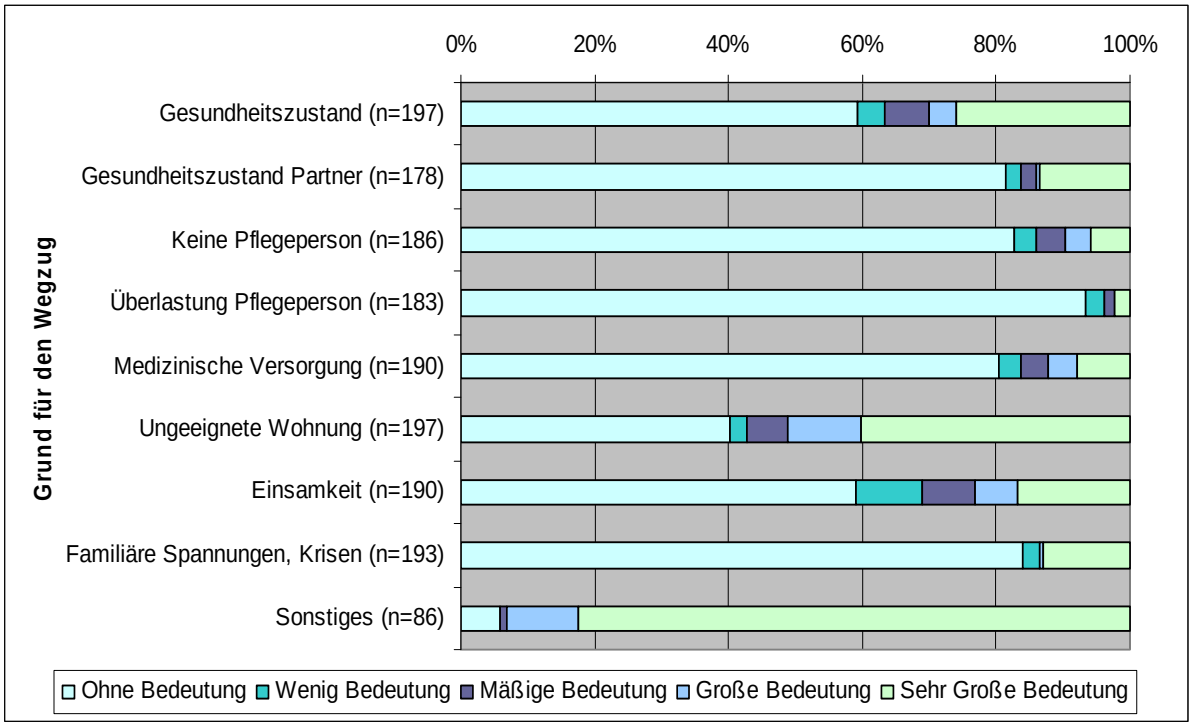
Stichprobengröße: 222 Haushalte.

3.3.5.6 Motivation zum Einzug

Die Befragung der Programmgruppe hat bisher ergeben, dass innerhalb der Modellprojekte im Bereich der Pflege zwar keine Unterstützung im engeren Sinne stattfindet, die Bewohner sich aber häufig in anderen Bereichen gegenseitig unterstützen und gemeinsame Aktivitäten wahrnehmen. Dies sollte sich auch in der Motivation zum Einzug in das jeweilige Wohnprojekt bzw. den Grund für den Wegzug aus dem vorhergehenden Haushalt widerspiegeln.

Der bedeutendste Grund für den Wegzug aus dem vorhergehenden Haushalt liegt in der ungeeigneten Wohnung (vgl. Abbildung 24). Mehr als 50 % der Haushaltsvorstände, die diese Frage beantwortet haben, messen diesem Umstand große oder sehr große Bedeutung bei. Da alle hier betrachteten Wohnprojekte barrierefreie Wohnungen anbieten, ist die Vielzahl der Nennungen durchaus plausibel. Weiterhin ist der Aspekt der Einsamkeit ein wichtiges Motiv, welches bei der Entscheidung von 23 % der Haushalte zumindest große Bedeutung hatte. Ein Pflegedefizit spielt, analog zu der relativ geringen Zahl von pflegebedürftigen Bewohnern, nur in wenigen Fällen eine Rolle.

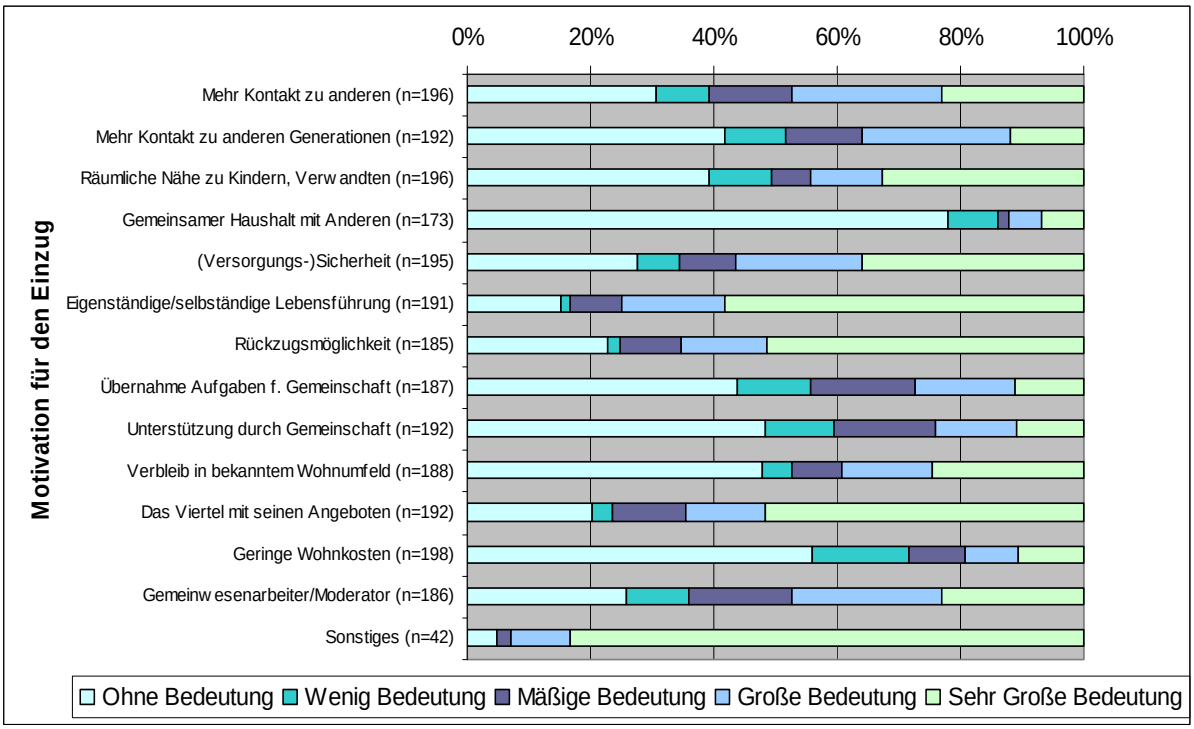
Abbildung 24: Grund für den Wegzug in der Programmgruppe



Die Stichprobengröße variiert hier, Die Zahl der Haushalte, die in den einzelnen Kategorien eine Antwort gegeben hat, ist jeweils in Klammern angegeben.

Eine andere Fragestellung ist jene nach der Motivation für den Einzug in das jeweilige Wohnprojekt. Am wichtigsten ist für die Bewohner die Bewahrung der Eigenständigkeit bzw. die Rückzugsmöglichkeit in die eigene Wohnung; für ca. drei Viertel der Haushaltsvorstände, die diese Frage beantwortet haben, ist sie von großer oder sehr großer Bedeutung (vgl. Abbildung 25). Auch die Versorgungssicherheit, die Quartiersaspekte sowie das Angebot der Gemeinwesenarbeit sind wichtige Faktoren bei der Entscheidung für den Einzug in eines der Modellprojekte gewesen.

Abbildung 25: Motivation für den Einzug in der Programmgruppe



Die Stichprobengröße variiert hier, Die Zahl der Haushalte, die in den einzelnen Kategorien eine Antwort gegeben hat, ist jeweils in Klammern angegeben.

Die Frage, ob sich die Erwartungen an die Modellprojekte, die sich aus den obigen Ergebnissen ableiten lassen, erfüllt haben, lässt sich positiv beantworten: 91,7 % der antwortenden Haushalte sehen ihre Erwartungen an die jeweilige Einrichtung als erfüllt an. Dabei schwanken die Ergebnisse der einzelnen Modellprojekte allerdings recht stark.

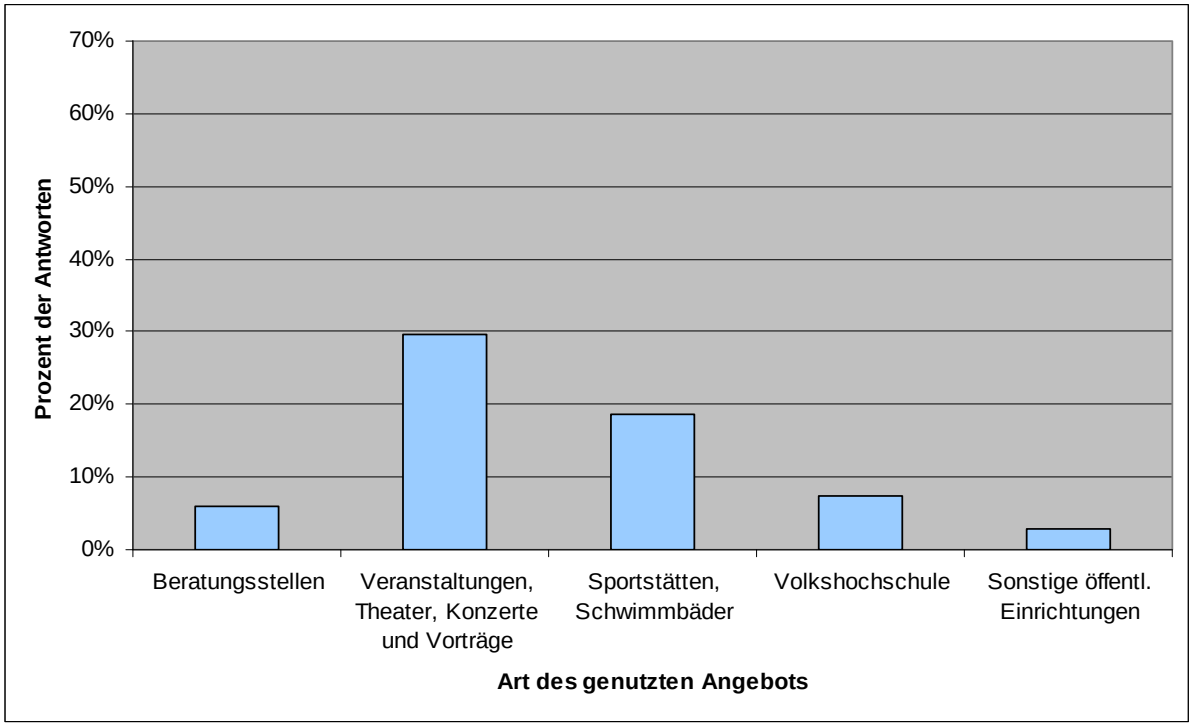
3.3.5.7 Quartiersaspekte

Hinsichtlich der Nutzung von Angeboten in der Umgebung der Modellprojekte wurde in einer groben Unterteilung zunächst zwischen Angeboten aus dem öffentlichen Sektor, privatwirtschaftlichen Angeboten sowie Angeboten aus dem nicht-gewinnorientierten gemeinwirtschaftlichen und kirchlichen Sektor (zusammenfassend: Dritter Sektor) unterschieden. Außerdem wurde danach gefragt, ob und, wenn ja, mit welcher Intensität diese Angebote in unmittelbarer Umgebung der Wohnanlage – d.h. im Viertel bzw. der Gemeinde – oder aber im gesamtstädtischen Umfeld – also in der Gesamtstadt bzw. in der nächsten größeren Stadt – wahrgenommen werden. Im Ergebnis (vgl. Abbildung 26 bis Abbildung 31) zeigt sich, dass erwartungsgemäß die privatwirtschaftlichen Angebote – allen voran der Einkauf von Lebensmitteln – am häufigsten genutzt werden, gefolgt vom Besuch gastronomischer Einrichtungen. Auffallend ist ein vergleichsweise hoher Nutzungsanteil des Einkaufs in der unmittelbaren Umgebung der Standorte im Vergleich zu Einkäufen im weiteren städtischen Umfeld.

Unterhaltungsangebote bzw. kulturelle Angebote öffentlicher Einrichtungen werden von einem erheblichen Teil der Bewohner wahrgenommen; sie übertreffen die privatwirtschaftli-

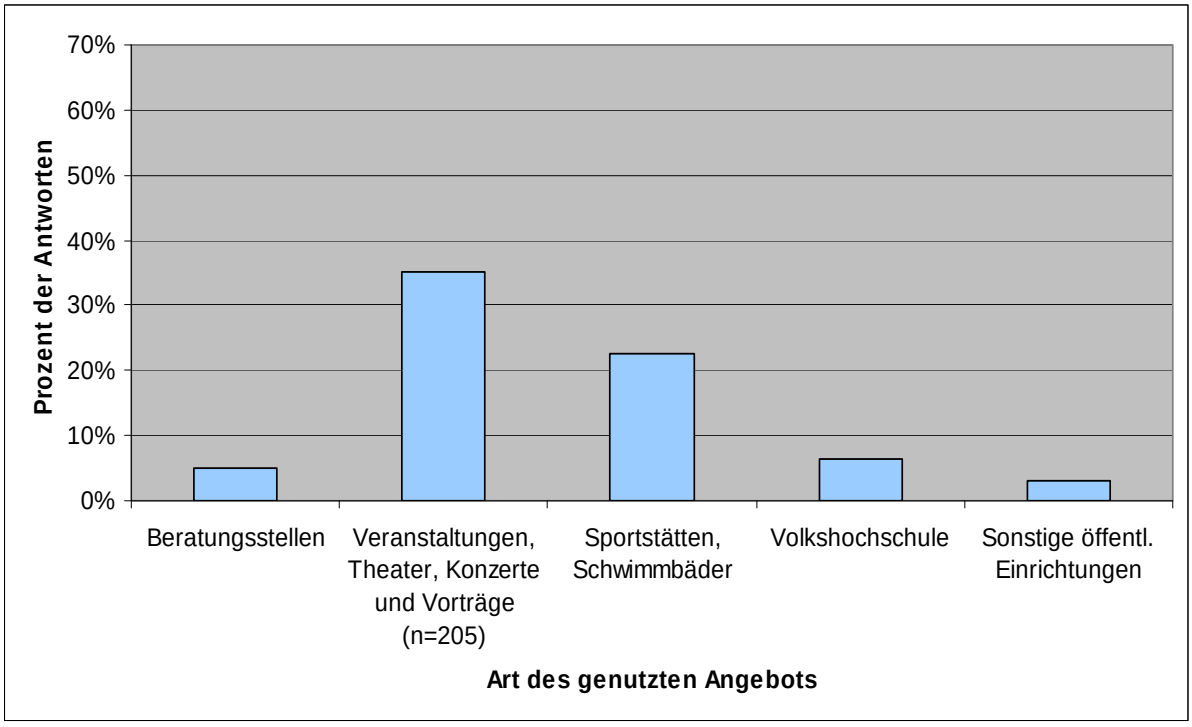
chen Angebote in diesem Bereich. Kulturelle Aktivitäten werden eher in der Stadt als im Quartier ausgeübt, was durch ein häufig in den Innenstädten konzentriertes Angebot bedingt sein dürfte. Nennenswerte Nutzungsintensitäten im öffentlichen Sektor sind ansonsten vor allem bei Sportangeboten festzustellen, hier dominiert ebenfalls der großräumige Bezug. Im Dritten Sektor werden kirchliche Angebote am häufigsten wahrgenommen, erwartungsgemäß geschieht dies eher im Quartier als in der Gesamtstadt. Die Inanspruchnahme von Bildungseinrichtungen sowie ein Engagement in Parteien, Vereinen etc. werden dagegen recht selten genannt.

Abbildung 26: Nutzung kleinräumiger öffentlicher Angebote in der Programmgruppe



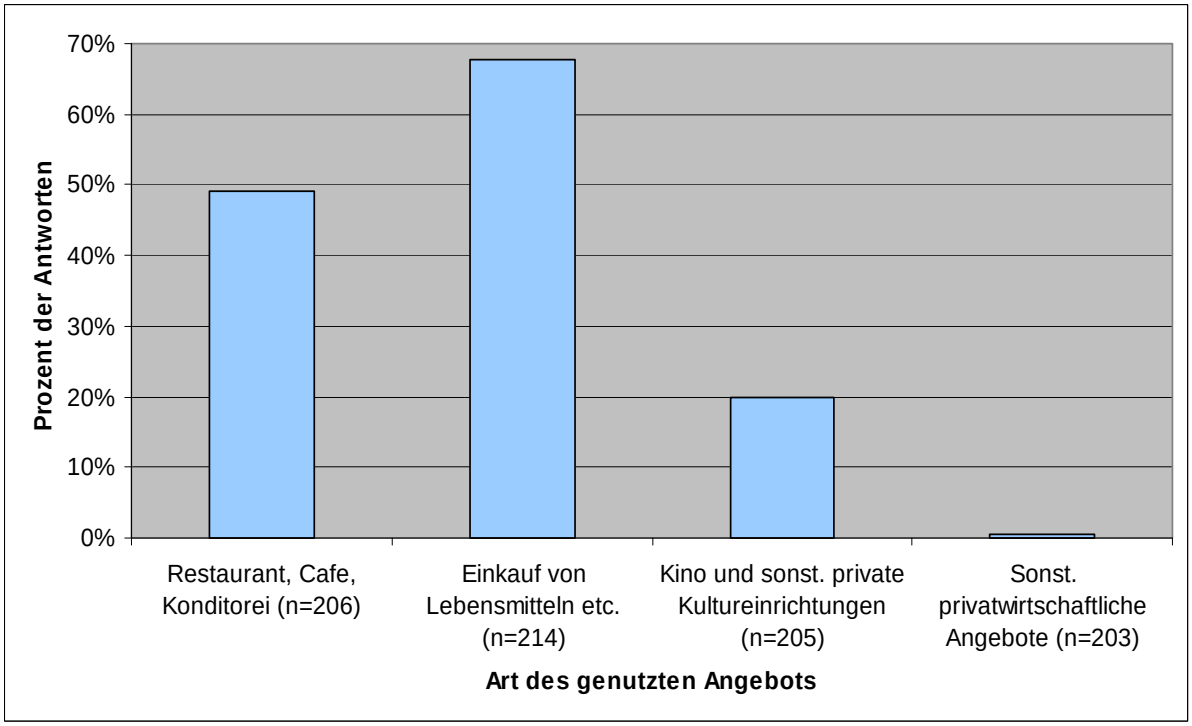
Stichprobengröße: 203 Haushalte.

Abbildung 27: Nutzung großräumiger öffentlicher Angebote in der Programmgruppe



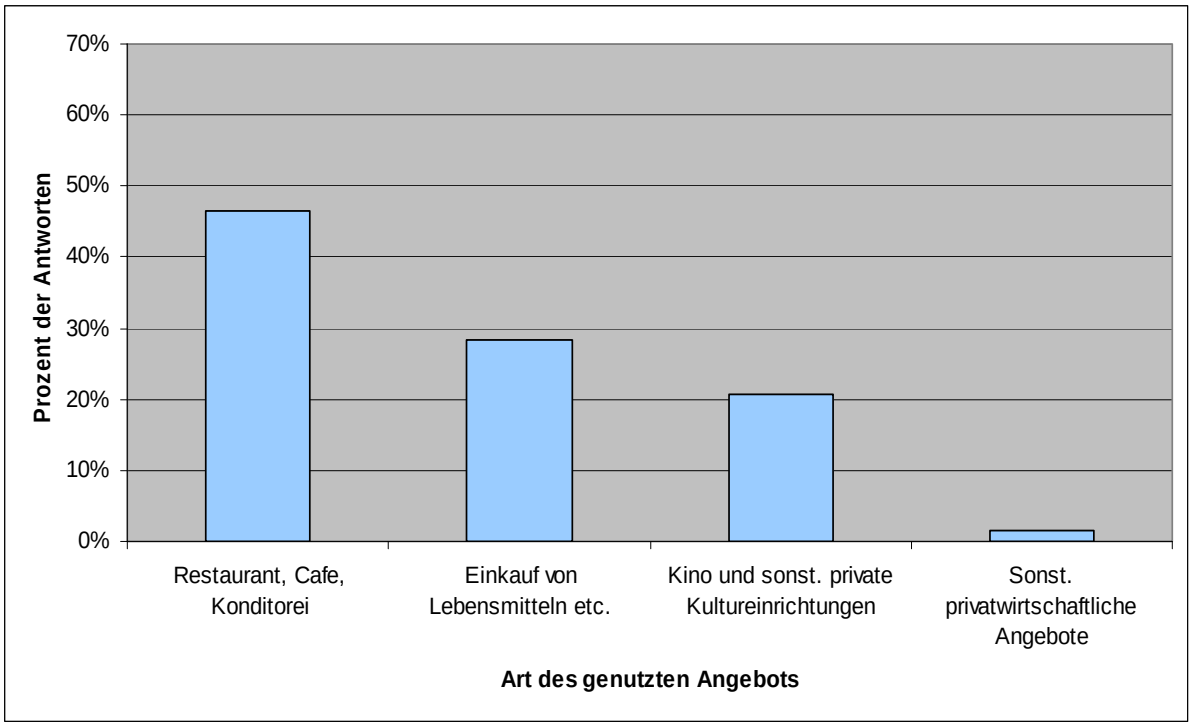
Stichprobengröße: 203 Haushalte.

Abbildung 28: Nutzung kleinräumiger privatwirtschaftlicher Angebote in der Programmgruppe



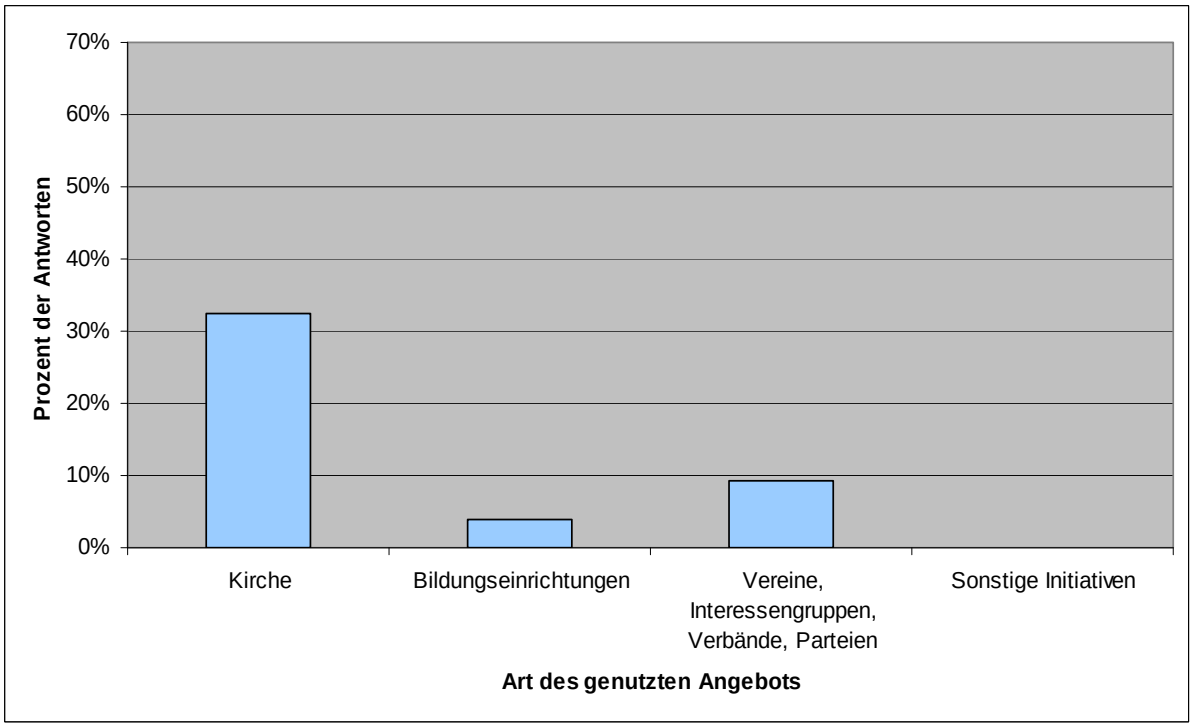
Die Stichprobengröße variiert hier. Die Zahl der Haushalte, die in den einzelnen Kategorien eine Antwort gegeben hat, ist jeweils in Klammern angegeben.

Abbildung 29: Nutzung großräumiger privatwirtschaftlicher Angebote in der Programmgruppe



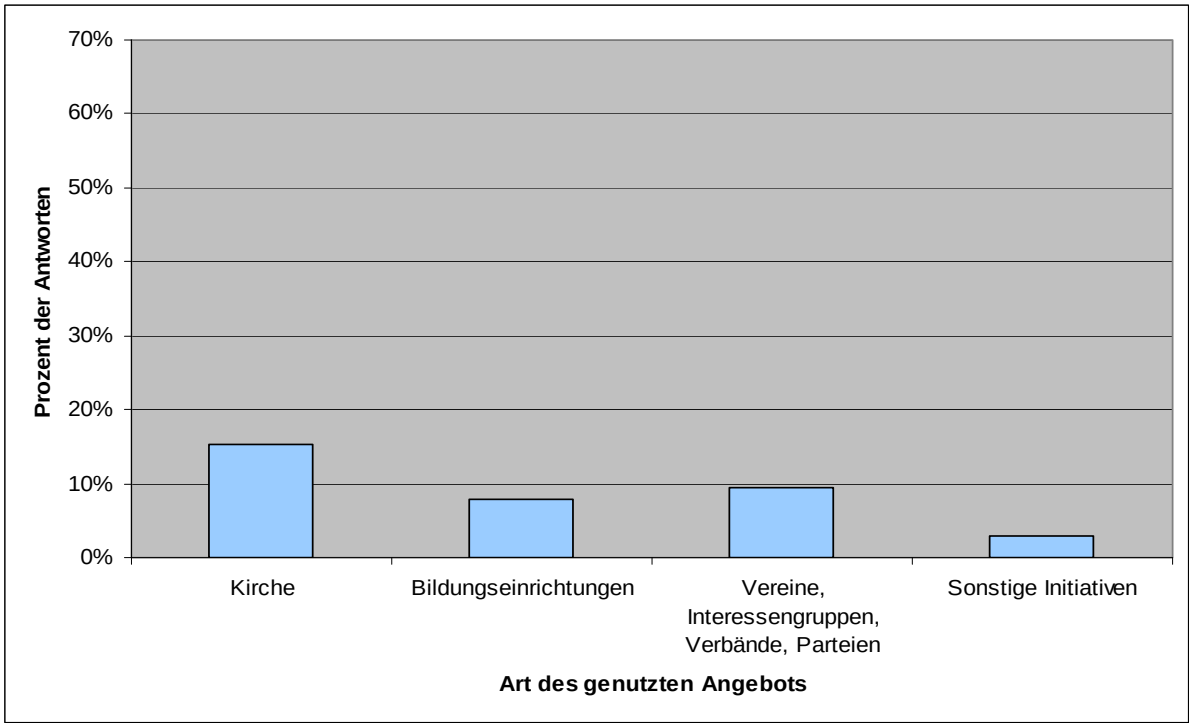
Stichprobengröße: 204 Haushalte. Die Frage nach der Nutzung sonstiger privatwirtschaftlicher Angebote beantworteten 203 Haushalte.

Abbildung 30: Nutzung kleinräumiger Angebote des dritten Sektors in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 203 Haushalte.

Abbildung 31: Nutzung großräumiger Angebote des dritten Sektors in der Programmgruppe



Stichprobengröße: 203 Haushalte.

3.3.6 Deskriptive Ergebnisse der Befragung der Kontrollgruppe

3.3.6.1 Unterschiede zu der Befragung der Programmgruppe

Den folgenden Beschreibungen ist voranzustellen, dass auch die Befragung der Kontrollgruppe grundsätzlich auf Haushaltsebene durchgeführt wurde.

Der Fragebogen der Programmgruppe wurde entsprechend dem Umfeld, in dem die Kontrollgruppeninterviews durchgeführt wurden, leicht modifiziert, insbesondere um die Fragen einer Lebenssituation im eigenen Haushalt anzupassen. Darüber hinaus sollte eine Überforderung stationär Pflegebedürftiger vermieden werden; diese mussten bspw. die Fragen nach der Quartiersnutzung nicht beantworten.

Bei einer näheren Betrachtung der interviewten Personen fällt zunächst auf, dass die Charakteristika der Befragten je nach Standort stark variieren. So befinden sich die Befragten in Bremen und St. Augustin fast ausschließlich im Rentenalter, während unter den Befragten in Tübingen auch Kinder sowie junge Erwachsene zu finden sind. Dennoch wird im Folgenden aus Gründen der Übersichtlichkeit auf eine separate Darstellung der Ergebnisse für die einzelnen Standorte der Kontrollgruppenbefragung verzichtet. Vielmehr sollen die folgenden Ausführungen dazu dienen, einen Gesamtüberblick über die Charakteristika der Kontrollgruppe im Vergleich zur Programmgruppe zu vermitteln.

3.3.6.2 Merkmale Gesundheit und Pflegebedarf

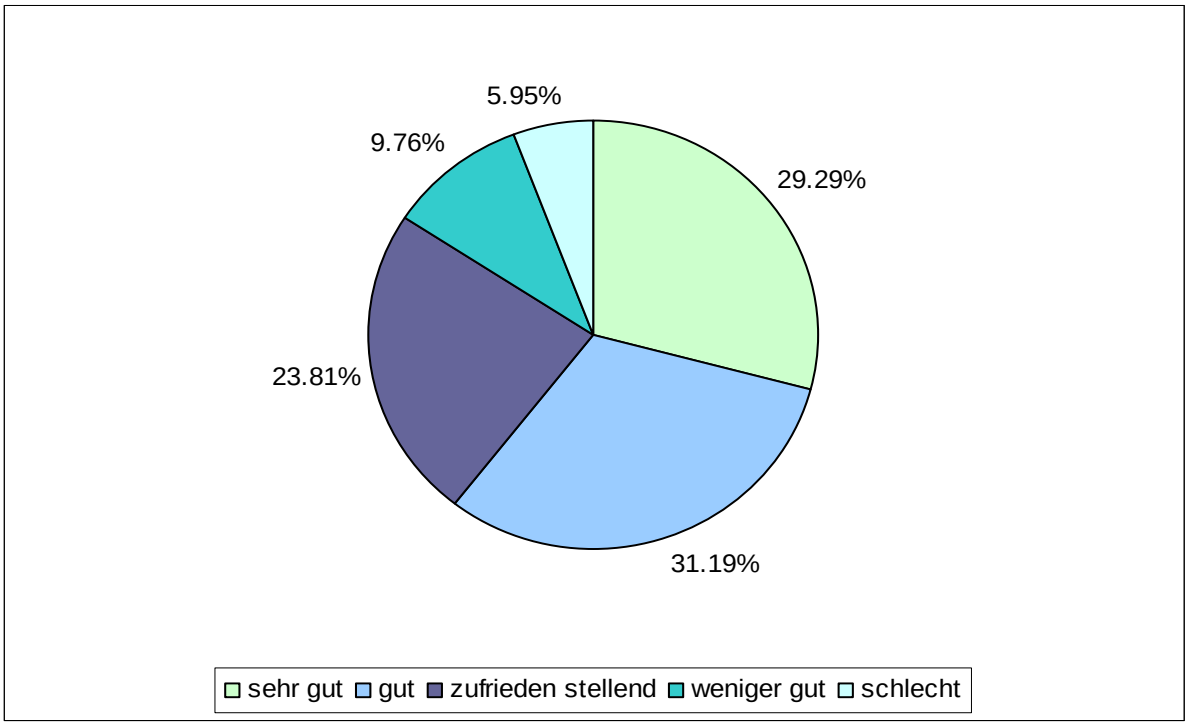
Für die Programmgruppe haben wir bereits festgestellt, dass der Gesundheitszustand der Bewohner im Großen und Ganzen recht gut ist. Für die Kontrollgruppe ergibt sich ein ähnliches Bild:

Auch hier schätzen viele Bewohner ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ (29,3 %) oder „gut“ (31,2 %) ein (vgl. Abbildung 32). Nur ein kleiner Anteil der Personen empfindet den eigenen Gesundheitszustand subjektiv als „weniger gut“ (9,8 %) oder „schlecht“ (6 %). Damit beschreiben die Personen der Kontrollgruppe ihren Gesundheitszustand tendenziell als etwas besser als die Personen der Programmgruppe. Insbesondere die jüngeren Bewohner unter 20 Jahren fühlen sich „gut“ bis „sehr gut“, dies gilt auch für die Mehrzahl der 21- bis 49-Jährigen. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ bis „zufriedenstellend“ beschreiben, mit Ausnahme der über 90-Jährigen, die sich in der Mehrzahl „gut“ oder „zufriedenstellend“ fühlen.

Allerdings ist der allgemein gute Gesundheitszustand in hohem Maße auf die befragten Personen in Tübingen zurückzuführen. Wie bereits einleitend erwähnt, wurden dort viele jüngere Leute befragt, die sich in guter körperlicher Verfassung befinden. Betrachtet man nur die über

50-jährigen Bewohner, so reduziert sich die Zahl der Nennungen für einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand immens, während die übrigen Kategorien stabil bleiben.

Abbildung 32: Subjektiver Gesundheitszustand in der Kontrollgruppe



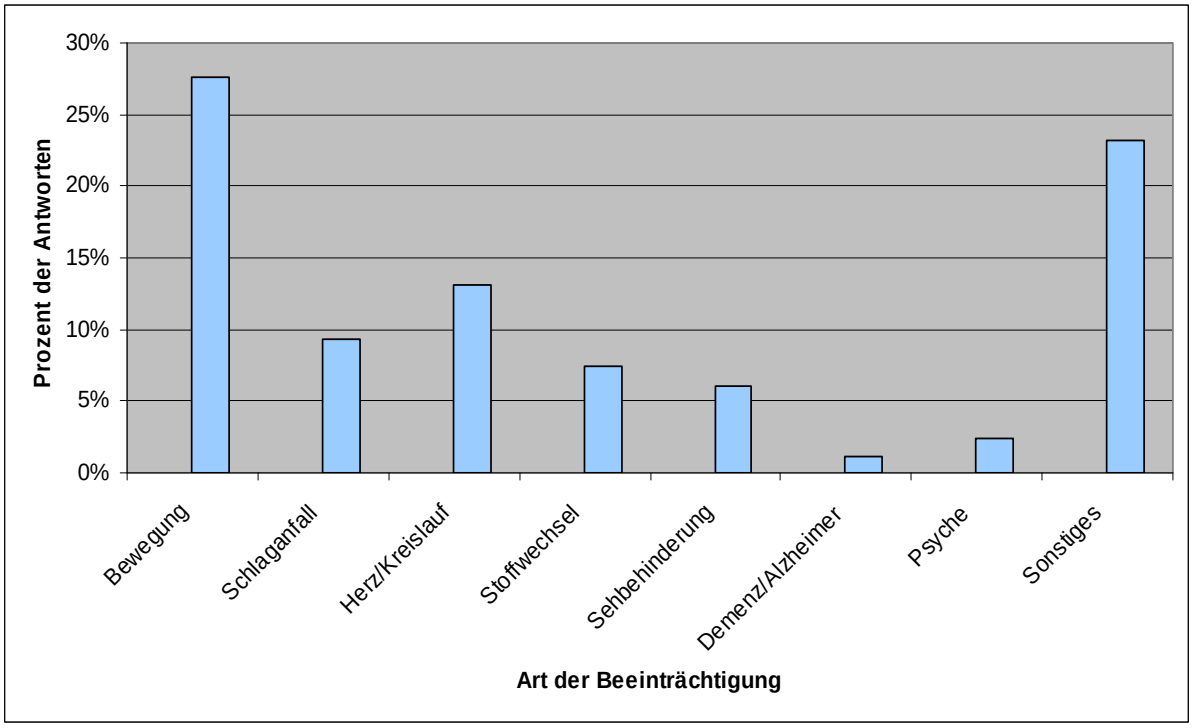
Stichprobengröße: 420 Personen.

In differenzierter Betrachtung stellt sich die gesundheitliche Disposition der befragten Personen wie folgt dar (vgl. Abbildung 33):

155 der in der Kontrollgruppenbefragung erfassten Haushaltsvorstände geben an, dass sie selbst oder ein anderes Haushaltsmitglied an chronischen Krankheiten oder schwerwiegenden Beeinträchtigungen leiden. Insgesamt wurde die Frage nach den verschiedenen Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen 376mal positiv beantwortet. Im Verhältnis zu der Zahl der befragten Personen weist die Kontrollgruppe (376 genannte Beeinträchtigungen zu 428 Personen) somit eine wesentlich schlechtere gesundheitliche Disposition auf als die Programmgruppe (266 genannte Beeinträchtigungen zu 313 Personen). Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier Mehrfachnennungen möglich sind. Wie in der Programmgruppe leiden die Personen in der Kontrollgruppe am häufigsten unter Bewegungseinschränkungen: 27,6 % der Personen, die diese Frage beantwortet haben, gaben eine diesbezüglich positive Antwort. Darüber hinaus ist der Anteil der Personen, die unter Herz-/Kreislauf- (13,1 %) oder Stoffwechselerkrankungen (7,5 %) leiden, recht hoch. Im Übrigen wurde die Frage nach „sonstigen gesundheitlichen Problemen“ 129mal positiv beantwortet. Besonders häufig wurden in diesem Zusammenhang Osteoporose, Arthrose, Bronchitis, Krebs- sowie Rheumaerkrankungen genannt.

Die jüngsten Bewohner unter 21 Jahren leiden kaum unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In den folgenden Altersklassen steigt die Betroffenheit von chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen kontinuierlich an. Relativ zur Bewohnerzahl weisen die 80- bis 89-jährigen Bewohner die schlechteste gesundheitliche Disposition auf, auch die über 90-Jährigen müssen mit relativ vielen gesundheitlichen Einschränkungen zurechtkommen.

Abbildung 33: Chronische Krankheiten und Beeinträchtigungen in der Kontrollgruppe

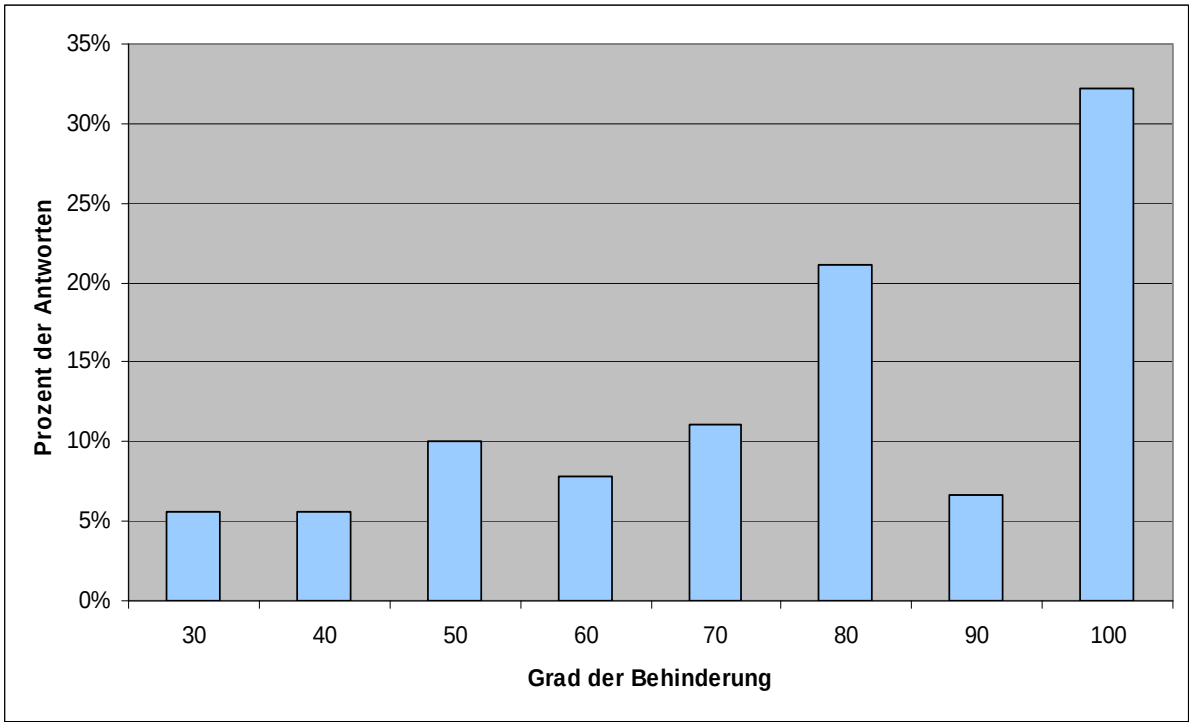


Stichprobengröße: 428 Personen. Die Frage nach Bewegungseinschränkungen beantworteten 322 Personen und jene nach einem bereits erlittenen Schlaganfall beantworteten 313 Personen.

Wie für die Programmgruppe bereits erfolgt, sollen auch die behinderten Personen in der Kontrollgruppe näher betrachtet werden (vgl. Abbildung 34). In den Haushalten der Kontrollgruppenbefragung leben insgesamt 94 Personen mit einer Behinderung, dies entspricht 22 % der Befragten. Im Gegensatz zur Programmgruppe sind die Bewohner unter 50 Jahren hier kaum betroffen. Zwölf behinderte Personen sind zwischen 50 und 65 Jahren alt. Unter den 66- bis 79-jährigen Befragten befinden sich 29 behinderte Personen, in der Altersklasse der 80- bis 89-Jährigen ist die Zahl der behinderten Befragten mit 42 am höchsten, in der höchsten Altersklasse geben sieben Personen eine Behinderung an.

Zwischen dem Grad der Behinderung und dem Alter lässt sich dabei nur ein bedingter Zusammenhang feststellen. Auffallend ist der hohe Anteil höherer Behinderungsgrade bei den 66- bis 89-Jährigen. Insbesondere die über 90-Jährigen sind von eher geringen Behinderungsgraden betroffen. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und dem Grad der Behinderung besteht somit nicht. Diese Beobachtung trifft ebenso auf die Personen in der Programmgruppe zu.

Abbildung 34: Grad der Behinderung in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 90 Personen.

Die Pflegebedürftigkeit in der Kontrollgruppe wurde bereits eingangs ausführlich (vgl. Abschnitt 3.3.4) beschrieben und wird deshalb an dieser Stelle nicht näher betrachtet.

Im Vergleich mit der Programmgruppe stellt sich der Gesundheitszustand der Kontrollgruppe wie folgt dar (vgl. Tabelle 6):

Tabelle 6**: Gesundheitszustand in der Programm- und Kontrollgruppe**

Variable	**Programmgruppe**	**Kontrollgruppe**
Subjektiver Gesundheitszustand		
sehr gut	18,15 %	29,29 %
gut	33,00 %	31,19 %
zufrieden stellend	27,72 %	23,81 %
weniger gut	14,52 %	9,76 %
schlecht	6,60 %	5,95 %
Krankheiten/Beeinträchtigungen	266	376
Behinderung	70	94

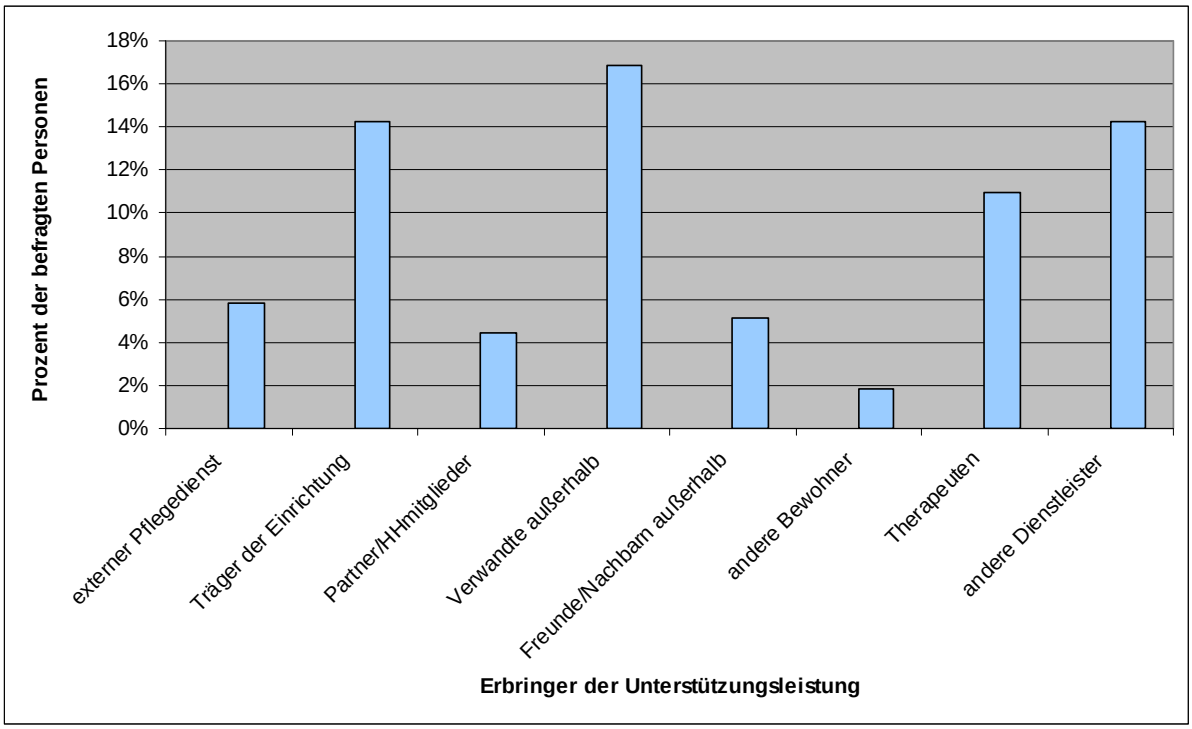
Angaben jeweils in Prozent der Antworten. Die Angaben zu Krankheiten und Behinderung sind absolute Werte.

3.3.6.3 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in der täglichen Lebensführung

Wie in der Programmgruppe haben die gesundheitliche Disposition, eine mögliche Behinderung sowie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Pflegestufe erheblichen Einfluss auf die in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen im Bereich der täglichen Lebensführung. Da sich die gesundheitliche Disposition der Kontrollgruppe schlechter als jene der Programmgruppe darstellt und die Zahl der Behinderungen und Pflegefälle relativ zur Zahl der befragten Personen über jenen der Programmgruppe liegt, sollte auch die Summe der in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen höher sein. Tatsächlich liegt die Zahl der in Anspruch genommenen Leistungen, auch relativ zur Zahl der befragten Personen, in der Kontrollgruppe über jener der Programmgruppe.

Im Vergleich zur Programmgruppe fällt auf, dass auch in der Kontrollgruppe die Hilfe außerhalb lebender Verwandter eine besondere Rolle spielt (vgl. Abbildung 35). 16,8 % der befragten Personen nehmen deren Unterstützung in Anspruch. Darüber hinaus, und dies stellt einen wesentlichen Unterschied zur Programmgruppe dar, werden die Dienste des Trägers der Einrichtung (14,3 %) sowie von Therapeuten (11 %) in hohem Umfang in Anspruch genommen. Personen innerhalb der Einrichtung bzw. der Nachbarschaft (Haushaltsmitglieder, Nachbarn, Freunde sowie andere Bewohner) spielen bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen offensichtlich eine weniger bedeutende Rolle. Wie in der Programmgruppe scheinen die befragten Personen damit recht gut versorgt zu sein. In der Kontrollgruppe gaben achtzehn Haushaltsvorstände an, dass sie oder andere Haushaltsmitglieder auf dringend benötigte Hilfen verzichten müssen. Der Anteil der Betroffenen liegt damit etwas höher als in der Programmgruppe.

Abbildung 35: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen in der Kontrollgruppe



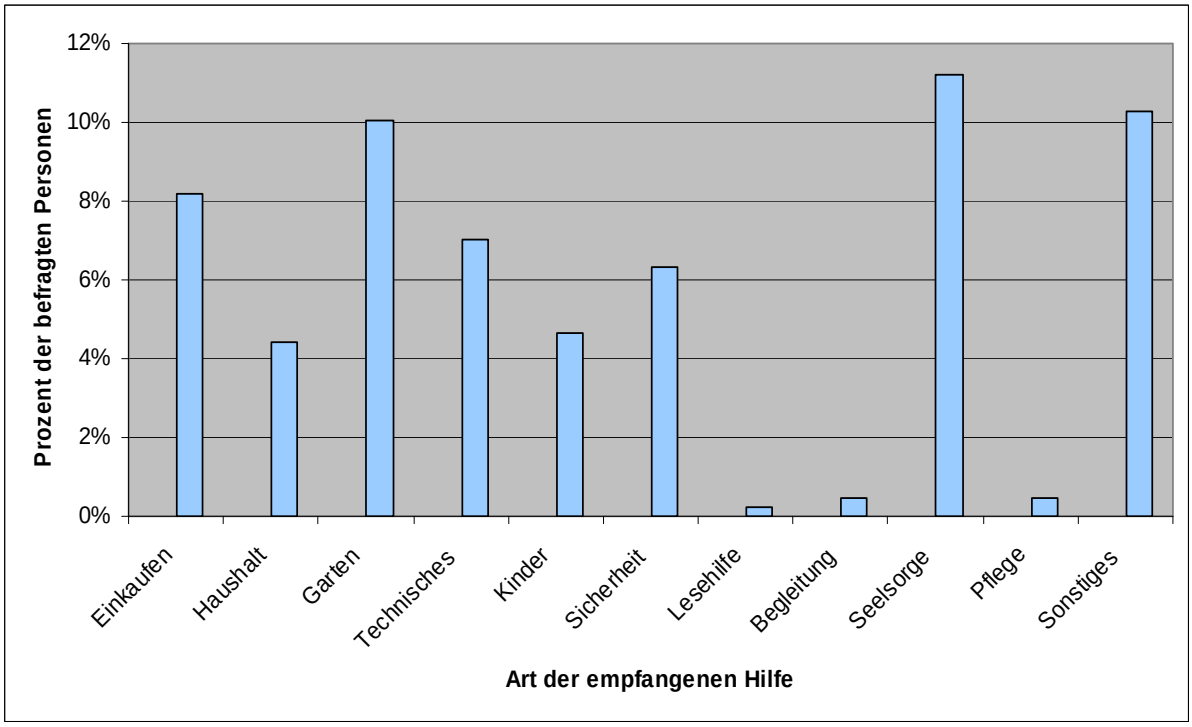
Stichprobengröße: 428 Personen.

3.3.6.4 In Anspruch genommene Unterstützungsleistungen in einem weiteren Sinne

Auch die Personen der Kontrollgruppe erhalten/leisten in einem wesentlichen Umfang Hilfe von/für andere Mitbewohner und Nachbarn.

Es fällt auf, dass die Gesamtzahl der Nennungen bzgl. der von anderen Bewohnern oder Nachbarn empfangenen Hilfen in der zahlenmäßig größeren Kontrollgruppe unter jener der Programmgruppe liegt. Darüber hinaus verschieben sich die Schwerpunkte, in denen Hilfe geleistet wird, im Vergleich (vgl. Abbildung 36).

Abbildung 36: Von anderen Bewohnern empfangene Hilfe in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 428 Personen.

In einigen Bereichen nehmen die Personen der Kontrollgruppe *relativ* mehr Hilfe als die Bewohner der Programmgruppenprojekte in Anspruch, in anderen Bereichen weniger. So erhalten 11,2 % der befragten Personen Hilfe im Bereich der Seelsorge, 10,1 % im Bereich der Garten-, Balkon- und Blumenpflege und 8,2 % beim Einkaufen. Wie in der Programmgruppe spielt die gegenseitige Unterstützung in der Pflege eine nur sehr geringe Rolle. Immerhin 44 Personen beantworteten die Frage nach sonstigen Hilfen, die nicht explizit im Fragebogen abgefragt wurden, positiv. Die Unterstützung durch andere Bewohner oder Nachbarn scheint in der Kontrollgruppe somit vielfältigere Formen anzunehmen. Interessanterweise nehmen die Personen aller Altersgruppen die Hilfen von Mitbewohnern oder Nachbarn in Anspruch, es ist keine Konzentration auf die ältesten Altersklassen festzustellen.

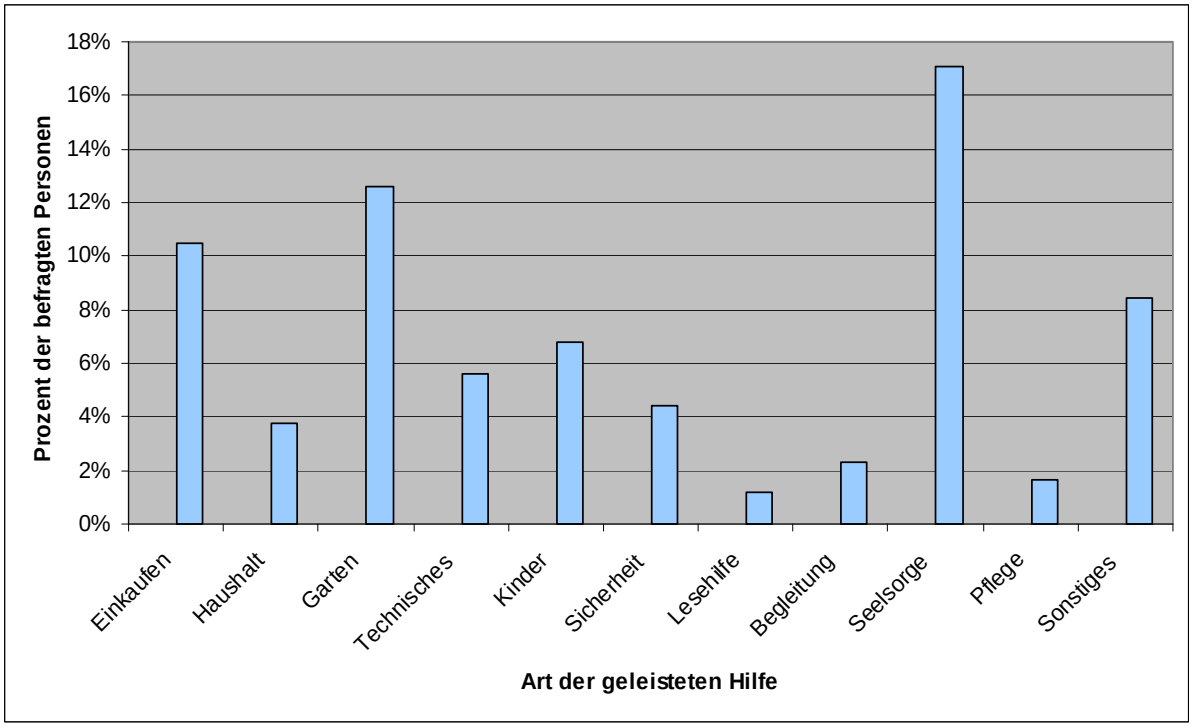
3.3.6.5 Für andere Bewohner geleistete Unterstützung in einem weiteren Sinne

Auch wenn es darum geht, selbst Hilfe für andere Bewohner zu leisten, fällt zunächst auf, dass die Zahl der Nennungen seitens der Befragten in der Kontrollgruppe (318) weit hinter jenen in der Programmgruppe (397) zurück bleibt. Es ist denkbar, dass aufgrund der schlechteren gesundheitlichen Disposition in der Kontrollgruppe das Erbringen solcher Hilfeleistungen nur schwieriger möglich ist. Darüber hinaus haben sich viele der Bewohner der Modellprojekte bewusst für einen Einzug in diese Häuser entschieden und dürften das hier propagierte Konzept der gegenseitigen Hilfe eher unterstützen.

Die Schwerpunkte im Bereich der für andere Mitbewohner oder Nachbarn geleisteten Hilfen sind im Vergleich zur Programmgruppe nur leicht verschoben (vgl. Abbildung 37). Die meisten Befragten helfen im Rahmen von Seelsorge (17,1 %), im Bereich der Garten-, Balkon- und Blumenpflege (12,6 %) sowie bei Einkäufen (10,5 %). Die unter 21-Jährigen sind, im Gegensatz zur Programmgruppe, kaum in die Erbringung von Unterstützungsleistungen involviert. Relativ zur Zahl der befragten Personen sind insbesondere die 21- bis 49-Jährigen am aktivsten, aber auch die 50- bis 65-Jährigen sowie die 66- bis 79-Jährigen erbringen relativ viele Hilfeleistungen. Für die Älteren nehmen die Aktivitäten in diesem Bereich erwartungsgemäß ab.

Analog zu der Befragung der Programmgruppe ergibt sich auch in der Kontrollgruppe eine Diskrepanz zwischen den empfangenen Hilfen (271 positive Nennungen) und den geleisteten Hilfen (318 positive Nennungen). Der für die Programmgruppe gelieferte Erklärungsansatz der Stichprobenverzerrung dürfte auch hier zutreffen.

Abbildung 37: Für andere Bewohner geleistete Hilfen in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 428 Personen.

Eine vergleichende Übersicht über die in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen in der Programm- und Kontrollgruppe liefert die folgende Tabelle 7:

Tabelle 7: Unterstützungsleistungen in der Programm- und Kontrollgruppe

Variable	Programmgruppe	Kontrollgruppe
Unterstützungsleistungen tägliche Lebensführung	199	315
Unterstützung von anderen Bewohnern	206	271
Unterstützung für andere Bewohner	397	318

Es ist jeweils die Gesamtzahl der positiven Nennungen aufgeführt.

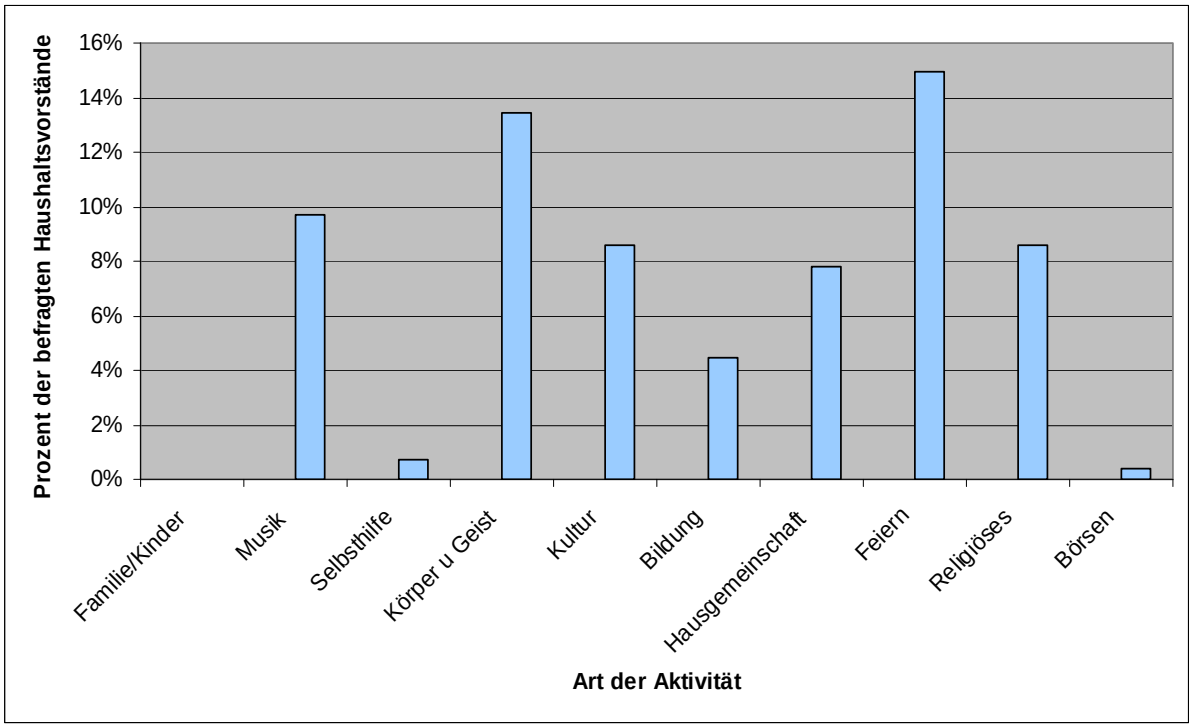
3.3.6.6 Gemeinsame Aktivitäten der Bewohner

Im Folgenden wird beleuchtet, inwiefern sich die Personen der Kontrollgruppe nicht nur untereinander helfen, sondern sich auch an gemeinsamen Aktivitäten mit den Mitbewohnern oder Nachbarn, wie Geselligkeit, Feiern, Kommunikation oder auch gemeinsames Kaffeetrinken, beteiligen. Auch hier werden indes nur die Antworten jener Haushaltsvorstände dargestellt, die angegeben haben, der entsprechenden Aktivität mindestens einmal im Monat nachzugehen.

Für die innerhalb der Modellprojekte organisierten Angebote liegt die Gesamtzahl der Nennungen in der Kontrollgruppe wiederum unter jener der Programmgruppe. Ein Grund hierfür ist sicherlich die hohe Zahl der in Tübingen geführten Interviews, wobei davon auszugehen ist, dass in losen Nachbarschaften (u.a. Mehrfamilienhäuser, freistehende Einfamilienhäuser, Reihenhäuser, Doppelhaushälften) tendenziell weniger Angebote organisiert werden, als im institutionell organisierten Kontext eines Pflegeheims bzw. einer Einrichtung des Betreuten Wohnens.

Abbildung 38 zeigt dennoch auch für die Kontrollgruppe eine gewisse Beteiligung an organisierten Angeboten innerhalb der entsprechenden Wohnanlage bzw. des Hauses. Besonders beliebt sind dabei Aktivitäten der Kategorien „Geselligkeit und Feiern“ (14,9 % der Haushalte), „Körper und Geist“ (13,4 %) sowie „Musik“ (9,7 %). Interessanterweise sind insbesondere die Angehörigen jener Haushalte, deren Haushaltsvorstand über 80 Jahre alt ist, an diesen gemeinsamen Aktivitäten beteiligt. Dies liegt in der Struktur der Stichprobe begründet. Wie bereits beschrieben, leben viele der älteren Haushalte in den Einrichtungen der Bremer Heimstiftung, die ein höheres organisiertes Angebot bereit halten dürfte als die Institutionen in St. Augustin und Tübingen.

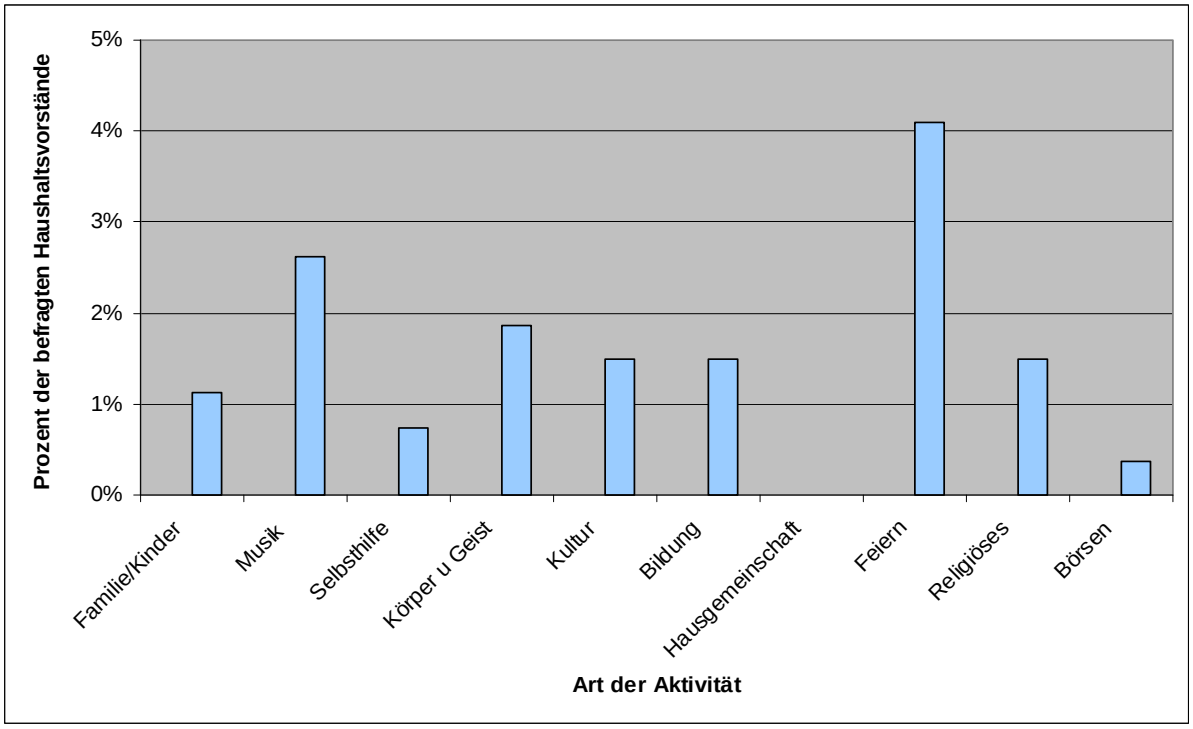
Abbildung 38: Aktivitäten innerhalb der Wohnanlage/des Hauses/des Nachbarschaftszentrums in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 268 Haushalte.

Auch in der Kontrollgruppe beteiligen sich deutlich weniger Haushalte an gemeinsamen Aktivitäten mit Nachbarn *außerhalb* der Häuser bzw. Wohnanlagen. 184 positiven Nennungen für Aktivitäten *innerhalb* der Wohnanlagen bzw. in der Nachbarschaft sowie in Nachbarschaftszentren o.ä. Einrichtungen stehen lediglich 41 positive Nennungen für Aktivitäten *außerhalb* der entsprechenden Institution gegenüber (vgl. Abbildung 39). Die Differenz ist somit deutlich größer als jene in der Programmgruppe, in welcher die Bewohner auch außerhalb der Häuser relativ viel gemeinsam unternehmen. Auch bei den Aktivitäten außerhalb der Anlagen werden „Geselligkeit und Feiern“ (4,1 %) von den Haushalten der Kontrollgruppe am häufigsten genannt. Darüber hinaus geben 2,6 % der Haushalte an, dass eines oder mehrere Haushaltsmitglieder regelmäßig mit Mitbewohnern oder Nachbarn musizieren. Außerhalb der gemeinschaftlichen Wohnanlagen sind erwartungsgemäß jene Haushalte mit Haushaltsvorständen im Alter von 21 bis 49 Jahren bzw. von 50 bis 65 Jahren am aktivsten. Die älteren Bewohner scheinen sich, wie die Personen in der Programmgruppe, eher an den Angeboten innerhalb der Wohnanlagen zu beteiligen.

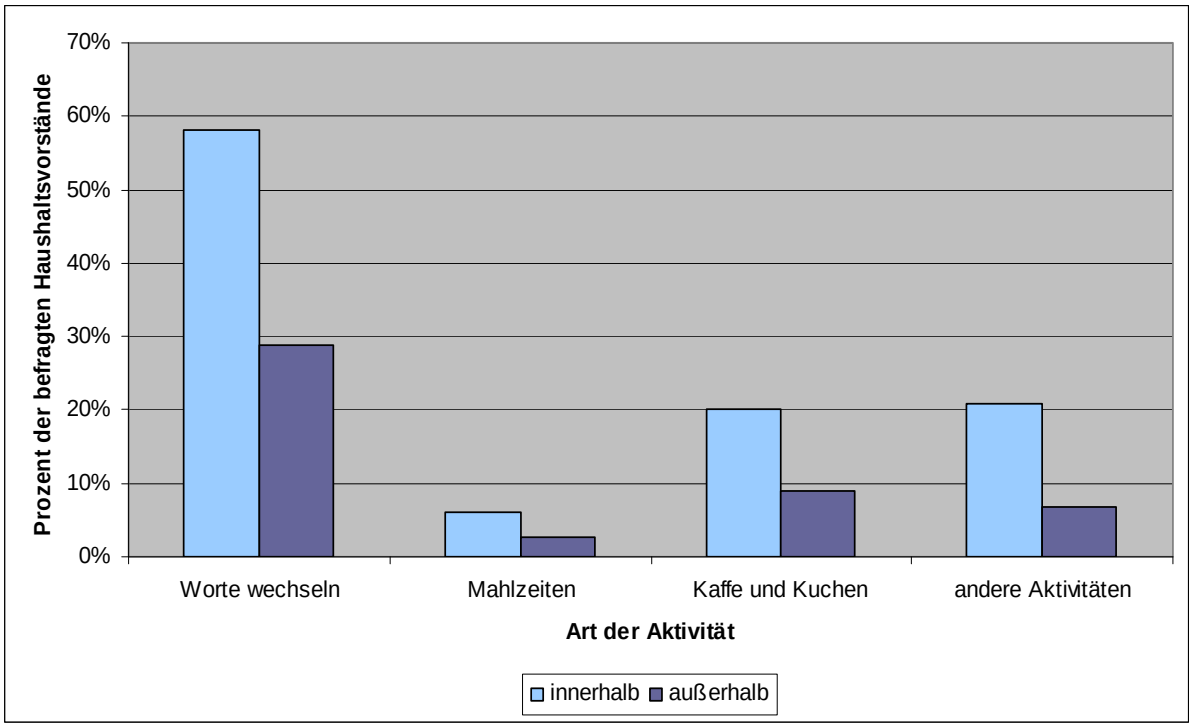
Abbildung 39: Aktivitäten mit Nachbarn außerhalb der Wohnanlage/des Hauses/des Nachbarschaftszentrums in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 268 Haushalte.

Die Struktur der *nicht institutionalisierten* gemeinsamen Aktivitäten unterscheidet sich in der Kontrollgruppe in einem wesentlichen Punkt von jenem in der Programmgruppe. Die Aktivitäten finden zwar zu einem geringeren Maße innerhalb der Wohnanlagen/Häuser/Nachbarschaftszentren statt, dafür aber zu einem deutlich höheren Anteil außerhalb (vgl. Abbildung 40). Insbesondere die Personen aus St. Augustin und Tübingen dürften einen Mangel an Gelegenheiten zu gemeinsamer Aktivität innerhalb der Wohnanlagen bzw. des Hauses dadurch ausgleichen, dass sie sich außerhalb mit ihren Nachbarn treffen. Die Antworten der Haushalte in der Kontrollgruppe belegen, dass auch hier das nachbarschaftliche Verhältnis „gut“ zu sein scheint: Die Mehrzahl der Haushalte wechselt bei Gelegenheit Worte miteinander. Darüber hinaus ist die Gesamtzahl der Nennungen bezüglich nicht institutionalisierter gemeinsamer Aktivitäten in der Kontrollgruppe (408) höher als in der Programmgruppe (373). Relativ zur Zahl der befragten Haushaltsvorstände ist die Teilnahme der Programmgruppenhaushalte aber intensiver.

Abbildung 40: Teilnahme an nicht institutionalisierten gemeinsamen Aktivitäten in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 268 Haushalte.

Vergleicht man die Programm- und Kontrollgruppe zusammenfassend bzgl. der gemeinsamen Aktivitäten, ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 8):

Tabelle 8**: Gemeinsame Aktivitäten in der Programm- und Kontrollgruppe**

Variable	**Programmgruppe**	**Kontrollgruppe**
Aktivitäten innerhalb der Einrichtung	279	184
Aktivitäten außerhalb der Einrichtung	93	41
Nicht institutionalisierte Aktivitäten	373	408

Es ist jeweils die Gesamtzahl der positiven Nennungen aufgeführt.

3.3.6.7 Motivation zum Einzug

Die Ergebnisse der Kontrollgruppenbefragung haben bisher gezeigt, dass sich diese Personen tendenziell in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung befinden und sich untereinander weniger Hilfe leisten als es die Befragten der Programmgruppe tun. Auch der Hilfemix

unterscheidet sich in wesentlichen Punkten voneinander. Diese Unterschiede sollten sich auch in abweichenden Gründen für den Einzug in die jeweilige Wohnung bzw. für den Wegzug aus dem vorhergehenden Haushalt widerspiegeln.

Die Antwortkategorien wurden den entsprechenden Umständen, in denen der jeweilige Haushalt lebt, angepasst. Dies bedeutet, dass bspw. Haushalte, die einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen andere Antwortmöglichkeiten hatten als die Personen, die in einem Pflegeheim leben. Deshalb ist eine Darstellung der gesammelten Antworten auf diese Fragen wenig aussagekräftig. Die Ergebnisse sind für jede einzelne Wohnsituation dem Anhang zu entnehmen.

3.3.6.8 Quartiersaspekte

Die Fragen nach den Quartiersaspekten wurden den stationär Pflegebedürftigen in der Kontrollgruppenbefragung nicht gestellt, um eine Überforderung zu vermeiden. Deshalb kann an dieser Stelle kein sinnvoller Vergleich mit den Ergebnissen der Programmgruppe erfolgen. Dennoch sollen die hier gewonnenen Erkenntnisse in Relation zur Gesamtheit der nicht stationär Pflegebedürftigen dargestellt werden, um einen Eindruck über die Austauschbeziehungen mit dem jeweiligen Quartier auch für die Befragten der Kontrollgruppe zu vermitteln. Die Unterteilung in Angebote aus dem öffentlichen Sektor, privatwirtschaftliche Angebote sowie Angebote aus dem nicht-gewinnorientierten gemeinwirtschaftlichen und kirchlichen Sektor (zusammenfassend: Dritter Sektor) wurde beibehalten. Darüber hinaus wird zwischen Angeboten im Viertel bzw. in der Gemeinde, auch als kleinräumige Angebote bezeichnet, und Angeboten in der Gesamtstadt bzw. nächsten Stadt, auch großräumig genannt, unterschieden.

Im Ergebnis (vgl. Abbildung 41 bis Abbildung 46) zeigt sich, dass erwartungsgemäß die privatwirtschaftlichen Angebote am intensivsten genutzt werden (655 Nennungen). Die öffentlichen Angebote (381 Nennungen) sowie die Angebote des dritten Sektors (225 Nennungen) folgen mit deutlichem Abstand dahinter.

Im öffentlichen Sektor besuchen die Befragten bevorzugt kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte, Vorträge) sowie Sportstätten und Schwimmbäder, dies gilt für die Angebote innerhalb des Quartiers genauso wie für die Angebote innerhalb der Gesamtstadt bzw. nächsten Stadt. Allerdings werden dieselben Angebote wesentlich häufiger in der Stadt wahrgenommen als im Quartier bzw. in der Gemeinde. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, da öffentliche Einrichtungen in der Regel in einer Gesamtstadt in größerer Zahl zu finden sind als in Teilgemeinden.

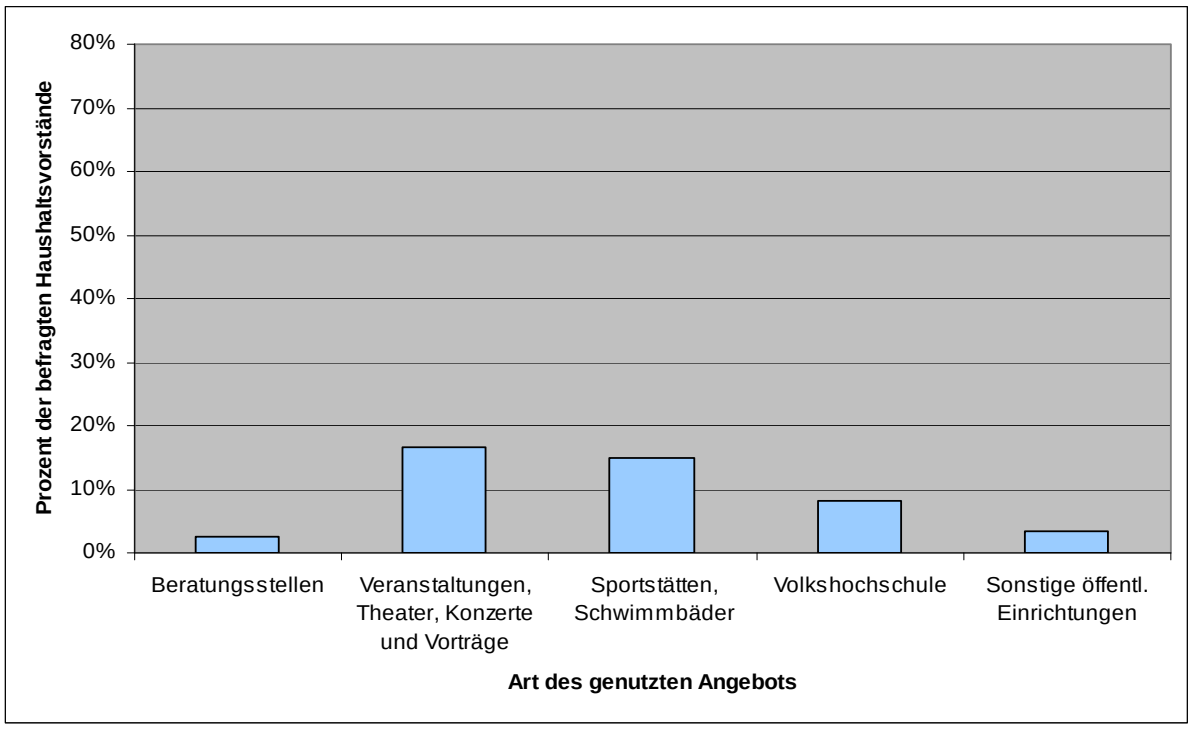
Ein ähnliches Bild bietet sich bei der Nutzung privatwirtschaftlicher Angebote. Hier werden der Einkauf von Lebensmitteln etc. sowie Besuche von Restaurants oder Cafes besonders häufig genannt. Auch hier werden die Angebote eher in der Gesamtstadt bzw. in der nächsten Stadt als im eigenen Quartier genutzt. Eine Ausnahme bildet hier erwartungsgemäß der Einkauf von Lebensmitteln, der eher im Quartier bzw. in der Gemeinde getätigt wird. Der Ein-

kauf von Lebensmitteln ist gleichzeitig unter allen Angeboten - ob öffentlich, privatwirtschaftlich oder vom dritten Sektor ausgehend – jenes, das am häufigsten wahrgenommen wird.

Auch für die Angebote des dritten Sektors ändert sich die bereits bekannte Verteilung nicht: Der Bezug ist wiederum eher großräumig, d.h. es werden insbesondere Angebote in der Stadt genutzt. Die einzige Ausnahme bildet hier der Kirchbesuch, auch dies ist zu erwarten gewesen. Alle anderen Aktivitäten (Besuch von Bildungseinrichtungen, Engagement in Vereinen etc. sowie sonstige Initiativen) werden in weitaus stärkerem Maße in der Stadt betrieben. Ein Grund dürfte hier wiederum sein, dass diese Angebote insbesondere in der Stadt und weniger im jeweiligen Quartier bereitgestellt werden.

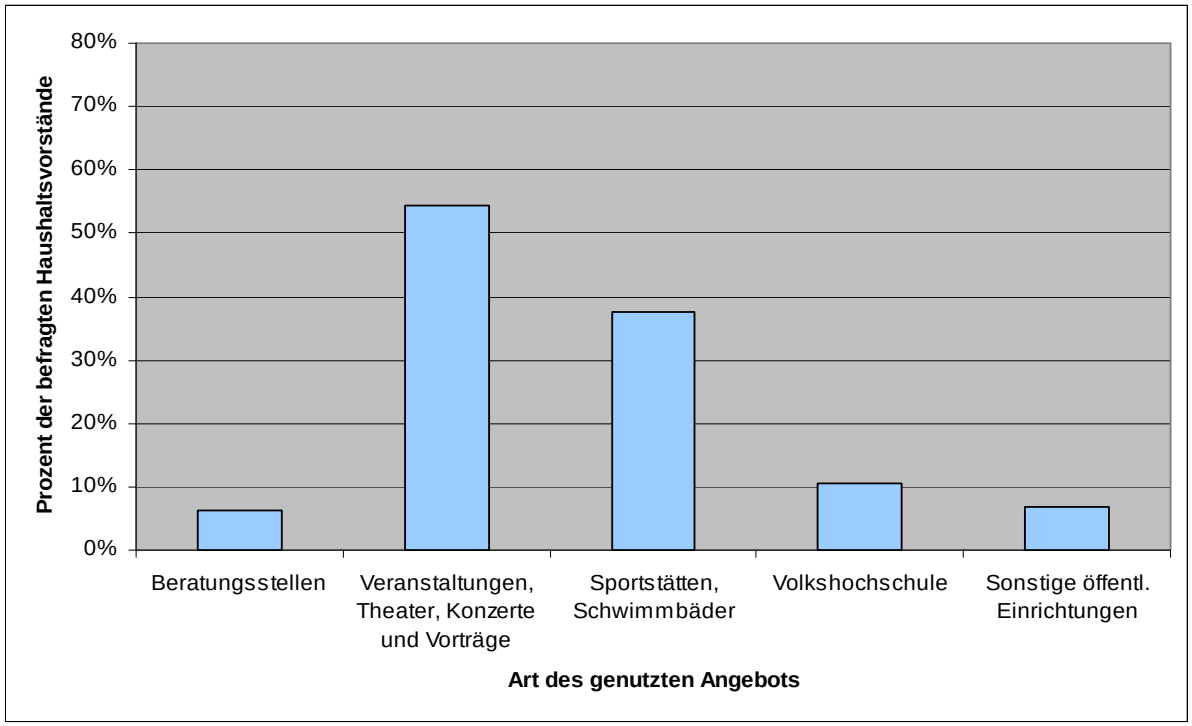
Die Quartiersnutzung der beiden Befragungsgruppen unterscheidet sich insofern, als dass die Haushalte der Kontrollgruppe verstärkt großräumige Angebote wahrnehmen. Die Programmgruppenhaushalte nutzen zu einem höheren Anteil die Angebote im Quartier bzw. in der Gemeinde, hier ist der Quartiersbezug eher kleinräumig. Diese Beobachtung ist für die Angebote aller drei Sektoren gültig.

Abbildung 41: Nutzung kleinräumiger öffentlicher Angebote in der Kontrollgruppe



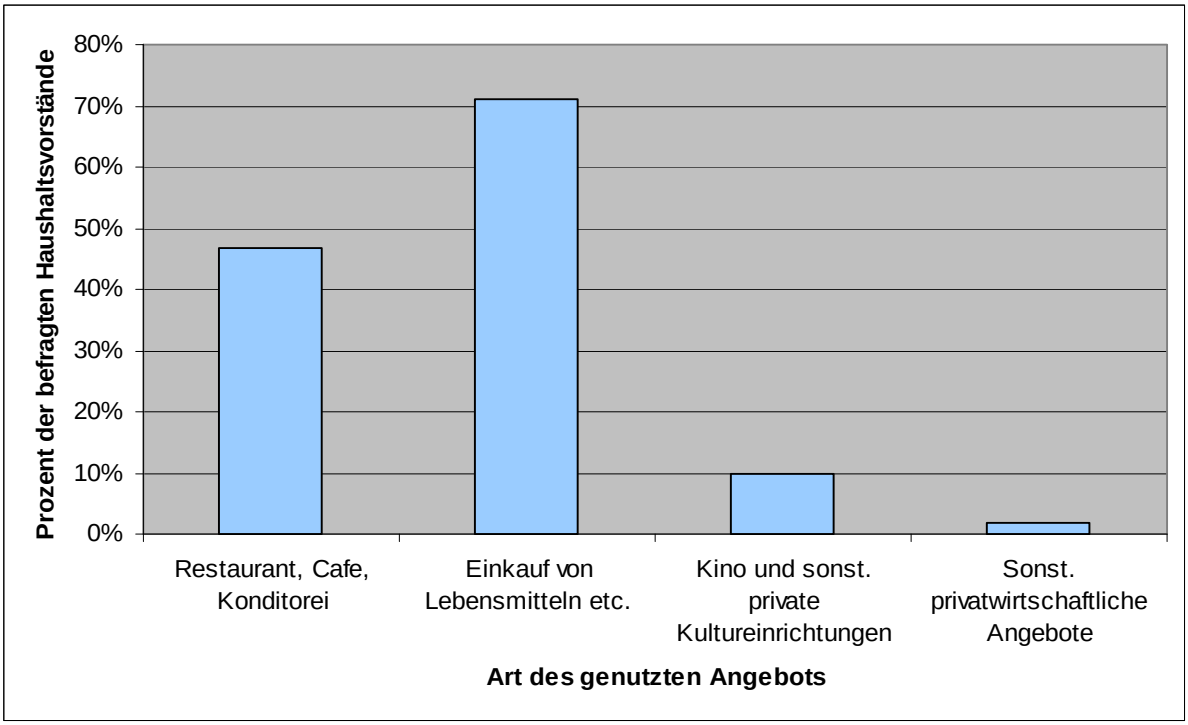
Stichprobengröße: 235 Haushalte.

Abbildung 42: Nutzung großräumiger öffentlicher Angebote in der Kontrollgruppe



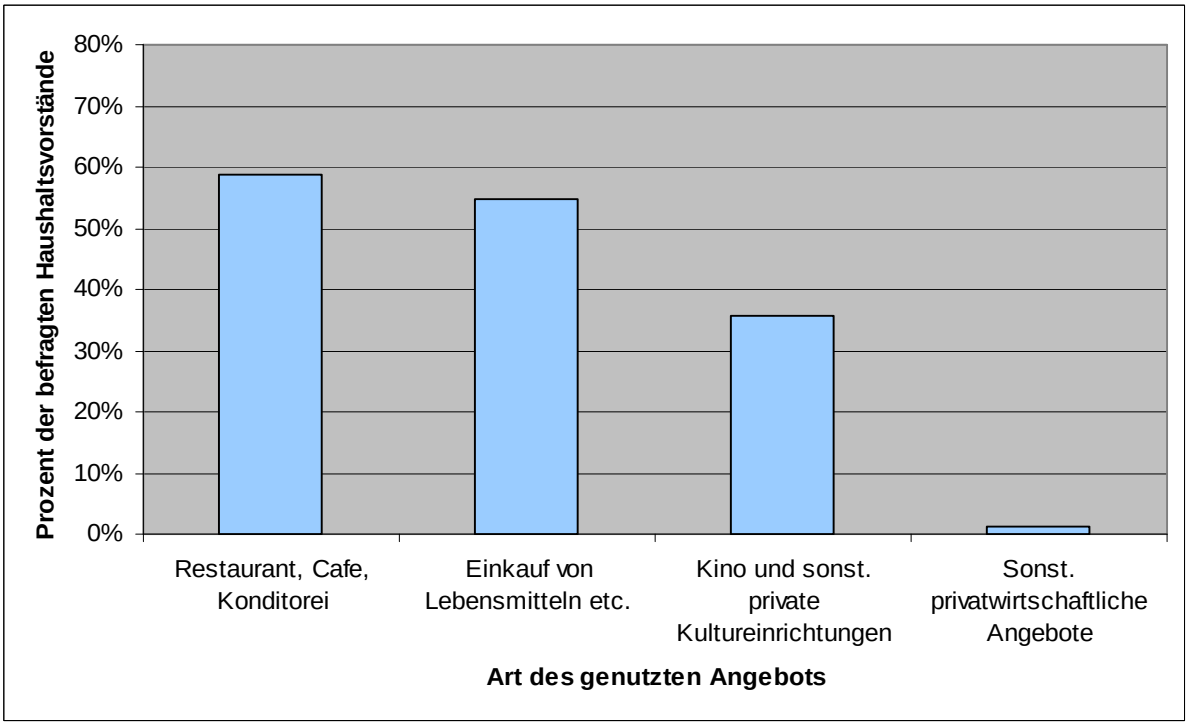
Stichprobengröße: 235 Haushalte.

Abbildung 43: Nutzung kleinräumiger privater Angebote in der Kontrollgruppe



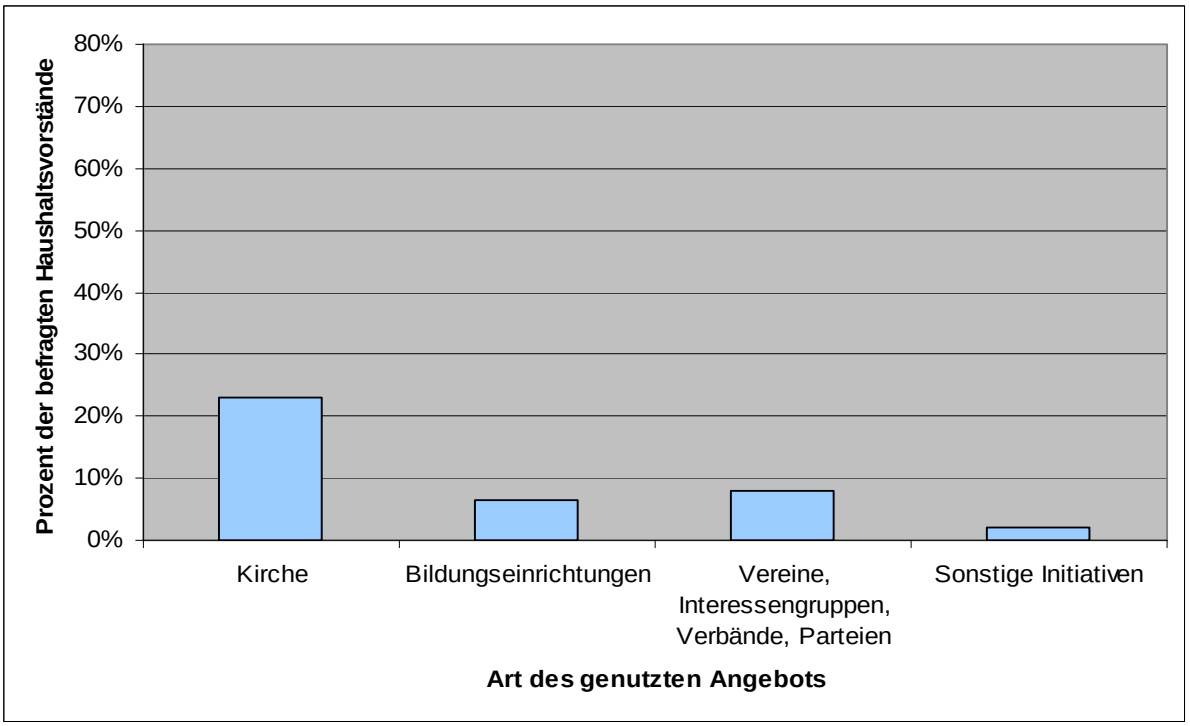
Stichprobengröße: 235 Haushalte. Die Frage nach der Nutzung von Restaurants, Cafes und Konditoreien wurde von 223 Haushalten beantwortet.

Abbildung 44: Nutzung großräumiger privater Angebote in der Kontrollgruppe



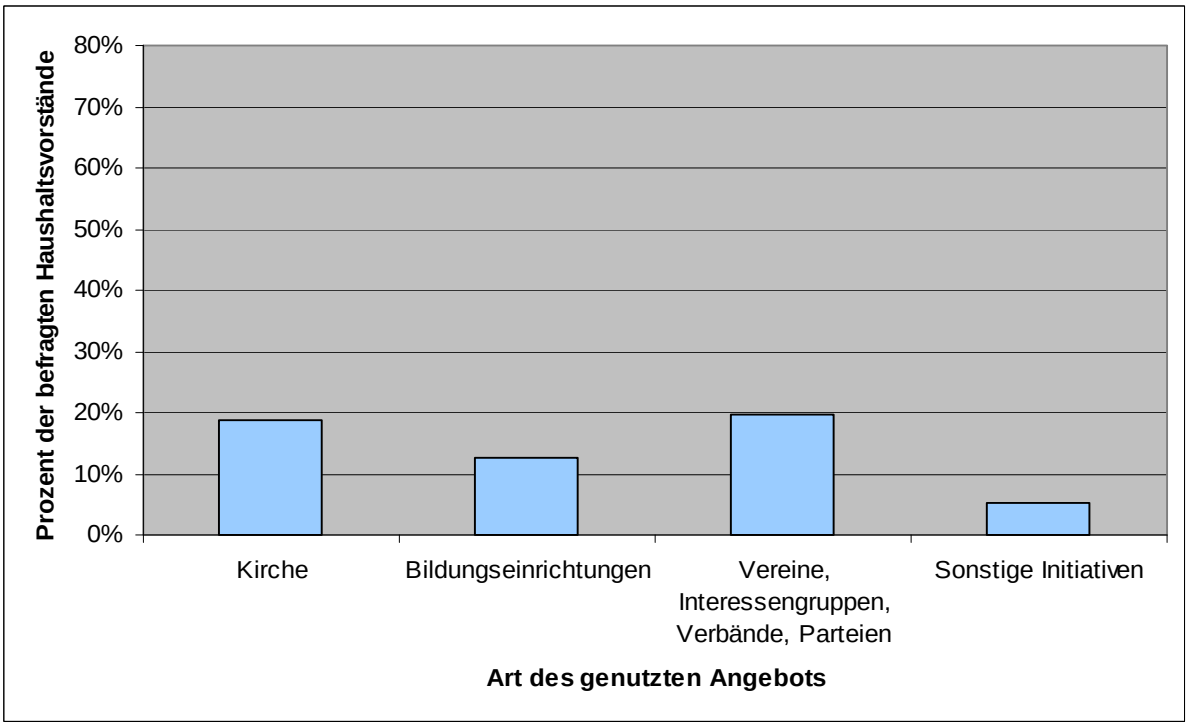
Stichprobengröße: 235 Haushalte.

Abbildung 45: Nutzung kleinräumiger Angebote des dritten Sektors in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 235 Haushalte.

Abbildung 46: Nutzung großräumiger Angebote des dritten Sektors in der Kontrollgruppe



Stichprobengröße: 235 Haushalte.

3.4 Betriebswirtschaftliche Analyse: Vorgehen und Methodik

Die betriebswirtschaftliche Analyse ist integraler Bestrandteil der SROI-Analyse und hat zum Ziel, einen betriebswirtschaftlichen Vergleich zwischen den Modellprojekten der Programmgruppe und den Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe zu ermöglichen.[11] Aus den hier ermittelten Daten errechnet sich, zusammen mit den Angaben aus der Bewohnerbefragung, die Höhe der einrichtungsspezifischen Unterstützungskosten je Bewohner.

Zu diesem Zweck wurden die Finanzierungsstrukturen der Projekte weitgehend vereinheitlicht, indem kalkulatorische Kapitalkosten unterstellt wurden. Einige Angaben der aufgestellten Kosten- und Leistungsrechnung stellen daher rein kalkulatorische Größen dar, die sich nicht in tatsächlichen Ein- und Auszahlungen wiederfinden lassen. Aus diesem Grund ist das *absolute* Kostenniveau bzw. Endergebnis der Berechnungen nicht aussagefähig für die *tatsächliche* betriebswirtschaftliche Rentabilität der Projekte, da in der Realität ganz andere als die unterstellten Kostenstrukturen vorliegen können: Entscheidend ist die Vergleichsmöglichkeit zwischen den Ergebnissen der Modellprojekten und den Ergebnissen der Kontrollgruppe auf einer einheitlichen Basis für die Finanzierungskosten und die am Markt erzielbaren Erträge für angelegte Gelder. Dies ist bei der Interpretation aller Zahlen zu beachten.

Für die weitere Analyse wurden für alle Projekte identisch strukturierte Aufstellungen über die Kosten und Leistungen[12] erstellt. Diese Aufstellungen sollen dabei eine durchschnittliche Periode des Projekts widerspiegeln, so dass außerordentliche Vorgänge keine Berücksichtigung finden. Die Analysen beruhen größtenteils auf Unterlagen der jeweiligen Träger. Von den Trägern wurden die erforderlichen Informationen zur jährlichen Kostenrechnung sowie zusätzliche Informationen zu Fremdfinanzierung und Subventionen inklusive Konditionen im Rahmen eines strukturierten Erhebungsbogens und ergänzender Detailabstimmungen mit den entsprechenden Ansprechpartnern abgefragt.

Die Bewertung der Finanzierungskosten und Leistungen im Bereich der Vorlaufkosten, Bauinvestitionen und einmaligen Subventionen erfolgt anhand von Opportunitätskosten. Diese werden über einen aktuellen Marktzins berechnet. Als Habenzins dient hierbei die Rendite von Bundeswertpapieren mit zehnjähriger Restlaufzeit. Zur Bewertung der Opportunitätskosten von Vorlaufkosten sowie erhaltener Subventionen wird der aktuelle Zinssatz zum Zeitpunkt der Berechnungen (4,65 Prozent p.a. am 27.06.2008 für das gesamte Projekt) verwendet. Für die Bewertung der Finanzierungskosten wurde eine durchschnittliche Eigen- und

---

[11] Für die befragten Privathaushalte in der Kontrollgruppe in Tübingen und St. Augustin wurde angenommen, dass die von den Haushalten angegebenen Kosten alle Kosten der in Anspruch genommenen Dienstleister decken. Sofern also – wie in Sankt Augustin – ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen wird, wird hier eine Kostendeckung im Durchschnitt aller Patienten unterstellt.

[12] Die Bezeichnungen in den Zahlungs- und Leistungsvorgängen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nicht entsprechend der betriebswirtschaftlichen Terminologie scharf getrennt.

Fremdkapitalfinanzierung von jeweils 50% unterstellt. Als Eigenkapitalzinssatz dient wiederum der gleiche Habenzinssatz. Der Fremdfinanzierungszins wird höher angesetzt, hier werden zur Rendite der Bundesanleihen noch 100 Basispunkte addiert. Für die Bewertung der Opportunitätskosten im Bereich der Finanzierung ergibt sich somit insgesamt ein Zinssatz in Höhe der Rendite von Bundeswertpapieren plus 50 Basispunkte (5,15 Prozent p.a.).

Die Aufwendungen für Instandhaltung sind in den angegebenen Abschreibungen enthalten. Als Berechnungsgrundlage für die Abschreibungen dienen die Gebäudekosten (Anschaffung, Herstellung und Umbau). Die verschiedenen Träger haben hierfür einen jährlichen Durchschnittswert von rund 2 Prozent veranschlagt.

Zur Bewertung von Zinssubventionen, beispielsweise durch vergünstigte Kredite im Rahmen des Sozialen Wohnungsbaus, wurden die Zahlungsströme des Kredits erstellt und daraus die durchschnittlichen Zinszahlungen pro Jahr über die gesamte Kreditlaufzeit berechnet. Als Vergleich wurden unter sonst gleichen Bedingungen die Zahlungsströme bei einem alternativen Marktzins erstellt. Als Marktfinanzierungszins wurde die Rendite von Bundeswertpapieren mit zehnjähriger Restlaufzeit zum Auszahlungszeitpunkt des Kredits plus 100 Basispunkte verwendet. Für diesen Vergleichskredit wurden wiederum die durchschnittlichen jährlichen Zinszahlungen über die Kreditlaufzeit berechnet. Der Wert der Zinssubventionen bestimmt sich bei dieser Methode über die Differenz der jährlichen Zinszahlungen des Vergleichskredits und des tatsächlichen verbilligten Kredits. Sofern diesen Subventionswerten entsprechende Sozialbindungen gegenüberstehen, z.B. in Form von gebundenen Mieten, wurden die Zinssubventionen als zusätzliche Einnahme gebucht. In allen anderen Fällen, beispielsweise bei der Einbringung kostenloser Grundstücke oder Spenden, wurden die entsprechenden Beträge mit kalkulatorischen Opportunitätskosten verzinst und kein Subventionswert auf der Einnahmeseite des Projektes ausgewiesen, da ihm keine verminderten Einnahmen gegenüberstehen.

Aus der Kostenaufstellung folgt für jede Einrichtung ein bestimmter jährlicher Überschuss bzw. Fehlbetrag. Dieser wird, um die Ergebnisse der untersuchten Projekte vergleichbar zu machen, jeweils noch auf die Bewohnerzahl (pro Kopf) und die Wohnfläche (pro m²) umgerechnet. Die vorliegenden Kostenaufstellungen wurden zur Plausibilitätsüberprüfung mit dem jeweiligen Träger abgestimmt.

Ansprechpartner war beim „Haus im Viertel“ und den Einrichtungen Stiftungsdorf Fichtenhof, Stiftungsdorf Hollergrund und Stadteilhaus Huchting in Bremen Herr Geier von der Bremer Heimstiftung, die Daten sind abgestellt auf das Jahr 2007. Für das Projekt „Heinrichstraße“ in Bielefeld stellten Frau Wolf-Meyer die Daten des Evangelischen Johanneswerks und Herr Stede die Daten der BGW bereit, die Berechnungen basieren auf den Daten des Jahres 2007. Die Daten für die Kostenrechnung der „Lebensräume für Jung und Alt“ der Stiftung Liebenau stammen von Herrn Kuhn, Herrn Schyra und Herrn Schiele. Die Daten basieren auf

dem Jahr 2006. Herr Wilhelm von der CBT stellte für das Projekt „Mehrgenerationenwohnhaus“ in Wipperfürth die erforderlichen Informationen für das Jahr 2007 bereit.[13]

3.5 Matching von Programm- und Kontrollgruppe

3.5.1 Beschreibung des methodischen Ansatzes

Die vorliegende Studie untersucht, ob sich das Leben und Wohnen in den vorstehend beschriebenen Modellprojekten auf den Hilfebedarf unterstützungsbedürftiger Mitbewohner, die Mittel, mit denen dieser Hilfebedarf gedeckt und die damit verbundenen Kosten auswirkt. Darüber hinaus wird eine Reihe weiterer Ergebnisvariablen betrachtet, die die Wohn- und Lebensqualität, das nachbarschaftliche Miteinander und die Nutzung der Angebote im Wohnquartier betreffen.

In methodischer Hinsicht sieht sich ein solches Vorhaben vor das Problem gestellt, dass die in den Modellprojekten lebenden Menschen nur in eben dieser Wohnsituation befragt werden können und keine vergleichende Beobachtung in einer anderen, als Referenzsituation dienenden Wohnsituation für *dieselbe* Person vorliegt.

In formaler Schreibweise kann dieses Problem wie folgt dargestellt werden:

$$ATT = E(T_i \mid D_i = 1) = E[Y_i(1) \mid D_i = 1] - E[Y_i(0) \mid D_i = 1]$$

Der zu messende Effekt (üblicherweise bezeichnet als ATT = „Average Treatment Effect on the Treated“) ergibt sich theoretisch als Differenz aus dem Ergebnis Y(1), das für Person i aus der Gruppe der Bewohner der Modellprojekte (D_i=1) beobachtet werden kann, abzüglich des Ergebnisses Y(0), das beobachtet werden könnte, wenn diese Person nicht in der Einrichtung wäre.

Um für diese kontrafaktische Situation statistisch gesicherte Aussagen über Effekte von Maßnahmen ableiten zu können, bedient man sich in der ökonometrischen Wirkungsanalyse sogenannter Matching-Modelle[14]: In diesen Modellen werden die Ergebnisse möglichst ähnlicher

---

[13] Wir danken den Ansprechpartnern für ihre Kooperation bei der Ermittlung und Aufbereitung der Daten. Als Basis für die Berechnungen dienen die tatsächlichen Kostenrechnungen am aktuellen Rand, die von den Einrichtungen aus unterschiedlichen Jahren zur Verfügung gestellt wurden. Das Ziel der Untersuchung ist es jedoch, die Kostenrechnung einer durchschnittlichen Periode darzustellen. Daher wurden außerplanmäßige Vorgänge einzelner Jahre nicht berücksichtigt und die Werte mit den Einrichtungen abgesprochen, damit ein durchschnittliches Jahr abgebildet werden kann. Somit kommt es zu keiner Beeinträchtigung der Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Basisjahre der Daten.

[14] Vgl. grundlegend Rosenbaum/Rubin (1983), für anwendungsorientierte Übersichten Caliendo/Kopeing (2005), Deheija/Waba (2002).

Personen miteinander verglichen, die sich in verschiedenen Situationen befinden (in unserem Fall also: entweder in einem der Modellprojekte wohnen oder eben nicht).

Um zu statistisch validen Ergebnissen zu kommen, muss eine wichtige Voraussetzung erfüllt sein: Die erwarteten Ergebnisse dürfen nicht allein durch die Zugehörigkeit zur Programmgruppe (= in den Modellprojekten wohnende Personen, $D_i=1$) oder Kontrollgruppe (= nicht in den Modellprojekten Wohnende, $D_i=0$) beeinflusst werden (*Annahme der bedingten Unabhängigkeit, üblicherweise bezeichnet mit CIA = Conditional Independence Assumption*). Unterstellt wird damit, dass die Zuordnung zur Programmgruppe und zur zum Vergleich herangezogenen Kontrollgruppe rein zufällig ist und nur von Merkmalen abhängt, die im ökonometrischen Matchingverfahren (genauer: im Merkmalsvektor X) berücksichtigt werden.

In formaler Schreibweise ist die Annahme der bedingten Unabhängigkeit gegeben, wenn gilt:

$$Y_i(1), Y_i(0) \coprod D_i \mid X_i, \forall X$$

Ob diese Annahme erfüllt ist, kann nur bedingt durch statistische Tests belegt werden: Insbesondere kann geprüft werden, ob sich die Mittelwerte für die im Matching-Prozess berücksichtigten Variablen im Vektor X für die am Matching-Prozess beteiligten Personen in Programm- und Kontrollgruppe nicht mehr signifikant voneinander unterscheiden.

Eine weitere wichtige Annahme ist die des *Common Support*: Damit ist gemeint, dass unter Berücksichtigung des Merkmalsvektors X alle in das Matching einbezogenen Fälle die Wahrscheinlichkeit größer als 0, aber auch kleiner als 1 sein muss, zu einer der beiden Gruppen (Programm- oder Kontrollgruppe) zu gehören. In formaler Schreibweise:

$$0 < P(D = 1 \mid X) < 1$$

In der Praxis hat sich eine Reihe von Matchingverfahren etabliert, die sich im Detail vor allem darin unterscheiden, wie viele Kontrollbeobachtungen einer bestimmten Beobachtung in der Programmgruppe zugeordnet werden und wie diese Beobachtungen gewichtet werden. Üblicherweise kann man davon ausgehen, dass es nur sehr wenige Personen mit vollkommen identischen Merkmalen gibt, die miteinander verglichen werden können. Dieses Problem wird umso gravierender, je mehr Merkmale berücksichtigt werden müssen. Um dieses Problem der Multidimensionalität zu reduzieren, wird üblicherweise eine Maßzahl errechnet, die die Wahrscheinlichkeit dafür angibt, dass eine bestimmte Person an einer Maßnahme teilnimmt (in unserem Fall: in einem der Modellpprojekte wohnt.) Dieser „Propensity Score“ wird dann benutzt, um Beobachtungen in der Programmgruppe mit Beobachtungen in der Kontrollgruppe zu vergleichen.

Im Idealfall würden nur Personen mit identischen Propensity Scores miteinander verglichen. Diese starke Restriktion würde i.d.R. aber zum Verlust vieler Beobachtungen führen, da ein solches exaktes Matching oft nicht möglich ist. Aus diesem Grund werden in der Praxis auch

ähnliche Propensity Scores zum Matching herangezogen. Die verschiedenen Matching-Verfahren unterscheiden sich vor allem darin, wie diese Ähnlichkeit definiert wird.

Unterschieden werden hier im Wesentlichen

- das Nearest-Neighbour-Verfahren: Hier wird die Person mit dem jeweils nächst größeren oder nächst kleineren Propensity-Score zum Vergleich herangezogen. Dieses Verfahren kann allerdings dann, wenn der Nearest-Neighbour weit entfernt liegt, zu schlechten Resultaten führen.
- das Caliper-Matching: Um die oben genannte Problematik zu verringern, werden beim Caliper-Matching nur Nearest-Neighbours, deren Propensity Scores in einem bestimmten Radius um den Propensity Score liegt, zum Matching herangezogen. Das Caliper-Matching führt allerdings aufgrund dieser Restriktion möglicherweise zu einer zu geringen Zahl an verfügbaren Beobachtungen.
- das Radius-Matching: In der Variante des Radius-Matching werden *alle* Personen der Kontrollgruppe, deren Propensity Score in einem bestimmten Radius um den Propensity Score der Programmgruppen-Person liegt, berücksichtigt. Dieses Verfahren hat den Vorteil, dass zum einen das Risiko schlechter Matches wegen der Begrenzung auf den Radius verringert wird, zum anderen aber möglichst viele Beobachtungen zum Vergleich herangezogen werden und damit individuelle Besonderheiten an Bedeutung verlieren.
- das Kernel Matching: Hier werden alle Beobachtungen der Kontrollgruppe einbezogen und entsprechend ihres Abstandes im Propensity Score zur entsprechenden Beobachtung in der Programmgruppe gewichtet.

Bei allen Verfahrens können im Rahmen von Robustheitstests verschiedene Parameter variiert werden, u.a. ob Beobachtungen in der Kontrollgruppe mehrfach zum Vergleich herangezogen werden (Replacement) und ob bestimmte Bereiche der Verteilung des Propensity-Scores nicht berücksichtigt werden (Trimming).

In der Praxis werden die Ergebnisse üblicherweise durch Anwendung verschiedener Matching-Verfahren auf Robustheit überprüft. Die Ergebnisse werden umso ähnlicher sein, je größer die Überlappung in der Dichteverteilung der Propensity Scores zwischen Programm- und Kontrollgruppe ist.[15]

[15] Vgl. Deheija/Waba (2002:54).

3.5.2 Praktische Umsetzung des Matchings im SONG-Projekt

3.5.2.1 Schätzung des Propensity-Scores in verschiedenen Abgrenzungen

In unserer praktischen Umsetzung des Vergleichs zwischen Programm- und Kontrollgruppe wurden vier verschiedene Varianten berechnet, die sich hinsichtlich der einbezogenen Altersgruppen und hinsichtlich der Variablen, die für die Berechnung der Propensity-Scores herangezogen werden, unterscheiden.

Grundsätzlich wurde differenziert zwischen der Betrachtung der gesamten Stichprobe und einer Teilstichprobe für die Personen, die 50 Jahre alt und älter sind (im Folgenden vereinfacht als die über 50-Jährigen bezeichnet). Mit dieser Unterscheidung tragen wir der Ausrichtung der Analyse auf den Unterstützungsbedarf älterer Personen Rechnung, ohne zugleich die Gesamtperspektive auf alle Bewohner der Modellprojekte und ihre entsprechenden Vergleichsgruppen zu vernachlässigen. Diese Altersgrenze wurde sowohl aus inhaltlichen als auch aus statistischen Erwägungen gewählt: Zum einen wurden ab diesem Alter verstärkt gesundheitliche Beeinträchtigungen genannt und der Unterstützungsbedarf steigt entsprechend tendenziell an, gleichzeitig besteht aber üblicherweise noch die Möglichkeit, sich aktiv in die Gemeinschaft einzubringen Die so abgegrenzte Gruppe ist andererseits groß genug, um vergleichende Untersuchungen durchführen und signifikante Effekte aufzeigen zu können. Eine Beschränkung auf noch Ältere wäre wegen der dann kleinen Stichprobengröße statistisch problematisch gewesen.

Darüber hinaus wurden die Propensity Scores in zwei unterschiedlichen Varianten berechnet, die sich hinsichtlich ihrer Annahmen unterscheiden:

- Variante 1 bezieht als erklärende Variable für die Zuordnung zur Programmgruppe oder zur Kontrollgruppe Daten zum Gesundheitszustand und Pflegebedarf ausschließlich *vor dem Einzug* in die Projekte bzw. Einrichtungen ein.
- Variante 2 bezieht als erklärende Variable für die Zuordnung zur Programmgruppe oder zur Kontrollgruppe Informationen zum Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf ausschließlich *zum Befragungszeitpunkt* ein.

Variante 1 unterstellt, dass ggf. beobachtbare Abweichungen in Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf *nach dem Einzug* den Vergleich zwischen den Stichproben nicht verzerren, da vor dem Einzug keine signifikanten Unterschiede vorgelegen haben. Es wird also unterstellt, dass ggf. beobachtbare Unterschiede in Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf mit der unterschiedlichen Wohn- und Lebenssituation in Programm- und Kontrollgruppe begründet werden können. Noch einmal konkret formuliert: Wenn z.B. beobachtet werden kann, dass die Bewohner der Programmgruppe gesünder sind und einen geringeren Pflegebedarf (gemessen an der Pflegestufe) haben als in der Kontrollgruppe, obwohl die Ausprägungen der entsprechenden Variablen vor dem Einzug keine signifikanten Unterschiede aufweisen, so würde

dieser positive Effekt in Variante 1 den positiven Einflüssen des Wohn- und Lebensumfeldes zugerechnet.

Die Verwendung von Variante 2 impliziert hingegen, dass die gesundheitliche Entwicklung und die Entwicklung des Pflegebedarfs weitgehend unabhängig vom Umfeld sind. Wenn Unterschiede zum Befragungszeitpunkt zu beobachten sind, so sind sie darauf zurückzuführen, dass entsprechende Entwicklungen in der Tendenz schon angelegt waren, aber zum Einzugszeitpunkt noch nicht manifest waren. Beispielsweise könnte angenommen werden, dass sich Personen bei einer möglicherweise drohenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eher für eine der Kontrollgruppeneinrichtungen entschieden haben als für eines der Programmgruppenmodelle und daher die gesundheitliche Entwicklung in der Kontrollgruppe schlechter als in der Programmgruppe verläuft.

Darüber hinaus sind die Verweildauern unterschiedlich. Insbesondere lebt ein Teil der in den eigenen Haushalten wohnenden Personen sehr viel länger in ihrer Wohnung als die in den Modellprojekten oder in Einrichtungen der Altenhilfe und –pflege in der Kontrollgruppe Wohnenden. Insofern ergeben sich Verzerrrungen in den Ergebnissen, wenn für diese Haushalte der Gesundheitszustand und Pflegebedarf vor Einzug als Referenz herangezogen wird. Andererseits handelt es sich bei den Personen, die im eigenen Haushalt leben, ohnehin um diejenigen mit dem tendenziell besten Gesundheitszustand. Aus diesem Grund wurden verschiedene Sensitivitätsrechnungen durchgeführt, in denen entweder der Krankheits- und Pflegestatus vor Einzug der im eigenen Haushalt wohnenden Personen in der Kontrollgruppe gar nicht berücksichtigt wurde (stattdessen der Krankheits- und Pflegestatus zum Befragungszeitpunkt), oder alternativ die vor 1995 und 2000 liegenden Einzugsjahrgänge nicht berücksichtigt wurden. Es ergaben sich jedoch immer weitgehend ähnliche Ergebnisse.

Zusammenfassend: Wenn die gesundheitliche Entwicklung der Bewohner in der Programmgruppe besser als in der Kontrollgruppe verläuft, so würde Variante 2 bezüglich des Kostenvergleichs zwischen Programm- und Kontrollgruppe tendenziell zu geringeren Differenzen führen als Variante 1. Variante 2 kann damit als Robustheitstest für die Resultate von Variante 1 unter der Annahme angesehen werden, dass wir nicht alle Varianzen der gesundheitlichen Disposition vor Einzug in unserer Erhebung erfassen können, Verzerrungen durch unterschiedliche Verweildauern auftreten und/oder die beobachtbaren Unterschiede in der gesundheitlichen Entwicklung exogen determiniert sind.

3.5.2.2 Einbezogene Variablen

Der Propensity-Score wurde mit Hilfe eines Probit-Modells geschätzt, in das als erklärende Variablen eingingen:

- Alter (in Jahren)
- Geschlecht (Dummyvariable, die die Ausprägung 1 für Frauen und 2 für Männer aufweist)
- Anzahl der Kinder bis 10 Jahre im Haushalt
- Haushaltsgröße (Anzahl Personen)
- Berufliche Qualifikation (als Dummyvariable, die die Ausprägung 1 aufweist, wenn der Haushaltsvorstand hochqualifiziert ist, sonst 0)[16]
- Einkommen (in fünf Einkommensklassen)
- Summe vorhandener schwerwiegender körperlicher Beeinträchtigungen (alternativ: vor Einzug oder zum Zeitpunkt der Befragung, Anzahl der Nennungen)
- Pflegestufe (alternativ: vor Einzug oder zum Zeitpunkt der Befragung)
- Grad der Behinderung (in Prozent)
- Vorhandensein bürgerschaftliches Engagements vor Einzug[17] (Dummyvariable, die die Ausprägung 1 aufweist, wenn der Haushaltsvorstand entsprechendes Engagement aufweist, sonst 0)
- Dummyvariablen für die Art des tatsächlichen Wohnorts (Kontrollgruppe) bzw. des gewünschten alternativen Wohnorts (Programmgruppe). Diese Variablen weisen den Wert 1 auf, wenn die Befragten in der Programmgruppe einen bestimmten alternativen Wohnort (Betreutes Wohnen oder Alten-/Pflegeheim) angegeben haben, sonst 0. [18]

Damit wurde eine Reihe soziodemographischen Variablen berücksichtigt, die theoretisch die Wahrscheinlichkeit eines Einzugs in eines der Modellprojekte beeinflussen können. Neben Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße und Zahl der (kleinen) Kinder sind hier insbesondere die

---

[16] Hohe Qualifikation wurde hier definiert als Meister/Techniker- oder vergleichbarer Fachschulabschluss bzw. akademischer Abschluss (Universität/Fachhochschule)

[17] In Bezug auf die Mitglieder der Kontrollgruppe, die nicht in Einrichtungen der Altenpflege oder des Betreuten Wohnens, sondern im eigenen Haushalt leben, sofern der Einzug weniger als 5 Jahre zurückliegt. Für die Fälle mit einem früheren Einzugsdatum wurden die Ausprägungen der Variable „Engagement (zum Befragungszeitpunkt) vorhanden“ eingesetzt.

[18] Die entsprechende Frage lautete: Wo würden Sie wohnen, wenn Sie nicht in dieser Wohnanlage wohnen könnten? In einem Alten- oder Pflegeheim, im Betreuten Wohnen, allein im eigenen Haushalt bzw. in einem Haushalt mit Verwandten oder Freunden) Als Referenzsituation, die nicht mit einer separaten (weil linear abhängigen Dummyvariable) gekennzeichnet werden muss, dient das Wohnen im eigenen Haushalt bzw. in einem Haushalt mit Verwandten oder Freunden.

Gesundheitsvariablen potenziell wichtig, da eine bestimmte gesundheitliche Disposition insbesondere Ältere zu einem Einzug in eines der betrachteten Projekte veranlassen könnte. Auch die Variablen zur alternativen Wohnsituation (Programmgruppe) bzw. zur tatsächlichen Wohnsituation (Kontrollgruppe) spiegeln zum Teil die gesundheitliche Disposition, zum Teil aber auch das Vorhandensein und die individuelle Präferenz entsprechender Alternativen wider. Mit der Variablen „Bürgerschaftliches Engagement vor Einzug" wird berücksichtigt, dass sich möglicherweise besonders Personen mit ausgeprägtem Gemeinschaftssinn bevorzugt für einen Einzug in die Modellprojekte entscheiden. Diese Variable kontrolliert also für ansonsten unbeobachtete Heterogenität in der Stichprobe.

Tabelle 9 bis Tabelle 12 stellen die Ergebnisse der Probit-Schätzungen für den Propensity-Score dar. Unterschieden wird dabei in beiden Varianten zwischen einer Schätzung für alle Befragten und einer Schätzung nur für die über 50-jährigen Personen. Die Ergebnisse zeigen, dass in den jeweiligen Schätzungen nicht alle Variablen signifikant sind. Trotz der Insignifikanz einzelner Koeffizienten sprechen verschiedene Argumente dafür, das Modell nicht sparsamer zu parametrisieren. Zum einen sind einige Variablen – z.B. die Gesundheitsvariablen – recht hoch, aber nicht vollständig miteinander korreliert (vgl. die Korrelationsmatrizen in Tabelle 13 und Tabelle 14), so dass die Koeffizienten durch Multikollinearität verzerrt sein können. Gleichwohl können und sollten – da in unserem Zusammenhang nicht die Signifikanz einzelner Koeffizienten, sondern die Erklärungskraft der Gesamtschätzung von Interesse ist – die entsprechenden Variablen gemeinsam in der Schätzung verbleiben. Zum anderen sollten aufgrund theoretischer Erwägungen möglichst alle Variablen, die gemeinsam die Teilnahmewahrscheinlichkeit und die Ergebnisse beeinflussen, in die Schätzung einbezogen werden.[19]

In der Schätzung für alle Personen der Variante 1 (Tabelle 9 und Tabelle 10) sind lediglich die Einkommensvariable, die Variable für das Vorliegen einer hohen beruflichen Qualifikation, eine Gesundheitsvariable (Anzahl der schwerwiegenden gesundheitlichen Beinträchtigen) sowie eine der Dummyvariablen für den Wohnwunsch signifikant. Für die Stichprobe der über 50-Jährigen erweist sich zusätzlich die Variable „Grad der Behinderung" und die Haushaltsgröße als signifikant. Diese Signifikanzen zeigen – unter dem Vorbehalt der Unverzerrtheit der Koeffizienten durch Multikollinearität – an, dass in diesen Bereichen Unterschiede in der Zusammensetzung der Programm- und der Kontrollgruppe bestehen, die im Matching entsprechend berücksichtigt werden müssen. Die Schätzungen in der Variante 2 (Tabelle 11 und Tabelle 12) weisen geringere Signifikanzen einzelner Koeffizienten aus, insbesondere

[19] Zu einer Diskussion um die richtige Spezifizierung des Modells für die Propensity-Score-Schätzung im Hinblick auf die Anzahl der einzubeziehenden Variablen siehe Caliendo/Kopeing (2007: 6). In der Literatur finden sich sowohl Argumente für eine Überparametrisierung des Modells als auch für eine sparsame Parametrisierung. Entscheidend ist aus unserer Sicht letztlich die Plausibilität der Annahme der bedingten Unabhängigkeit der Ergebnisse, die für die Einbeziehung im Zweifel eher vieler als weniger Kontrollvariablen spricht.

sind die gesundheitsrelevanten Variablen nicht mehr signifikant. Die Gesamterklärungskraft der Schätzung bleibt jedoch erhalten.

Die Probitschätzungen erklären etwas weniger als 20 Prozent der beobachteten Varianz in der Stichprobe hinsichtlich der Selektion in die Programm- und die Kontrollgruppe. Die vergleichsweise niedrige Gesamterklärungskraft der Schätzung ist in diesem Kontext nicht negativ zu bewerten: Sie verdeutlicht zum einen, dass in der Programmgruppe eine sehr heterogene Bewohnerschaft zu finden ist, die Teilnahmewahrscheinlichkeit also nicht einfach aufgrund bestimmter Persönlichkeits- bzw. Haushaltsmerkmale mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden kann. Zum anderen zeigt das vergleichsweise niedrige Bestimmtheitsmaß, dass die Kontrollgruppe der Programmgruppe bereits sehr ähnlich ist und die Varianz der errechneten Propensity Scores daher geringer ausfällt als bei einer heterogener zusammengesetzten Kontrollgruppe. M.a.W. ist das geringe Bestimmtheitsmaß der Propensity Score-Schätzung gerade ein Beleg für den vergleichsweise geringen Korrekturbedarf, der durch das Matching-Verfahren noch geleistet werden muss.[20]

Die folgenden Analysen basieren als Ausgangspunkt auf einem Radius-Matching mit einem engen Radius von 0,05, d.h. die geschätzte Teilnahmewahrscheinlichkeit der für den Vergleich herangezogenen Kontrollgruppenmitglieder darf maximal um 5 Prozentpunkte von der des entsprechenden Programmgruppenmitglieds abweichen. Dieses Verfahren wurde gewählt, weil es einen guten Kompromiss zwischen den potenziell problematischen Matches eines Nearest-Neighbour-Matching ohne Restriktion bzgl. des zulässigen Abstandes der Propensity Scores und den starken Restriktionen eines Caliper Matchings darstellt. Lediglich für die Variante 2 in der Abgrenzung für die über 50-Jährigen musste ein weiterer Radius (0,2) gewählt werden, um Verzerrungen in den exogenen Größen auszuschalten.

Tabelle 15 bis Tabelle 18 zeigen, dass mit diesen Spezifikationen bereits gute Ergebnisse erzielt werden: Die Mittelwerte der exogenen Größen zeigen nach dem Matching keine signifikanten Abweichungen mehr, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Verzerrungen durch das Matching weitgehend ausgeschaltet wurden.

[20] In Übereinstimmung mit dieser Argumentation empfiehlt Sianesi (2004) eine Analyse des Pseudo-R^2 nach dem Matching, um die Güte des Matchings zu überprüfen. Ein niedriges R^2 deutet auf eine hohe geringe Verzerrung durch verbleibende Unterschiede in den Stichproben hin (vgl. Caliendo/Kopeing 2007: 16).

Tabelle 9: Probitschätzung für Wahrscheinlichkeit des Wohnens in einem der Modell-projekte (alle Befragten, Variante 1)

Variable	Dimension	Koeffizient	Standardabw.	z-Statistik	P>|z|	95% Konfidenz-intervall	
Alter	Jahre	-0,002	0,00	-0,53	0,60	-0,01	0,00
Geschlecht	1: w 2: m	-0,063	0,13	-0,48	0,63	-0,32	0,19
Haushaltsgröße	Anz. Pers.	-0,079	0,07	-1,06	0,29	-0,23	0,07
Kinder	Anzahl	0,240	0,22	1,09	0,28	-0,19	0,67
Einkommen	Klasse 1-5	-0,328	0,08	-4,32	**0,00**	-0,48	-0,18
Hochqualifiziert	Dummy	-0,813	0,16	-5,2	**0,00**	-1,12	-0,51
Krankheiten vor Einzug	Anzahl	0,308	0,09	3,29	**0,00**	0,12	0,49
Bürgersch. Eng. vor Einzug	Anzahl	0,009	0,12	0,07	0,94	-0,23	0,25
Behinderung	Grad 0-100	-0,003	0,00	-1,33	0,19	-0,01	0,00
Pflegestufe vor Einzug	0-3	-0,136	0,18	-0,75	0,45	-0,49	0,22
Pflegeheim	Dummy	0,010	0,27	0,04	0,97	-0,52	0,53
Betr. Wohnen	Dummy	-0,626	0,18	-3,45	**0,00**	-0,98	-0,27
Konstante		1,127	0,34	3,28	**0,00**	0,45	1,80
Anzahl Beob.	554						
Pseudo R2	0,1889						
Log Likelihood	-295,25						
LR (chi2)	137,49						
Prob > chi2	0						

Tabelle 10: Probitschätzung für Wahrscheinlichkeit des Wohnens in einem der Modell-projekte (Befragte älter als 50 , Variante 1)

Variable	Dimension	Koeffizient	Standardabw.	z-Statistik	P>|z|	95% Konfidenz-intervall	
Alter	Jahre	-0,009	0,01	-1,06	0,29	-0,02	0,01
Geschlecht	1: w 2: m	0,194	0,18	1,07	0,29	-0,16	0,55
Haushaltsgröße	Anz. Pers.	-0,272	0,16	-1,66	**0,10**	-0,59	0,05
Einkommen	Klasse 1-5	-0,518	0,10	-5,08	**0,00**	-0,72	-0,32
Hochqualifiziert	Dummy	-0,442	0,22	-2	**0,05**	-0,88	-0,01
Bürgersch. Eng. vor Einzug	Anzahl	0,118	0,16	0,74	0,46	-0,19	0,43
Krankheiten vor Einzug	Anzahl	0,311	0,10	3,09	**0,00**	0,11	0,51
Behinderung	Grad 0-100	-0,005	0,00	-1,94	**0,05**	-0,01	0,00
Pflegestufe vor Einzug	0-3	-0,221	0,21	-1,07	0,29	-0,63	0,19
Pflegeheim	Dummy	0,078	0,29	0,27	0,79	-0,49	0,64
Betr. Wohnen	Dummy	-0,602	0,20	-3,05	**0,00**	-0,99	-0,22
Konstante		1,952	0,71	2,73	**0,01**	0,55	3,35
Anzahl Beob.	335						
Pseudo R2	0,1953						
Log Likelihood	-180,76						
LR (chi2)	87,73						
Prob > chi2	0						

Quelle: ZEW-Berechnungen

Tabelle 11: Probitschätzung für Wahrscheinlichkeit des Wohnens in einem der Modellprojekte (alle Befragten, Variante 2)

Variable	Dimension	Koeffizient	Standardabw.	z-Statistik	P>|z|	95% Konfidenzintervall	
Alter	Jahre	-0,001	0,00	-0,29	0,77	-0,01	0,01
Geschlecht	1: w 2: m	-0,050	0,13	-0,39	0,70	-0,30	0,20
Haushaltsgröße	Anz. Pers.	-0,094	0,07	-1,27	0,21	-0,24	0,05
Kinder	Anzahl	0,232	0,22	1,05	0,29	-0,20	0,66
Einkommen	Klasse 1-5	-0,309	0,08	-4,11	**0,00**	-0,46	-0,16
Hochqualifiziert	Dummy	-0,845	0,15	-5,45	**0,00**	-1,15	-0,54
Bürgersch. Eng. vor Einzug	Anzahl	-0,003	0,12	-0,02	0,98	-0,24	0,24
Krankheiten Befragungszeit	Anzahl	-0,048	0,06	-0,76	0,45	-0,17	0,08
Behinderung	Grad 0-100	0,002	0,00	0,67	0,51	0,00	0,01
Pflegestufe Befragungszeit	0-3	-0,162	0,15	-1,06	0,29	-0,46	0,14
Pflegeheim	Dummy	0,418	0,29	1,46	0,14	-0,14	0,98
Betr. Wohnen	Dummy	-0,436	0,17	-2,51	**0,01**	-0,78	-0,10
Konstante		1,139	0,34	3,32	**0,00**	0,47	1,81
Anzahl Beob.	554						
Pseudo R2	0,1769						
Log Likelihood	-299,61						
LR (chi2)	128,76						
Prob > chi2	0						

Tabelle 12: Probitschätzung für Wahrscheinlichkeit des Wohnens in einem der Modellprojekte (Befragte älter als 50 , Variante 2)

Variable	Dimension	Koeffizient	Standardabw.	z-Statistik	P>|z|	95% Konfidenzintervall	
Alter	Jahre	-0,009	0,01	-1,07	0,29	-0,02	0,01
Geschlecht	1: w 2: m	0,228	0,18	1,27	0,21	-0,12	0,58
Haushaltsgröße	Anz. Pers.	-0,314	0,16	-1,93	**0,05**	-0,63	0,00
Einkommen	Klasse 1-5	-0,487	0,10	-4,89	**0,00**	-0,68	-0,29
Hochqualifiziert	Dummy	-0,472	0,22	-2,17	**0,03**	-0,90	-0,05
Bürgersch. Eng. vor Einzug	Anzahl	0,084	0,16	0,53	0,59	-0,22	0,39
Krankheiten Befragungszeit	Anzahl	-0,101	0,07	-1,4	0,16	-0,24	0,04
Behinderung	Grad 0-100	0,000	0,00	0,09	0,93	0,00	0,01
Pflegestufe Befragungszeit	0-3	-0,202	0,17	-1,17	0,24	-0,54	0,14
Pflegeheim	Dummy	0,573	0,31	1,83	**0,07**	-0,04	1,18
Betr. Wohnen	Dummy	-0,372	0,19	-1,98	**0,05**	-0,74	0,00
Konstante		2,064	0,72	2,88	**0,00**	0,66	3,47
Anzahl Beob.	335						
Pseudo R2	0,1833						
Log Likelihood	-183,456						
LR (chi2)	82,33						
Prob > chi2	0						

Quelle: ZEW-Berechnungen

Tabelle 13: Korrelationsmatrix Variablen Probitschätzung (alle Befragten)

	Alter	Geschlecht	Haushalts-größe	Kinder	Ein-kommen	Hoch-qualifiziert	Bürgerschaft. Engagement vor Einzug	Krankheiten vor Einzug	Krankheiten Befragung	Behinderung	Pflegestufe vor Einzug	Pflegestufe Befragung	Pflegeheim
Alter	**1,00**												
Geschlecht	-0,15	**1,00**											
Haushaltsgröße	-0,66	0,17	**1,00**										
Kinder	-0,33	0,19	0,41	**1,00**									
Einkommen	-0,60	0,08	**0,62**	0,15	**1,00**								
Hochqualifiziert	-0,24	0,20	0,45	**0,59**	0,16	**1,00**							
Bürgersch. Engagement vor Einzug	-0,04	0,09	0,12	0,19	-0,08	0,17	**1,00**						
Krankheiten vor Einzug	0,37	-0,09	-0,35	-0,29	-0,24	-0,22	-0,06	**1,00**					
Krankheiten Befragung	0,45	-0,14	-0,42	-0,28	-0,29	-0,28	-0,03	0,67	**1,00**				
Behinderung	0,34	-0,10	-0,32	-0,23	-0,23	-0,24	-0,01	0,56	**0,60**	**1,00**			
Pflegestufe vor Einzug	0,14	-0,05	-0,16	-0,19	-0,10	-0,18	-0,07	0,49	0,39	0,46	**1,00**		
Pflegestufe Befragung	0,27	-0,06	-0,21	-0,18	-0,14	-0,16	-0,06	0,43	0,53	0,50	0,72	**1,00**	
Pflegeheim	0,27	-0,09	-0,20	-0,14	-0,12	-0,14	-0,07	0,29	0,28	0,12	0,22	0,40	**1,00**
Betr. Wohnen	0,41	-0,11	-0,35	-0,31	-0,23	-0,19	-0,05	0,40	0,34	0,34	0,19	0,15	-0,12

Quelle: ZEW-Berechnungen

Tabelle 14: Korrelationsmatrix Variablen Probitschätzung (Befragte älter als 50)

	Alter	Geschlecht	Haushalts-größe	Ein-kommen	Hoch-qualifiziert	Bürgerschaft. Engagement vor Einzug	Krankheiten vor Einzug	Krankheiten Befragung	Behinderung	Pflegestufe vor Einzug	Pflegestufe Befragung	Pflegeheim
Alter	**1,00**											
Geschlecht	-0,14	**1,00**										
Haushaltsgröße	-0,43	0,35	**1,00**									
Einkommen	-0,41	0,23	0,43	**1,00**								
Hochqualifiziert	-0,31	0,22	**0,52**	**0,56**	**1,00**							
Bürgersch. Engagement vor Einzug	-0,14	0,07	0,12	0,23	0,20	**1,00**						
Krankheiten vor Einzug	0,18	-0,06	-0,23	-0,24	-0,18	-0,09	**1,00**					
Krankheiten Befragung	0,29	-0,13	-0,30	-0,26	-0,29	-0,08	0,62	**1,00**				
Behinderung	0,19	-0,10	-0,20	-0,19	-0,21	-0,02	0,47	0,55	**1,00**			
Pflegestufe vor Einzug	0,10	-0,03	-0,13	-0,18	-0,17	-0,08	0,45	0,33	0,38	**1,00**		
Pflegestufe Befragung	0,27	-0,04	-0,13	-0,14	-0,13	-0,06	0,35	0,50	0,41	0,65	**1,00**	
Pflegeheim	0,28	-0,10	-0,17	-0,12	-0,15	-0,09	0,25	0,26	0,07	0,24	0,41	**1,00**
Betr. Wohnen	0,28	-0,10	-0,27	-0,32	-0,17	-0,07	0,33	0,24	0,27	0,18	0,09	-0,22

Quelle: ZEW-Berechnungen

Tabelle 15: Mittelwerte der Selektionsvariablen (alle Befragten, Variante 1)

Variable	Dimension	Progr.	Kontrgr.	% Bias	Red. Bias	t-Stat.	P>|t|
Alter	Jahre	57,76	53,63	15,7		**1,78**	**0,08**
		57,76	58,03	-1	93,4	-0,1	0,92
Geschlecht	1: w 2: m	1,29	1,39	-21,1		**-2,37**	**0,02**
		1,29	1,29	-0,2	99,1	-0,02	0,99
Krankheiten vor Einzug	Anzahl	0,67	0,36	35,5		**4,14**	**0,00**
		0,67	0,66	0	99,9	0	1,00
Bürgersch. Engagement vor Einzug	Anzahl	0,51	0,61	-20,3		**-2,31**	**0,02**
		0,51	0,53	-3,3	83,6	-0,33	0,74
Behinderung	Grad 0-100	19,70	15,21	13,40		1,54	0,12
		19,70	20,89	-3,6	73,6	-0,34	0,74
Pflegestufe vor Einzug	0-3	0,13	0,07	15,30		**1,81**	0,07
		0,13	0,14	-1,40	91,1	-0,12	0,90
Haushaltsgröße	Anzahl Personen	1,81	2,32	-40,3		**-4,46**	**0,00**
		1,81	1,70	8,9	77,8	1,01	0,31
Kinder	Anzahl	0,18	0,19	-3,5		-0,39	0,69
		0,18	0,14	8,9	-154,9	0,95	0,34
Einkommen	Klasse 1-5	2,26	3,08	-86,3		**-9,41**	**0,00**
		2,26	2,18	8,2	90,5	0,93	0,35
Pflegeheim	Dummy	0,10	0,04	26,2		**3,16**	**0,00**
		0,10	0,11	-3,7	86	-0,3	0,76
Betr. Wohnen	Dummy	0,17	0,20	-6,2		-0,7	0,48
		0,17	0,23	-14	-124,9	-1,37	0,17
Hochqualifiziert	Dummy	0,14	0,53	-89		**-9,66**	**0,00**
		0,14	0,13	2,2	97,6	0,27	0,79

Quelle: ZEW-Berechnungen

Tabelle 16: Mittelwerte der Selektionsvariablen (Befragte älter als 50, Variante 1)

Variable	Dimension	Progr.	Kontrgr.	% Bias	Red. Bias	t-Stat.	P>|t|
Alter	Jahre	74,58	73,07	13,7		1,21	0,23
		75,11	75,93	-7,5	45,4	-0,62	0,54
Geschlecht	1: w 2: m	1,27	1,32	-10,4		-0,92	0,36
		1,27	1,24	6	42,1	0,51	0,61
Krankheiten vor Einzug	Anzahl	0,88	0,60	29,7		**2,68**	**0,01**
		0,85	0,98	-13,4	54,9	-1	0,32
Bürgersch. Engagement vor Einzug	Dummy	0,54	0,61	-13,7		-1,23	0,22
		0,52	0,52	1,7	87,9	0,13	0,90
Behinderung	Grad 0-100	25,15	25,12	0,10		0,01	1,00
		24,53	28,34	-10,20	-13322,30	-0,80	0,42
Pflegestufe vor Einzug	0-3	0,14	0,11	7,50		0,68	0,50
		0,14	0,19	-11,9	-58,8	-0,87	0,39
Haushaltsgröße	Anzahl Personen	1,26	1,59	-54,9		**-4,7**	**0,00**
		1,27	1,22	6,7	87,7	0,7	0,48
Einkommen	Klasse 1-5	2,11	2,97	-91		**-7,87**	**0,00**
		2,15	2,11	4,6	94,9	0,43	0,67
Pflegeheim	Dummy	0,16	0,06	30,4		**2,84**	**0,01**
		0,16	0,22	-16,7	45	-1,06	0,29
Betr. Wohnen	Dummy	0,26	0,34	-18		**-1,6**	0,11
		0,27	0,34	-16,5	8,5	-1,31	0,19
Hochqualifiziert	Dummy	0,13	0,37	-57,8		**-4,98**	**0,00**
		0,13	0,14	-1,90	96,7	-0,19	0,85

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05

Tabelle 17: Mittelwerte der Selektionsvariablen (alle Befragten, Variante 2)

Variable	Dimension	Progr.	Kontrgr.	% Bias	Red. Bias	t-Stat.	P>|t|
Alter	Jahre	57,76	53,63	15,7		**1,78**	**0,08**
		57,76	58,26	-1,9	87,9	-0,19	0,85
Geschlecht	1: w 2: m	1,29	1,39	-21,1		**-2,37**	**0,02**
		1,29	1,30	-2,2	89,5	-0,23	0,82
Krankheiten Befragungszeitpkt.	Anzahl	1,03	0,86	13,5		1,5	0,13
		1,03	1,20	-12,4	8,6	-1,18	0,24
Bürgersch. Engagement vor Einzug	Anzahl	0,51	0,61	-20,3		**-2,31**	**0,02**
		0,51	0,54	-5,6	72,6	-0,55	0,58
Behinderung	Grad 0-100	19,70	15,21	13,40		1,54	0,12
		19,70	20,79	-3,2	75,9	-0,31	0,76
Pflegestufe Befragungszeitpkt.	0-3	0,19	0,16	6,1		0,7	0,49
		0,19	0,22	-6,7	-10,6	-0,65	0,51
Haushaltsgröße	Anzahl Personen	1,81	2,32	-40,3		**-4,46**	**0,00**
		1,81	1,74	5,8	85,7	0,63	0,53
Kinder	Anzahl	0,18	0,19	-3,5		-0,39	0,69
		0,18	0,15	7,7	-119,4	0,81	0,42
Einkommen	Klasse 1-5	2,26	3,08	-86,3		**-9,41**	**0,00**
		2,26	2,19	6,4	92,5	0,73	0,46
Pflegeheim	Dummy	0,10	0,04	26,2		**3,16**	**0,00**
		0,10	0,10	-0,1	99,5	-0,01	0,99
Betr. Wohnen	Dummy	0,17	0,20	-6,2		-0,7	0,48
		0,17	0,21	-8,9	-42,6	-0,88	0,38
Hochqualifiziert	Dummy	0,14	0,53	-89		**-9,66**	**0,00**
		0,14	0,14	0,1	99,8	0,02	0,99

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05

Tabelle 18: Mittelwerte der Selektionsvariablen (Befragte älter als 50, Variante 2)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	% Bias	Red. Bias	t-Stat.	P>|t|
Alter	Jahre	74,58	73,07	13,7		1,21	0,23
		74,58	75,41	-7,60	44,6	-0,63	0,53
Geschlecht	1: w 2: m	1,27	1,32	-10,4		-0,92	0,36
		1,27	1,28	-1,00	90,5	-0,08	0,94
Krankheiten Befragungszeitpunkt	Anzahl	1,38	1,35	1,8		0,16	0,88
		1,38	1,55	-12,40	-590,5	-1,01	0,32
Bürgersch. Engagement vor Einzug	Dummy	0,54	0,61	-13,7		-1,23	0,22
		0,54	0,55	-2,80	79,3	-0,23	0,82
Behinderung	Grad 0-100	25,15	25,12	0,10		0,01	1,00
		25,15	27,79	-7,00	-9207,5	-0,56	0,58
Pflegestufe Befragungszeitpkt.	0-3	0,23	0,26	-5,1		-0,45	0,65
		0,23	0,29	-10,60	-109,8	-0,89	0,38
Haushaltsgröße	Anzahl Personen	1,26	1,59	-54,9		**-4,7**	**0,00**
		1,26	1,28	-3,70	93,2	-0,38	0,71
Einkommen	Klasse 1-5	2,11	2,97	-91		**-7,87**	**0,00**
		2,11	2,24	-13,00	85,7	-1,16	0,25
Pflegeheim	Dummy	0,16	0,06	30,4		**2,84**	**0,01**
		0,16	0,16	0,70	97,6	0,05	0,96
Betr. Wohnen	Dummy	0,26	0,34	-18		**-1,6**	0,11
		0,26	0,33	-15,70	12,9	-1,28	0,20
Hochqualifiziert	Dummy	0,13	0,37	-57,8		**-4,98**	**0,00**
		0,13	0,17	-10,2	82,4	-0,96	0,34

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,2

3.5.3 Ergebnisse des Vergleichs von Hilfebedarf und entstehenden Kosten

Ökonomischer Kern unserer Analysen ist der Vergleich der Kosten, die für die Unterstützung hilfebedürftiger Bewohner in der Programmgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe aufzuwenden sind. Wie bereits einleitend unter 3.5.2.1 beschrieben, werden hier verschiedene Varianten betrachtet: In einer ersten Variante wird als Kriterium für das Matching neben allen anderen Kontrollvariablen der Gesundheitszustand – gemessen an der Anzahl der schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen und an der Pflegestufe – vor Einzug, in der zweiten Variante der Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt verwendet.

Kasten: Betrachtete Varianten

- Variante 1 bezieht als erklärende Variable für die Zuordnung zur Programmgruppe oder zur Kontrollgruppe Daten zum Gesundheitszustand und Pflegebedarf ausschließlich *vor dem Einzug* in die Projekte bzw. Einrichtungen ein.
- Variante 2 bezieht als erklärende Variable für die Zuordnung zur Programmgruppe oder zur Kontrollgruppe Informationen zum Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf ausschließlich *zum Befragungszeitpunkt* ein.

3.5.3.1 Vergleich des Hilfebedarfs

Betrachtet man zunächst den Hilfebedarf, so ist in der ersten Variante festzustellen, dass sich Gesundheitszustand und Pflegebedarf zum Befragungszeitpunkt deutlich unterscheiden, obwohl vor Einzug keine signifikanten Unterschiede in den Stichproben bestanden haben. In der Betrachtung, in die alle Personen – unabhängig von ihrem Alter – einbezogen wurden, sind 13 Prozent der Personen in der Programmgruppe pflegebedürftig, in der Kontrollgruppe sind es 22 Prozent.[21] Gewichtet man dies mit den Pflegestufen – diese Variable wurde ja als Selektionsvariable in der Probitschätzung verwendet – so ergibt sich eine Maßzahl[22] von 0,19 in der Programmgruppe im Vergleich zu 0,28 in der Kontrollgruppe. Ein ebenfalls signifikanter Unterschied von knapp 0,4 ergibt sich bei der Anzahl schwerwiegender Beeinträchtigungen und chronischer Krankheiten: Auch hier bestand vor dem Einzug kein signifikanter Unterschied zwischen Programm- und Kontrollgruppe, zum Befragungszeitpunkt sind hier signifikant mehr Nennungen in der Kontroll- als in der Programmgruppe zu verzeichnen.

---

[21] Die hier und im Folgenden genannten Anteilswerte beziehen sich – anders als die oben beschriebenen Ergebnisse der deskriptiven Analyse – auf die Stichprobe, die tatsächlich in das Matching einbezogen wurde. Die genannten Anteile unterscheiden sich daher von den Ergebnissen der deskriptiven Statistiken.

[22] Berechnet als die Anzahl der Nennungen schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen und chronischer Krankheiten, dividiert durch die Anzahl der Personen.

Erheblich deutlicher sind erwartungsgemäß die Unterschiede, wenn die Betrachtung auf die über 50-Jährigen beschränkt wird: 16 Prozent Pflegebedürftige in der Programmgruppe stehen 33 Prozent Pflegebedürftigen in der Kontrollgruppe gegenüber. Gewichtet mit Pflegestufen ergibt sich ein Index von 0,23 für die Programmgruppe und 0,41 für die Kontrollgruppe. Auch der Unterschied in der Nennung schwerwiegender Beeinträchtigungen und Krankheiten ist mit 0,77 deutlich größer als bei Betrachtung aller Befragten.

Aus dem unterschiedlichen Gesundheitszustand in den Gruppen zum Befragungszeitpunkt resultiert auch unterschiedlicher Hilfebedarf: Hilfebedarf in der täglichen Lebensführung wird von 39 Prozent der Befragten in der Programmgruppe und 46 Prozent in der Kontrollgruppe angegeben, der Unterschied ist zwar deutlich, aber statistisch nicht auf den üblicherweise verwendeten Niveaus signifikant. Differenziert man nach den Institutionen, von denen Hilfeleistungen in Anspruch genommen werden, so ist zunächst festzustellen, dass – entsprechend dem insgesamt geringeren Hilfebedarf in der Programmgruppe – negative Vorzeichen bei nahezu allen Vergleichen zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe resultieren. Besonders deutlich und hier auch statistisch signifikant ist der Unterschied bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen durch den Träger der Wohnanlage: Dieser Effekt ist eindeutig auf die Einbeziehung der Kontrollgruppeneinrichtungen in Bremen (betreutes Wohnen und Alten- bzw. Pflegeheime) zurückzuführen.

Bemerkenswert ist allerdings, dass trotz des (insignifikant) geringeren Hilfebedarfs ein signifikanter positiver Unterschied in der Inanspruchnahme von Hilfen durch andere Bewohner besteht. Gewichtet man die Nennung der Hilfeleistungen durch verschiedene Institutionen mit dem jeweils benötigten Zeitbedarf, so zeigen sich ähnliche Abweichungen zwischen Kontroll- und Programmgruppe. Ausnahme ist die Angabe für die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten: Hier wird bei gleicher Anzahl der Nennungen in der Programmgruppe ein höherer Zeitbedarf als in der Kontrollgruppe angegeben. Man könnte daraus den Schluss ziehen, dass sich die Inanspruchnahme externer Hilfe durch ambulante Pflegedienste in der Programmgruppe auf Fälle mit höherem Unterstützungsbedarf konzentriert, während dies in der Kontrollgruppe in geringerem Maße der Fall ist. Angesichts der insgesamt sehr geringen Fallzahl sollten diese Resultate aber äußerst zurückhaltend interpretiert werden.

Betrachtet man lediglich die über 50 Jährigen, so sind im Allgemeinen etwas stärkere Effekte festzustellen. Insbesondere ist der Hilfebedarf – sowohl der Nennung überhaupt als auch der Anzahl der Nennungen nach – nun signifikant unterschiedlich. Die Unterschiede in den Unterstützungsmustern sind ähnlich wie in der gesamten Stichprobe. Auch hier zeigt sich ein signifikanter positiver Effekt bei der Inanspruchnahme von Unterstützung durch Mitbewohner.

In den entsprechenden Berechnungen der Variante 2 – in denen weder die Anzahl der schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch der Pflegebedarf zum Befragungszeitpunkt zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe signifikant unterschiedlich

sind[23] – bleiben gleichwohl zumindest schwach signifikante Unterschiede im Hilfebedarf der Älteren erhalten. Dies kann einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die hier verwendeten Indikatoren für den Gesundheitszustand zu grob sind, um Unterschiede im Detail erfassen zu können. Andererseits ist es auch nicht unwahrscheinlich, dass hier positive Effekte der Wohnumgebung und der Nachbarschaftshilfe zum Ausdruck kommen. Insbesondere ist es denkbar, dass von den Bewohnern in der Programmgruppe in geringerem Umfang Hilfe in der täglichen Lebensführung in Anspruch genommen werden, weil auch auf anderem Wege soziale Kontakte hergestellt werden können. Darüber hinaus ist es möglich - insbesondere im Vergleich zu den Bewohnern der Kontrollgruppe, die nicht in Institutionen der Altenpflege bzw. des Betreuten Wohnens leben -, dass die bauliche Infrastruktur der Projekte in der Programmgruppe und bestimmte dort angebotene Dienstleistungen die Inanspruchnahme weiterer externer Hilfe obsolet werden lassen.

[23] Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass auch nach dem Matching noch geringfügige, nicht signifikante Unterschiede zwischen Programm- und Kontrollgruppe in der Anzahl schwerwiegender Krankheiten und gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie im Pflegebedarf bestehen.

Tabelle 19: ATT Gesundheitszustand, Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (alle Befragten, Variante 1)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Gesundheit subj.	Skala 1-10	2,59	2,53	0,06	
Krankheiten	Anzahl	1,03	1,40	-0,37	**
Pflege	Dummy	0,13	0,22	-0,08	**
Pflegestufe	Skala 0-3	0,19	0,28	-0,09	(*)
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dummy	0,39	0,46	-0,08	(*)
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Anzahl	0,71	0,87	-0,16	(*)
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dauer (Std./Woche)	2,93	3,11	-0,17	
Hilfe externer Pflegedienst	Dummy	0,07	0,07	0,00	
Hilfe Träger/Wohnungsanbieter	Dummy	0,06	0,20	-0,14	***
Hilfe Ehepartner/Haushaltsmitglieder	Dummy	0,02	0,04	-0,02	
Hilfe Verwandtschaft	Dummy	0,19	0,24	-0,05	
Hilfe Nachbarn/Freunde außerhalb	Dummy	0,04	0,07	-0,02	
Hilfe andere Bewohner	Dummy	0,06	0,02	0,05	**
Hilfe Therapeuten	Dummy	0,09	0,10	-0,01	
Hilfe andere Dienstleister	Dummy	0,16	0,13	0,03	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 20: ATT Gesundheitszustand, Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (Befragte älter als 50, Variante 1)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Gesundheit subj.	Skala 1-10	2,98	3,07	-0,09	
Krankheiten	Anzahl	1,36	2,13	-0,77	***
Pflege	Dummy	0,16	0,33	-0,17	***
Pflegestufe	Skala 0-3	0,23	0,41	-0,18	**
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dummy	0,50	0,71	-0,21	***
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Anzahl	0,90	1,40	-0,50	***
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dauer (Std./Woche)	3,79	3,97	-0,18	
Hilfe externer Pflegedienst	Dummy	0,09	0,12	-0,02	
Hilfe Träger/Wohnungsanbieter	Dummy	0,06	0,35	-0,28	***
Hilfe Ehepartner/Haushaltsmitglieder	Dummy	0,02	0,05	-0,03	
Hilfe Verwandtschaft	Dummy	0,26	0,43	-0,17	**
Hilfe Nachbarn/Freunde außerhalb	Dummy	0,06	0,10	-0,04	
Hilfe andere Bewohner	Dummy	0,07	0,03	0,04	*
Hilfe Therapeuten	Dummy	0,09	0,14	-0,05	
Hilfe andere Dienstleister	Dummy	0,24	0,19	0,06	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau 99/95/90/80 %

Tabelle 21: ATT Gesundheitszustand, Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (alle Befragten, Variante 2)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Gesundheit subj.	Skala 1-10	2,59	2,48	0,11	
Krankheiten	Anzahl	1,03	1,20	-0,16	
Pflege	Dummy	0,13	0,18	-0,04	
Pflegestufe	Skala 0-3	0,19	0,22	-0,03	
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dummy	0,39	0,44	-0,05	
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Anzahl	0,71	0,79	-0,08	
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dauer (Std./Woche)	2,93	2,63	0,31	
Hilfe externer Pflegedienst	Dummy	0,07	0,07	0,00	
Hilfe Träger/Wohnungsanbieter	Dummy	0,06	0,17	-0,12	***
Hilfe Ehepartner/Haushaltsmitglieder	Dummy	0,02	0,04	-0,01	
Hilfe Verwandtschaft	Dummy	0,19	0,22	-0,03	
Hilfe Nachbarn/Freunde außerhalb	Dummy	0,04	0,07	-0,02	
Hilfe andere Bewohner	Dummy	0,06	0,02	0,05	***
Hilfe Therapeuten	Dummy	0,09	0,07	0,02	
Hilfe andere Dienstleister	Dummy	0,16	0,14	0,03	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 22: ATT Gesundheitszustand, Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (Befragte älter als 50, Variante 2)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Gesundheit subj.	Skala 1-10	3,00	2,94	0,06	
Krankheiten	Anzahl	1,38	1,55	-0,17	
Pflege	Dummy	0,17	0,24	-0,07	
Pflegestufe	Skala 0-3	0,23	0,29	-0,06	
Hilfezur tägl. Lebensführung	Dummy	0,51	0,62	-0,11	*
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Anzahl	0,91	1,15	-0,24	(*)
Hilfe zur tägl. Lebensführung	Dauer (Std./Woche)	3,71	3,08	0,63	
Hilfe externer Pflegedienst	Dummy	0,10	0,09	0,01	
Hilfe Träger/Wohnungsanbieter	Dummy	0,07	0,28	-0,22	***
Hilfe Ehepartner/Haushaltsmitglieder	Dummy	0,02	0,04	-0,02	
Hilfe Verwandtschaft	Dummy	0,25	0,32	-0,07	
Hilfe Nachbarn/Freunde außerhalb	Dummy	0,06	0,10	-0,04	
Hilfe andere Bewohner	Dummy	0,08	0,03	0,05	*
Hilfe Therapeuten	Dummy	0,10	0,10	0,00	
Hilfe andere Dienstleister	Dummy	0,23	0,18	0,05	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,2. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

3.5.3.2 Imputation der Kostenvariablen für die Pflege und Unterstützung im Haushalt

Die detaillierte Frage nach den Kosten, die für regelmäßig in Anspruch genommene Hilfen zur täglichen Lebensführung entstehen, wurde von den Befragten mit recht unterschiedlicher Qualität beantwortet. In vielen Fällen fehlen explizite Angaben der von den Bewohnern selbst getragenen Kosten. In den Fällen, in denen die Pflegeversicherung oder die Krankenversicherung als Kostenträger angegeben sind, fehlen in der Regel über die Trägerangabe hinaus alle weiteren Angaben über die Kosten, oft auch die Dauer der in Anspruch genommenen Leistungen. Aus diesen Gründen mussten für die fehlenden oder für unplausible Daten – dann also, wenn der Erhalt von Unterstützungsleistungen angegeben war, aber keine explizite oder unplausible Kosteninformationen vorlagen – plausible Daten imputiert werden.

Sofern als Kostenträger die Pflegeversicherung angegeben war, wurde in diesen Fällen der der entsprechenden Pflegestufe zuzurechnende Höchstsatz für Sachleistungen unterstellt.[24] In dieser Imputation wurde davon ausgegangen, dass die Leistungen der Pflegeversicherung durch Sachleistungen voll ausgeschöpft wurden, so dass alle selbst getragenen Leistungen voll selbst finanziert werden müssen.

Da aus unseren Daten nicht eindeutig ersichtlich war, inwieweit zusätzlich selbst finanzierte Leistungen aus Pflegegeld finanziert wurden, das den Pflegebedürftigen wegen Nicht-Ausschöpfung der Sachleistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung stand, wurde alternativ eine weitere Imputation berechnet. In dieser alternativen Variante wurde davon ausgegangen, dass alle selbst getragenen Leistungen bis zum Höchstsatz des auf der jeweiligen Pflegestufe gezahlten Pflegegeldes[25] durch die Pflegeversicherung gezahlt werden. Die letztgenannte Imputation unterstellt in den Fällen, in denen die gesamten selbst getragenen Kosten die Höchstsätze des Pflegegeldes überschreiten, dass überhaupt keine Sachleistungen in Anspruch genommen wurden. und unterschätzt damit möglicherweise die Gesamtkosten, da in diesen Fällen die Angabe „Inanspruchnahme eines externen Pflegedienstes“ bzw. von „Pflegeleistungen der Träger“ unplausibel ist.

Für die stationär Pflegebedürftigen wurden die in Kostenpauschalen der Kontrollgruppe nach Informationen des Trägers enthaltenen Pflegekosten (ohne Hotelkosten, d.h. Kosten für Unterkunft und Verpflegung) angesetzt.[26] In die Kosten zur Deckung des Unterstützungsbedarfs wurden dementsprechend nur die so ermittelten Pflegekosten eingerechnet

---

[24] Für die Pflegestufe 1 betrug der entsprechende Satz zum Befragungszeitpunkt 384 Euro, für die Pflegestufe 2 921 Euro und für die Pflegestufe 3 1.432 Euro, jeweils je Monat.

[25] Für die Pflegestufe 1 betrug der entsprechende Satz zum Befragungszeitpunkt 205 Euro, für die Pflegestufe 2 .420 Euro und für die Pflegestufe 3 .665 Euro, jeweils je Monat.

[26] Haus Huchting: Pflegestufe 1 1.096,16 Euro, Pflegestufe 2 1.753,98 Euro, Pflegestufe 3 2.192,32 Euro; Stiftungsdorf Hollergrund: Pflegestufe 1 1.098,64 Euro, Pflegestufe 2 1.757,70 Euro, Pflegestufe 3 2.197,28 Eu-

Sofern als Kostenträger *nicht* die Pflegeversicherung angegeben war, wurden die Kosten als zeitgewichtete Mittelwerte – getrennt für selbst getragene Ausgaben und die Transfers von Verwandten sowie für von der Krankenversicherung getragene Ausgaben – imputiert. Basis dieser Angaben waren die Fälle, in denen explizite Kostenangaben vorlagen.

Diese Vorgehensweise ist sicher mit dem Risiko verbunden, dass tatsächlich vorhandene Kostenunterschiede durch nivellierende Imputationen zwischen den Projekten und Einrichtungen verdeckt werden. Andererseits können aufgrund der z.T. sehr geringen Fallzahlen in den einzelnen Projekten und Einrichtungen keine einrichtungsspezifischen Werte imputiert werden. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass Leistungen der behandlungspflegerischen Versorgung nach § 37 SGB V, die direkt zwischen Krankenkasse und Pflegedienst abgerechnet werden, in unseren Imputationen möglicherweise unzureichend berücksichtigt werden.

3.5.3.3 Vergleich der Kosten

Die Ergebnisse des Kostenvergleichs fallen auf der Basis der unterschiedlichen Annahmen zum Krankheitsverlauf bzw. zum Pflegebedarf recht unterschiedlich aus. Variante 1, in der das Matching unter der Annahme gleichen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs *vor dem Einzug* durchgeführt wurde, weist signifikante Kostenvorteile in allen Kostenabgrenzungen für die Modellprojekte der Programmgruppe aus. Eine Ausnahme stellen lediglich die wenig aussagefähigen explizit angegebenen Kosten dar, die die durch die Sozialversicherungsträger getragenen Kosten weitgehend vernachlässigen und auch viele unvollständige Angaben für die sonstigen Kosten enthalten (vgl. Tabelle 23 und Tabelle 24).

Die von uns errechneten Kostenunterschiede sind erheblich: Bezieht man alle Bewohner ein, so sind die selbst bzw. von der Sozialversicherung getragenen Kosten um rund 50 Prozent geringer als die Kosten in der Kontrollgruppe. Bezieht man die Kosten der Projekte auf Ebene der Träger ein, so verringert sich dieser Kostenvorteil auf rund 30 Prozent. Bei Betrachtung nur der über 50-Jährigen sind die Unterschiede noch größer: Die selbst- bzw. von der Sozialversicherung getragenen Kosten verringern sich hier um 65 bis 70 Prozent, inklusive der von den Trägern übernommenen zusätzlichen Kosten beträgt der Kostenvorteil immer noch mindestens 50 Prozent.

Setzt man den Gesundheitszustand bzw. den Pflegebedarf *zum Befragungszeitpunkt* gleich (Variante 2), so ergeben sich deutlich geringere Kostenvorteile (vgl. Tabelle 25 und Tabelle 26). Unter Einbezug der Zusatzkosten der Träger sind die nun geringeren Kostenvorteile bei Betrachtung über alle Personen zwar nicht mehr auf üblichen Niveaus signifikant, sie betra-

---

ro, Haus Fichtenhof: Pflegestufe 1 1.107,32 Euro je Monat, Pflegestufe 2 1.771,65 Euro je Monat, Pflegestufe 3 2.214,64 Euro, jeweils je Monat.

gen aber immer noch rund 20 Prozent. Betrachtet man dagegen nur die über 50-Jährigen, so sind immer noch signifikante Unterschiede in den Gesamtkosten von mehr als 35 Prozent festzustellen.

Angesichts dieser hohen Kostenvorteile der Modellprojekte stellt sich unmittelbar die Frage nach den zugrunde liegenden Ursachen. Dies gilt insbesondere für die Variante 2, in der zum Befragungszeitpunkt keine signifikanten Unterschiede im Gesundheitszustand bestanden haben.

Neben den oben bereits beschriebenen Unterschieden im angegebenen Hilfebedarf sind diese Unterschiede ganz wesentlich auf den Einbezug der stationären Pflege in der Kontrollgruppe mit ihren wesentlich höheren Kostensätzen zurückzuführen. Eine Sensitivitätsanalyse, die die stationär Pflegebedürftigen in der Kontrollgruppe und ihre Pendants in der Programmgruppe (alle diejenigen, die als alternativen Wohnort ein Alten- oder Pflegeheim angegeben haben) ausklammert, kommt dementsprechend zu deutlich abweichenden Ergebnissen (vgl. Tabelle 27 bis Tabelle 30). In dieser Betrachtung sind insgesamt keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen Programm- und Kontrollgruppe festzustellen. Die negativen Vorzeichen – die einen Kostenvorteil der Modellprojekte gegenüber der Kontrollgruppe indizieren – bleiben jedoch in den meisten Fällen auch in diesem Szenario erhalten. Ausnahme stellt lediglich die Betrachtung über alle Personen dar, wenn der Gesundheitszustand und Pflegebedarf zum Befragungszeitpunkt gleich gesetzt wird. Darüber hinaus ergibt sich ein nichtsignifikanter Kostennachteil bei der Annahme einer überwiegenden Inanspruchnahme von Geldleistungen aus der Pflegeversicherung in der Variante 1 und generell in beiden Kostenabgrenzungen für Variante 2. Bei Betrachtung nur der älteren Personen mit einem Lebensalter ab 50 Jahren bleibt der Kostenvorteil der Modellprojekte erhalten, ist aber ebenfalls nicht mehr auf üblichen Niveaus signifikant, was vermutlich vor allem auf die vergleichsweise kleine Stichprobengröße und den damit verbundenen hohen Standardfehler zurückzuführen ist (vgl. zur Übersicht der Fallzahlen Tabelle 33).

Insgesamt gesehen ist damit bei Betrachtung des Kostenvergleichs ein positives Fazit für die relative Kostensituation in der Programmgruppe zu ziehen. Folgende Schlussfolgerungen lassen sich – immer unter dem Vorbehalt der vergleichsweise kleinen Stichprobe, der unvollständigen Angaben und der Imputationen, die Unterschiede tendenziell nivellieren – ableiten (vgl. zur Gesamtübersicht der relativen Kosten auch Tabelle 31):

- In der Programmgruppe ist – auf der Basis der von uns verwendeten vergleichsweise groben Indikatoren – eine bessere Entwicklung des Gesundheitszustandes und des Pflegebedarfs als in der Kontrollgruppe festzustellen. Daraus ergeben sich durchgängig Kostenvorteile für die Programmgruppe. Diese Kostenvorteile können der Programmgruppe dann zugerechnet werden, wenn angenommen wird, dass die gesundheitliche Entwicklung in den verschiedenen Gruppen durch die entsprechende Umgebung räumliche und soziale Umgebung beeinflusst wird.

- Auch unter der Annahme, dass die gesundheitliche Entwicklung und der Pflegebedarf weitgehend exogen determiniert sind, zeichnen sich – zumindest bei Beschränkungen auf die Älteren noch signifikante Vorteile für die Versorgung in der Programmgruppe – ab.
- Entscheidend für die Höhe des Kostenvorteils der Modellprojekte ist der Einbezug auch von Fällen mit höherem Unterstützungsbedarf, die alternativ zum Aufenthalt in den Modellprojekten stationär gepflegt werden müssten. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass mögliche Kostenunterschiede im Bereich der ambulanten Pflege durch die von uns vorgenommenen Imputationen nivelliert werden, was zur geringen Höhe und zur Insignifikanz der Unterschiede in der Betrachtung ohne stationäre Pflegefälle beiträgt.
- Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass die Differenzen zwar statistisch signifikant sind, angesichts der kleinen Stichprobe aber einen erheblichen Grad an Unsicherheit aufweisen. Das kommt in Tabelle 32 zum Ausdruck, die die Konfidenzintervalle für die Gesamtkosten und die (größtenteils) signifikanten Gesamtschätzungen wiedergibt. Hier wird deutlich, dass die Spannweite bereits im 90%-Konfidenzinterval sehr groß ist. Für die über 50-Jährigen in der Variante 1 liegt die Kostendifferenz mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 % in einem Intervall von rund 144 und 394 Euro. In der Variante 2 betragen die Grenzen des entsprechenden Intervalls rund 45 Euro und rund 259 Euro. Dies verdeutlicht, dass unsere Ergebnisse erhebliche Unsicherheiten aufweisen und vor allem als empirisches Indiz gewertet, hinsichtlich der Höhe der Kostendifferenzen aber nicht überinterpretiert werden sollten.

Tabelle 23: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (alle Befragten, Variante 1)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	34,58	56,43	-21,85	
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	126,19	257,67	-131,48	**
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	104,32	220,66	-116,34	**
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	245,09	354,55	-109,46	*
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	223,21	317,54	-94,32	*

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 24: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (Befragte älter als 50, Variante 1)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	25,14	41,71	-16,58	(*)
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	132,71	381,79	-249,08	***
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	102,09	364,74	-262,65	***
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	268,22	537,56	-269,35	***
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	237,60	520,52	-282,92	***

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 25: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (alle Befragten, Variante 2)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	34,58	50,30	-15,72	
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	126,19	221,36	-95,17	*
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	104,32	189,28	-84,96	**
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	245,09	308,68	-63,59	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	223,21	276,60	-53,38	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 26: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (Befragte älter als 50, Variante 2)

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	24,38	35,06	-10,68	
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	132,80	281,31	-148,51	**
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	103,11	269,73	-166,62	***
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	270,02	421,92	-151,91	***
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	240,32	410,34	-170,02	**

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,2, ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 27: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (alle Befragten, Variante 1), ohne stationär Pflegebedürftige

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	36,46	62,88	-26,42	
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	91,07	137,71	-46,64	
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	85,78	94,94	-9,16	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	204,59	214,77	-10,18	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	199,30	172,00	27,31	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 28: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (Befragte älter als 50, Variante 1), ohne stationär Pflegebedürftige

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	26,26	48,10	-21,84	(*)
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	74,41	151,50	-77,09	**
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	70,26	127,87	-57,60	(*)
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	203,39	273,88	-70,49	(*)
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	199,24	250,25	-51,00	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 29: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (alle Befragten, Variante 2), ohne stationär Pflegebedürftige

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	36,32	59,02	-22,71	
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	90,62	113,02	-22,40	
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	85,37	76,16	9,20	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	203,86	185,67	18,19	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	198,60	148,82	49,79	(*)

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 30: ATT Kosten Unterstützungsbedarf und Hilfen zur Lebensführung (Befragte älter als 50, Variante 2), ohne stationär Pflegebedürftige

Variable	Dimension	Progr.	Kontr.	Diff.	Signifikanz
Kosten (selbst getragen, angegeben)	Euro/Monat	25,29	41,44	-16,15	(*)
Kosten (selbst getragen, imputiert)	Euro/Monat	75,73	111,25	-35,52	
Kosten (Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	73,72	104,24	-30,52	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert)	Euro/Monat	207,13	236,09	-28,96	
Kosten (inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, Pflegegeld verrechnet, imputiert)	Euro/Monat	205,12	229,08	-23,96	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,2. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 31: Übersicht Kostendifferenzen zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe unter verschiedenen Annahmen – Gesamtkosten inkl. Kosten der Träger

	Variante 1		Variante 2	
	alle	über 50-Jährige	alle	über 50-Jährige
alle Versorgungsformen	**-30,9%**	**-50,1%**	-20,6%	**-36,0%**
ohne stationär Pflegebedürftige	-4,7%	-25,7%	9,8%	-12,3%

Quelle ZEW-Berechnungen, fett gedruckte Werte signifikant. Variante: Kosten inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert

Tabelle 32: 90%-Konfidenzintervalle für die Differenz zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe Gesamtkosten inkl. Kosten der Träger (alle Versorgungsformen)

	Variante 1		Variante 2	
	alle	über 50-Jährige	alle	über 50-Jährige
Untere Grenze	**-205,49**	**-394,48**	-160,74	**-259,06**
Obere Grenze	**-13,43**	**- 144,21**	33,56	**-44,75**

Quelle ZEW-Berechnungen, fett gedruckte Werte signifikant. Variante: Kosten inkl. Gesamtergebnis Einrichtung, imputiert

Tabelle 33: Vergleich der Fallzahlen

	alle Versorgungsformen		ohne stationär Pflegebedürftige	
	Programmgruppe	Kontrollgruppe	Programmgruppe	Kontrollgruppe
Variante 1				
Alle	203	351	181	338
über 50-Jährige	128	203	105	190
Variante 2				
Alle	203	351	182	338
über 50-Jährige	132	203	111	190

Quelle ZEW-Berechnungen.

3.5.4 Ergebnisse des Matchings für die qualitativen Variablen

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse für die qualitativen Variablen – d.h. für diejenigen Variablen, zu denen keine Kosteninformationen abgefragt wurden – erörtert. Dies bedeutet allerdings nicht, dass diese Analysen in ökonomischer Hinsicht nicht relevant sind. Insbesondere der folgende Abschnitt, der die Ausprägungen des nachbarschaftlichen Engagements in verschiedenen Dimensionen erläutert, hat einen durchaus ökonomisch bewertbaren Leistungsaustausch zum Gegenstand. Allerdings wurde in der Befragung – um die Befragten nicht übermäßig stark zu belasten und angesichts der zu erwartenden geringen Qualität entsprechender Angaben – auf eine explizite Bewertung dieser Nachbarschaftsleistungen durch die Befragten verzichtet. Sofern sich hier signifikante Unterschiede zwischen Programm- und Kontrollgruppe zugunsten der Modellprojekte in der Programmgruppe zeigen,

unterstreichen sie die im vorstehenden Abschnitt in den meisten Szenarien herausgearbeiteten Kostenvorteile. Eine pauschale Bewertung der erbrachten Nachbarschaftsleistungen ist auf der Basis des uns vorliegenden Mengengerüsts jedoch kaum möglich, da uns Information über Dauer und Häufigkeit der erbrachten Unterstützungsleistungen fehlen.

Um die Darstellung nicht zu überfrachten, werden im Folgenden nur die Ergebnisse der Variante 1 diskutiert, die Ergebnisse in der Variante 2 fallen sehr ähnlich aus.

3.5.4.1 Nachbarschaftliches Engagement

Zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe zeigen sich deutliche Unterschiede im Engagement der Bewohner für ihre Nachbarn. Betrachtet man zunächst alle Bewohner, so sind sowohl bei den gegebenen als auch bei den von Nachbarn erhaltenen Hilfeleistungen höhere Werte in der Programmgruppe festzustellen (vgl. Tabelle 34). Während 37 Prozent der Befragten in der Programmgruppe angeben, Unterstützung durch Nachbarn zu erhalten, sind es in der Kontrollgruppe mit 32 Prozent etwas weniger. Der Unterschied von 5 Prozentpunkten ist allerdings nicht signifikant. Ein deutlicherer und auch signifikanter Unterschied lässt sich jedoch bei gegebenen Hilfeleistungen feststellen: Hier geben mit 51 Prozent der Befragten in der Programmgruppe 17 Prozent mehr als in der Kontrollgruppe an, dass sie ihre Nachbarn durch Hilfeleistungen unterstützen. Ebenfalls signifikant sind die Unterschiede – diesmal sowohl bei den gegebenen als auch bei den empfangenen nachbarschaftlichen Unterstützungsleistungen –, wenn nach der Anzahl der Unterstützungsarten gefragt wird. Hier geben die Befragten in der Programmgruppe durchschnittlich einen Wert von 1,37 bei den gegebenen und von 0,76 bei den erhaltenen Leistungen an, die Befragten in der Kontrollgruppe weisen mit 0,67 und 0,55 deutlich geringere Werte auf.[27]

Noch prägnanter ist das Bild, wenn die Betrachtung auf die über 50-Jährigen beschränkt wird (vgl. Tabelle 35). Hier sind alle Unterschiede bei den aggregierten Variablen (Vorhandensein und Anzahl gegebener und erhaltener Hilfeleistungen) signifikant. Besonders augenfällig ist der Unterschied bei den erhaltenen Nachbarschaftshilfen: Hier geben 43 Prozent der Befragten in der Programmgruppe an, Hilfe erhalten zu haben: Ihnen stehen nur 26 Prozent in der Kontrollgruppe gegenüber. Dieser deutliche Unterschied spiegelt sich auch in der Nennung der Anzahl unterschiedlicher empfangener Hilfeleistungen wider (0,95 in der Programmgruppe vs. 0,45 in der Kontrollgruppe)

Betrachtet man das Muster der erhaltenen und gegebenen Hilfeleistungen genauer, so sind signifikante Unterschiede im Detail auch dort zu erkennen, wo im Aggregat keine Unter-

[27] Bei der Interpretation dieser und der folgenden Zahlen ist zu berücksichtigen, dass die entsprechenden Angaben auf Haushaltsebene abgefragt wurden und die Angaben des Haushaltsvorstands auf alle Haushaltsmitglieder übertragen wurden.

schiede erkennbar waren: So sind durchaus signifikante Differenzen aus der Nachbarschaft für alle Befragten bei den erhaltenen Hausmeister- und Handwerkerleistungen sichtbar, ebenfalls bei der Unterstützung bei Behördengängen, Arztbesuchen etc.

Ansonsten ergibt sich bei der Betrachtung der Unterschiede der Hilfeleistungen zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe ein recht heterogenes Bild, bei dem allerdings einige Gemeinsamkeiten festgestellt werden können: Es sind durchaus ganz konkrete praktische Unterstützungsleistungen (etwa beim Einkaufen, bei Handwerksleistungen, bei Behördengängen etc.), bei denen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erkennbar werden. Insbesondere bei den Älteren lassen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede bei der vom Rang her zweitwichtigsten Unterstützungsleistung – Lebenshilfe, Trost spenden etc. - feststellen. Ein zweites Ergebnis ist herauszustellen: Pflegeleistungen spielen in beiden Gruppen so gut wie keine Rolle, dementsprechend lassen sich auch keine quantitativ bedeutsamen Differenzen bei den Nennungen feststellen.[28]

[28] Wenngleich sich hier eine schwach signifikante Differenz zugunsten der Kontrollgruppe bei den über 50-Jährigen findet.

Tabelle 34: ATT Nachbarschaftliches Engagement (alle Befragten)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	Signifikanz
Nachbarschaftshilfe erhalten	Dummy	0,37	0,32	0,05	
Nachbarschaftshilfe gegeben	Dummy	0,51	0,34	0,17	***
Nachbarschaftshilfe erhalten	Anzahl	0,76	0,55	0,21	*
Nachbarschaftshilfe gegeben	Anzahl	1,37	0,67	0,69	***
Erhaltene Unterstützung					
Einkaufen	Dummy	0,15	0,11	0,04	(*)
Haushaltshilfe	Dummy	0,08	0,06	0,02	
Garten/Balkon/Blumen	Dummy	0,06	0,05	0,01	
Hausmeister/Handwerker	Dummy	0,15	0,05	0,10	***
Kinderbetr.	Dummy	0,03	0,03	0,00	
Sicherheit	Dummy	0,06	0,05	0,02	
Schreiben/Lesen	Dummy	0,01	0,00	0,01	
Behördengänge, Post, Arzt	Dummy	0,05	0,00	0,05	***
Lebenshilfe, Trost	Dummy	0,13	0,12	0,01	
Pflege	Dummy	0,00	0,00	0,00	
sonstige	Dummy	0,02	0,09	-0,07	***
Geleistete Unterstützung					
Einkaufen	Dummy	0,31	0,11	0,20	***
Haushaltshilfe	Dummy	0,10	0,05	0,05	*
Garten/Balkon/Blumen	Dummy	0,13	0,06	0,07	**
Hausmeister/Handwerker	Dummy	0,09	0,06	0,03	
Kinderbetr.	Dummy	0,06	0,05	0,02	
Sicherheit	Dummy	0,13	0,02	0,11	***
Schreiben/Lesen	Dummy	0,08	0,01	0,08	***
Behördengänge, Post, Arzt	Dummy	0,14	0,01	0,13	***
Lebenshilfe, Trost	Dummy	0,25	0,18	0,07	*
Pflege	Dummy	0,00	0,02	-0,02	
sonstige	Dummy	0,07	0,11	-0,04	(*)

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 35: ATT Nachbarschaftliches Engagement (Befragte älter als 50)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	Signifikanz
Nachbarschaftshilfe erhalten	Dummy	0,43	0,26	0,17	***
Nachbarschaftshilfe gegeben	Dummy	0,51	0,36	0,15	**
Nachbarschaftshilfe erhalten	Anzahl	0,95	0,45	0,49	***
Nachbarschaftshilfe gegeben	Anzahl	1,30	0,68	0,62	***
Erhaltene Unterstützung					
Einkaufen	Dummy	0,20	0,09	0,11	**
Haushaltshilfe	Dummy	0,11	0,04	0,07	*
Garten/Balkon/Blumen	Dummy	0,08	0,04	0,03	(*)
Hausmeister/Handwerker	Dummy	0,18	0,04	0,14	***
Kinderbetr.	Dummy	0,00	0,00	0,00	
Sicherheit	Dummy	0,09	0,02	0,07	**
Schreiben/Lesen	Dummy	0,02	0,00	0,01	
Behördengänge, Post, Arzt	Dummy	0,08	0,00	0,07	***
Lebenshilfe, Trost	Dummy	0,16	0,15	0,01	
Pflege	Dummy	0,01	0,00	0,00	
sonstige	Dummy	0,03	0,06	-0,03	
Geleistete Unterstützung					
Einkaufen	Dummy	0,32	0,11	0,21	***
Haushaltshilfe	Dummy	0,06	0,04	0,02	
Garten/Balkon/Blumen	Dummy	0,10	0,05	0,05	(*)
Hausmeister/Handwerker	Dummy	0,09	0,04	0,04	
Kinderbetr.	Dummy	0,05	0,04	0,01	
Sicherheit	Dummy	0,13	0,02	0,12	***
Schreiben/Lesen	Dummy	0,09	0,01	0,07	**
Behördengänge, Post, Arzt	Dummy	0,15	0,02	0,13	***
Lebenshilfe, Trost	Dummy	0,25	0,24	0,01	
Pflege	Dummy	0,00	0,02	-0,02	**(*)**
sonstige	Dummy	0,06	0,09	-0,03	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

3.5.4.2 Zeitverwendung und Aktivitäten in der Nachbarschaft

Deutliche Unterschiede finden sich für die Variablen, die die Zeitverwendung im Tagesverlauf, bezogen auf den Aufenthaltsort, und die nachbarschaftliche Aktivität widerspiegeln. Erhebliche Differenzen finden sich hier vor allem in Bezug auf den Aufenthalt allein (oder mit Mitgliedern des eigenen Haushalts) in der eigenen Wohnung. Allerdings sind diese Angaben in der Programmgruppe oft inkonsistent, da den geringeren Anteilen in der eigenen Wohnung keine höheren Anteile von Zeiten außerhalb der Wohnanlage oder innerhalb der Wohnanlage, die gemeinsam mit anderen verbracht werden, gegenüberstehen. Die Angaben für die Kontrollgruppe, die erheblich näher an 24 Stunden für den gesamten Tagesverlauf liegen, erschei-

nen hier im Durchschnitt deutlich plausibler. Dies gilt für beide Altersabgrenzungen in den Stichproben.

In Bezug auf die Aktivitäten, die gemeinsam mit Nachbarn unternommen werden, ergeben sich – bezogen auf die Nachbarn innerhalb der Häuser oder Wohnanlagen – deutlich höhere Werte in der Programmgruppe als in der Kontrollgruppe. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Befragten in der Kontrollgruppe – die, die in einem Einfamilienhaus, einem Reihenhaus oder einer Doppelhaushälfte wohnen – eine negative Antwort näher lag, sofern keine Gemeinschaftsräume vorhanden sind und gemeinschaftliche Aktivitäten daher nur in den jeweiligen Wohnungen/Häusern stattfinden können. Dies trifft auf immerhin 39 Haushalte mit insgesamt 86 Personen in der Kontrollgruppe zu. Insofern sind vergleichsweise hohe Werte in der Programmgruppe zwar ein Beleg dafür, dass die Wohnsituation in den Modellprojekten tatsächlich gemeinsame Aktivitäten der Bewohner fördert. Die signifikanten Abweichungen zur Kontrollgruppe sollten aber nicht überinterpretiert werden, insbesondere nicht im Hinblick auf den Vergleich mit den gemeinsamen Aktivitäten in den Einrichtungen des betreuten Wohnens und der stationären Pflege der Kontrollgruppe.

Insgesamt gesehen bestätigen die Ergebnisse die erwartbaren Effekte des gemeinsamen Wohnens und Lebens in den Modellprojekten: In der Programmgruppe geben nahezu alle Personen (96 Prozent) an, in organisierter oder nicht-organisierter Form etwas in der Hausgemeinschaft zu unternehmen. Differenziert nach organisierten und nicht organisierten Aktivitäten zeigt sich ein höherer Beteiligungsgrad bei den nicht-organisierten Aktivitäten (95 Prozent im Vergleich zu 84 Prozent bei den organisierten Aktivitäten. Insbesondere bei den organisierten Aktivitäten zeigt sich ein erheblicher Unterschied zur Kontrollgruppe, was allerdings wiederum z.T. in den Unterschieden der jeweiligen Wohnformen (in Einrichtungen vs. im Privathaushalt) begründet ist.

Bezüglich der Aktivitäten mit Nachbarn außerhalb der Häuser bzw. Wohnanlagen finden sich im Allgemeinen niedrigere Aktivitätsniveaus. Wenngleich hier insgesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen Programm- und Kontrollgruppe festzustellen sind, sind doch in den Einzelbereichen, insbesondere in den Bereichen der gemeinsamen Wahrnehmung von kulturellen Angeboten und Sportaktivitäten signifikant höhere Werte in der Programmgruppe zu verzeichnen. Ein ähnliches Aktivitätsmuster zeigt sich bei Betrachtung aller Befragten und der Betrachtung nur der über 50-Jährigen.

Tabelle 36: ATT Zeitverwendung und Aktivitäten in der Nachbarschaft (alle Befragten)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	Signifikanz
Allein in der Wohnung	Stunden/Tag	11,99	17,72	-5,73	***
Außerhalb der Wohnung	Stunden/Tag	3,77	4,24	-0,47	
Gemeinsam mit Nachbarn	Stunden/Tag	1,82	1,69	0,13	
Aktivitäten mit Nachbarn innerhalb Wohnanlage	Dummy	0,96	0,66	0,30	***
Aktivitäten mit Nachbarn außerhalb Wohnanlage	Dummy	0,38	0,39	0,00	
Aktivitäten mit Nachbarn innerhalb Wohnanlage	Anzahl	3,77	2,22	1,55	***
Aktivitäten mit Nachbarn außerhalb Wohnanlage	Anzahl	0,97	0,88	0,09	
Aktivitäten mit Nachbarn, organisiert	Dummy	0,84	0,40	0,43	***
Aktivitäten mit Nachbarn, nicht organisiert	Dummy	0,95	0,76	0,19	***
Aktivitäten mit Nachbarn, organisiert	Anzahl	2,66	1,13	1,52	***
Aktivitäten mit Nachbarn, nicht organisiert	Anzahl	3,59	1,84	1,75	***
Aktivitäten innerhalb					
Musik	Skala 0-5	0,16	0,17	-0,01	
Familien und Kinder	Skala 0-5	0,18	0,00	0,18	***
Selbsthilfe	Skala 0-5	0,02	0,05	-0,03	
Körper und Geist	Skala 0-5	0,37	0,36	0,01	
Kultur	Skala 0-5	0,27	0,19	0,08	
Bildung	Skala 0-5	0,22	0,16	0,06	
Hausgemeinschaft	Skala 0-5	0,79	0,20	0,60	***
Geselligkeit/Feste	Skala 0-5	1,26	0,44	0,82	***
Religiöse Angebote	Skala 0-5	0,18	0,14	0,04	
Verkaufs- und Tauschbörsen	Skala 0-5	0,20	0,04	0,16	***
Worte wechseln	Skala 0-5	3,97	2,65	1,31	**
Mahlzeiten zubereiten	Skala 0-5	0,39	0,29	0,10	
Kaffee und Kuchen	Skala 0-5	1,00	0,68	0,32	**
div. gemeinsame Aktivitäten	Skala 0-5	0,64	0,75	-0,11	
Aktivitäten außerhalb					
Musik		0,26	0,06	0,20	***
Familien und Kinder	Skala 0-5	0,04	0,07	-0,03	
Selbsthilfe	Skala 0-5	0,03	0,06	-0,03	
Körper und Geist	Skala 0-5	0,34	0,10	0,25	***
Kultur	Skala 0-5	0,31	0,06	0,25	***
Bildung	Skala 0-5	0,18	0,02	0,17	***
Hausgemeinschaft	Skala 0-5	0,01	0,01	0,01	
Geselligkeit/Feste	Skala 0-5	0,19	0,12	0,06	
Religiöse Angebote	Skala 0-5	0,24	0,04	0,20	***
Verkaufs- und Tauschbörsen	Skala 0-5	0,03	0,02	0,01	
Worte wechseln	Skala 0-5	0,32	1,33	-1,01	***
Mahlzeiten zubereiten	Skala 0-5	0,00	0,10	-0,09	**
Kaffee und Kuchen	Skala 0-5	0,09	0,27	-0,18	***
div. gemeinsame Aktivitäten	Skala 0-5	0,11	0,25	-0,14	*

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 37: ATT Zeitverwendung und Aktivitäten in der Nachbarschaft (Befragte älter als 50)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	Signifikanz
Allein in der Wohnung	Stunden/Tag	13,68	19,85	-6,17	***
Außerhalb der Wohnung	Stunden/Tag	2,12	2,34	-0,22	
Gemeinsam mit Nachbarn	Stunden/Tag	1,63	1,24	0,39	
Aktivitäten mit Nachbarn innerhalb Wohnanlage	Dummy	0,96	0,70	0,26	***
Aktivitäten mit Nachbarn außerhalb Wohnanlage	Dummy	0,33	0,31	0,02	
Aktivitäten mit Nachbarn innerhalb Wohnanlage	Anzahl	3,47	2,53	0,94	***
Aktivitäten mit Nachbarn außerhalb Wohnanlage	Anzahl	0,77	0,58	0,19	
Aktivitäten mit Nachbarn, organisiert	Dummy	0,84	0,54	0,31	***
Aktivitäten mit Nachbarn, nicht organisiert	Dummy	0,95	0,78	0,18	***
Aktivitäten mit Nachbarn, organisiert	Anzahl	2,34	1,49	0,84	***
Aktivitäten mit Nachbarn, nicht organisiert	Anzahl	3,27	2,17	1,09	***
Aktivitäten innerhalb					
Musik	Skala 0-5	0,18	0,31	-0,13	
Familien und Kinder	Skala 0-5	0,00	0,00	0,00	
Selbsthilfe	Skala 0-5	0,03	0,02	0,01	
Körper und Geist	Skala 0-5	0,56	0,54	0,02	
Kultur	Skala 0-5	0,30	0,32	-0,01	
Bildung	Skala 0-5	0,21	0,30	-0,09	
Hausgemeinschaft	Skala 0-5	0,70	0,20	0,50	***
Geselligkeit/Feste	Skala 0-5	1,32	0,65	0,67	***
Religiöse Angebote	Skala 0-5	0,23	0,19	0,04	
Verkaufs- und Tauschbörsen	Skala 0-5	0,06	0,05	0,01	
Worte wechseln	Skala 0-5	3,95	2,64	1,31	***
Mahlzeiten zubereiten	Skala 0-5	0,27	0,15	0,13	
Kaffee und Kuchen	Skala 0-5	0,94	0,55	0,39	**
div. gemeinsame Aktivitäten	Skala 0-5	0,65	0,80	-0,15	
Aktivitäten außerhalb					
Musik	Skala 0-5	0,02	0,00	0,02	
Familien und Kinder	Skala 0-5	0,04	0,04	0,00	
Selbsthilfe	Skala 0-5	0,05	0,04	0,00	
Körper und Geist	Skala 0-5	0,24	0,07	0,17	**
Kultur	Skala 0-5	0,22	0,05	0,16	***
Bildung	Skala 0-5	0,13	0,02	0,11	**
Hausgemeinschaft	Skala 0-5	0,02	0,01	0,02	
Geselligkeit/Feste	Skala 0-5	0,17	0,05	0,12	**
Religiöse Angebote	Skala 0-5	0,25	0,05	0,20	***
Verkaufs- und Tauschbörsen	Skala 0-5	0,03	0,02	0,01	
Worte wechseln	Skala 0-5	0,29	0,98	-0,70	***
Mahlzeiten zubereiten	Skala 0-5	0,00	0,02	-0,02	(*)
Kaffee und Kuchen	Skala 0-5	0,11	0,19	-0,08	
div. gemeinsame Aktivitäten	Skala 0-5	0,13	0,21	-0,08	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %.

3.5.4.3 Nutzung von Quartier und städtischem Umfeld

Kein einheitliches Bild zeigt sich beim Vergleich zwischen Programmgruppe und Kontrollgruppe im Hinblick auf die Nutzung von Wohnquartier und städtischer Umgebung. Bezogen auf alle Befragten ergeben sich für die Modellprojekte der Programmgruppe signifikant höhere Werte, wenn nach der Nutzung von Angeboten im Quartier überhaupt (Dummyvariable) gefragt wird.[29] Hier sind die Werte mit 84 Prozent der Befragten in der Programm- bzw. 76 Prozent der Befragten in der Kontrollgruppe allerdings ohnehin sehr hoch. Auch wenn man die Anzahl der Nennungen für die Wahrnehmung von Angeboten im Quartier einbezieht, ist ein statistisch signifikanter Unterschied festzustellen. Bei Bezug auf die Wahrnehmung von Angeboten im weiteren städtischen Umfeld zeigt sich eine genau gegenläufige Tendenz. Diese werden von den Befragten in der Kontrollgruppe in höherem Maße als von Befragten in der Programmgruppe wahrgenommen. Dies gilt sowohl in Bezug auf die Wahrnehmung von Angeboten überhaupt als auch in Bezug auf die Anzahl der Angebote, die wahrgenommen werden.

Betrachtet man ausschließlich die Befragten mit einem Lebensalter von mehr als 50 Jahren, so zeigen sich hinsichtlich der Quartiersaspekte nur noch in Bezug auf die Zahl der wahrgenommenen Quartiersangebote signifikante Differenzen zwischen Programm- und Kontrollgruppe. Für die Wahrnehmung von Angeboten aus dem städtischen Umfeld ist beim Vergleich der Anzahl der Nennungen zwischen Programm- und Kontrollgruppe festzustellen, dass Angebote im weiteren städtischen Umfeld von Mitgliedern der Kontrollgruppe in stärkerem Maße als von Mitgliedern der Programmgruppe wahrgenommen werden.

Betrachtet man die Muster der Quartiersbeziehungen und der Inanspruchnahme des weiteren städtischen Umfeldes, so lassen sich signifikante Unterschiede in beiden Abgrenzungen für den Besuch öffentlicher Veranstaltungen im Quartier, aber auch bei einer Reihe privatwirtschaftlicher Angebote feststellen (Besuch von Restaurants, Cafes, Konditoreien, Einkaufen und Kino im Viertel).

[29] Der Vergleich wurde nur für die Personen durchgeführt, die sich nicht in stationärer Pflege befanden. Die stationär Pflegebedürftigen wurden nicht detailliert zu den Quartiersaspekten befragt, um ihre Belastung durch das ohnehin schon anstrengende Interview so gering wie möglich zu halten.

Tabelle 38: ATT Nutzung von Quartier und städtischem Umfeld (alle Befragten, ohne stationär Pflegebedürftige)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	Signifikanz
Nutzung Quartier	Dummy	0,84	0,76	0,08	*
Nutzung Gesamtstadt	Dummy	0,71	0,78	-0,07	(*)
Nutzung Quartier	Anzahl	2,54	2,05	0,49	**
Nutzung Gesamtstadt	Anzahl	2,37	3,45	-1,08	***
Öffentliche Einrichtungen					
Beratungsstellen Quartier	Skala 0-5	0,10	0,03	0,07	**
Beratungsstellen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,11	0,13	-0,02	
Veranstaltungen Quartier	Skala 0-5	0,52	0,26	0,26	***
Veranstaltungen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,72	1,11	-0,39	***
Sportstätten/Schwimm. Quartier	Skala 0-5	0,43	0,43	-0,01	
Sportstätten/Schwimm. Gesamtstadt	Skala 0-5	0,93	1,04	-0,10	
VHS Quartier	Skala 0-5	0,10	0,10	0,00	
VHS Gesamtstadt	Skala 0-5	0,09	0,12	-0,03	
Sonst. öfft. Einrichtungen Quartier	Skala 0-5	0,06	0,16	-0,10	(*)
Sonst. öfft. Einrichtungen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,12	0,35	-0,23	(*)
Privatwirtschaft					
Gaststätten Quartier	Skala 0-5	1,26	0,91	0,35	**
Gaststätten Gesamtstadt	Skala 0-5	1,43	1,31	0,12	
Einkauf Lebensmittel Quartier	Skala 0-5	2,82	2,36	0,46	**
Einkauf Lebensmittel Gesamtstadt	Skala 0-5	0,88	2,01	-1,12	***
Kino/Kultur privat Quartier	Skala 0-5	0,39	0,08	0,31	***
Kino/Kultur privat Gesamtstadt	Skala 0-5	0,36	0,69	-0,32	**
sonst. Privatwirtschaft Quartier	Skala 0-5	0,00	0,05	-0,05	(*)
sonst. Privatwirtschaft Gesamtstadt	Skala 0-5	0,04	0,07	-0,03	
Dritter Sektor					
Kirche Quartier	Skala 0-5	0,62	0,47	0,15	
Kirche Gesamtstadt	Skala 0-5	0,35	0,42	-0,07	
Bildungseinrichtungen Quartier	Skala 0-5	0,15	0,06	0,09	(*)
Bildungseinrichtungen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,19	0,27	-0,08	
Vereine etc. Quartier	Skala 0-5	0,25	0,17	0,08	
Vereine etc. Gesamtstadt	Skala 0-5	0,26	0,47	-0,21	**
Sonstige Initiativen Quartier	Skala 0-5	0,00	0,06	-0,06	**
Sonstige Initiativen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,07	0,09	-0,02	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 39: ATT Nutzung von Quartier und städtischem Umfeld (Befragte älter als 50, ohne stationär Pflegebedürftige)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	Signifikanz
Nutzung Quartier	Dummy	0,87	0,80	0,07	
Nutzung Gesamtstadt	Dummy	0,62	0,62	0,00	
Nutzung Quartier	Anzahl	2,53	1,92	0,62	**
Nutzung Gesamtstadt	Anzahl	1,70	2,74	-1,04	*
Öffentliche Einrichtungen					
Beratungsstellen Quartier	Skala 0-5	0,04	0,00	0,03	
Beratungsstellen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,08	0,09	-0,01	
Veranstaltungen Quartier	Skala 0-5	0,54	0,24	0,31	**
Veranstaltungen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,56	0,88	-0,32	(*)
Sportstätten/Schwimm. Quartier	Skala 0-5	0,45	0,37	0,08	
Sportstätten/Schwimm. Gesamtstadt	Skala 0-5	0,48	0,86	-0,38	
VHS Q	Skala 0-5	0,15	0,08	0,07	
VHS Gesamtstadt	Skala 0-5	0,14	0,23	-0,08	
Sonst. öfft. Einrichtungen Quartier	Skala 0-5	0,07	0,04	0,03	
Sonst. öfft. Einrichtungen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,11	0,35	-0,24	
Privatwirtschaft					
Gaststätten Quartier	Skala 0-5	1,23	0,72	0,51	***
Gaststätten Gesamtstadt	Skala 0-5	0,98	1,12	-0,14	
Einkauf Lebensmittel Quartier	Skala 0-5	2,90	2,58	0,31	
Einkauf Lebensmittel Gesamtstadt	Skala 0-5	0,51	1,56	-1,05	***
Kino/Kultur privat Quartier	Skala 0-5	0,32	0,07	0,26	***
Kino/Kultur privat Gesamtstadt	Skala 0-5	0,23	0,55	-0,32	(*)
sonst. Privatwirtschaft Quartier	Skala 0-5	0,00	0,07	-0,07	(*)
sonst. Privatwirtschaft Gesamtstadt	Skala 0-5	0,04	0,01	0,03	
Dritter Sektor					
Kirche Quartier	Skala 0-5	0,75	0,55	0,20	
Kirche Gesamtstadt	Skala 0-5	0,36	0,14	0,22	
Bildungseinrichtungen Quartier	Skala 0-5	0,03	0,06	-0,03	
Bildungseinrichtungen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,16	0,29	-0,13	
Vereine etc. Quartier	Skala 0-5	0,23	0,29	-0,06	
Vereine etc. Gesamtstadt	Skala 0-5	0,18	0,61	-0,43	*
Sonstige Initiativen Quartier	Skala 0-5	0,00	0,09	-0,09	*
Sonstige Initiativen Gesamtstadt	Skala 0-5	0,10	0,04	0,06	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

3.5.4.4 Wohnqualität, Soziales Umfeld, Zufriedenheit

Für die drei Variablen, die die Bewertung der Wohnqualität, des sozialen Umfeldes und die allgemeine Lebenszufriedenheit widerspiegeln, zeigen sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Bewertung der Wohn- und Lebensbedingungen im Wohnviertel und in Bezug auf die Bewertung des sozialen Umfeldes. Die Wohn- und Lebensbedingungen werden von den Befragten der Programmgruppe deutlich besser bewertet (mittlere Note 1,98, Bewertungs-

spielraum 1-5 nach Schulnotensystem) als von Befragten der Kontrollgruppe (mittlere Note 2,39). Ebenfalls deutlich besser bewertet wird das soziale Zusammenleben im Viertel (2,25 in der Programmgruppe versus 3,08 in der Kontrollgruppe). Betrachtet man ausschließlich die über 50-Jährigen, so werden diese Unterschiede noch etwas größer, insbesondere weil sich die Bewertungen in der Kontrollgruppe verschlechtern, während diejenigen in der Programmgruppe auf etwa gleichem Niveau bleiben.

Für die anderen Variablen (allgemeine Lebenszufriedenheit, aufsteigend bewertet auf einer Skala von 1 „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 „ganz und gar zufrieden“) lassen sich in beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Tabelle 40: ATT Wohnqualität, Soziales Umfeld, Lebenszufriedenheit (alle Befragten)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	
Wohn-/Lebensbedingungen Wohnviertel	Skala 1-5	1,98	2,39	-0,41	**
Soziales Zusammenleben Wohnviertel	Skala 1-5	2,25	3,08	-0,83	***
Lebenszufriedenheit	Skala 1-10	8,46	8,37	0,10	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

Tabelle 41: ATT Wohnqualität, Soziales Umfeld, Lebenszufriedenheit (Befragte älter als 50)

	Dimension	Programm gruppe	Kontroll gruppe	Differenz	
Wohn-/Lebensbedingungen Wohnviertel	Skala 1-5	2,09	2,79	-0,70	***
Soziales Zusammenleben Wohnviertel	Skala 1-5	2,31	3,41	-1,10	***
Lebenszufriedenheit	Skala 1-10	8,69	8,32	0,37	

Quelle: ZEW-Berechnungen, Radius 0,05, Variante 1. ***/**/*/(*) = Signifikanzniveau > 99/95/90/80 %

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Unsere Analysen haben folgendes Bild ergeben: Die gesundheitliche Entwicklung der Bewohner in den Modellprojekten weicht signifikant von der Entwicklung in der Kontrollgruppe ab: Obwohl vor dem Einzug in die jeweiligen Projekte keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen und im Pflegebedarf bestanden, waren zum Befragungszeitpunkt signifikant geringere Werte in den Modellprojekten festzustellen. Dies stellt ein Indiz für mögliche positive Effekte der Modellprojekte auf die Entwicklung des Pflegebedarfs dar, sollte aber auch nicht überinterpretiert werden. Unsere quantitativen Analysen verwenden notwendigerweise recht grobe Indikatoren für den Gesundheitszustand und Pflegebedarf. Daher kann auch unbeobachtete Varianz in der gesundheitlichen Disposition Ursache für diese Abweichungen sein, darüber hinaus können auch Unterschiede in den Verweildauern eine Rolle spielen.

Sowohl bei Annahme eines gleichen Gesundheitszustands vor Einzug als auch zum Befragungszeitpunkt lässt sich eine geringere Inanspruchnahme von Hilfen durch die Bewohner in der Programm- als in der Kontrollgruppe erkennen, statistisch signifikant sind diese Unterschiede bei der Betrachtung der über 50-Jährigen. Größer und deutlicher ist der Unterschied erwartungsgemäß in der Variante 1, die die bessere gesundheitliche Entwicklung bzw. den geringeren Pflegebedarf den Projekten zurechnet. Bemerkenswert ist, dass trotz des (z.T. insignifikant) geringeren Hilfebedarfs ein (z.T.) signifikanter positiver Unterschied in der Inanspruchnahme von Hilfen durch andere Bewohner in den Modellprojekten besteht.

In beiden Szenarien können für die betrachteten Modellprojekte Kostenvorteile gegenüber der Situation in der Kontrollgruppe ermittelt werden. Unsere Resultate ergeben in der Variante 1 mit endogener Entwicklung des Gesundheitszustands eine Kostenreduzierung von rund 30 Prozent, wenn die Kosten über alle Ebenen saldiert werden. Betrachtet man nur die über 50-Jährigen, so beträgt die Ersparnis sogar 50 Prozent. Rechnet man in der Variante 2, die die bessere gesundheitliche Entwicklung in den Modellprojekten als exogen gegeben ansieht, so ergibt sich immer noch ein (allerdings nicht mehr signifikanter) Kostenvorteil von rund 20 Prozent über alle Befragten und von 36 Prozent (signifikant) bei den über 50-Jährigen. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass die Konfidenzintervalle für diese Unterschiede sehr groß sind, also eine beträchtliche statistische Unsicherheit über die exakte Höhe der Unterschiede besteht.

Entscheidend für die Höhe des Kostenvorteils der Modellprojekte ist der Einbezug auch von Fällen mit höherem Unterstützungsbedarf, die alternativ zum Aufenthalt in den Modellprojekten stationär gepflegt werden müssten. Eine Sensitivitätsanalyse, in der alle stationär Pflegebedürftigen in der Kontrollgruppe ausgeklammert werden, erbringt in allen Varianten keine signifikanten Kostenunterschiede mehr. Die negativen Vorzeichen zugunsten der Modellprojekte, die auf Kostenvorteile hindeuten, bleiben aber meist erhalten. Zu berücksichtigen ist

allerdings, dass mögliche Kostenunterschiede im Bereich der ambulanten Pflege durch die von uns vorgenommenen Imputationen nivelliert werden, was zur Insignifikanz der Unterschiede in der Betrachtung ohne stationäre Pflegefälle beiträgt. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Kosten der ambulanten Versorgung möglicherweise unterzeichnet sind, weil Leistungen der behandlungspflegerischen Versorgung nach § 37 SGB V, die direkt zwischen Krankenkasse und Pflegedienst abgerechnet werden, in der Erfassung der Kosten unzureichend berücksichtigt worden sind.

Zwischen Modellprojekten und Kontrollgruppe zeigen sich deutliche Unterschiede im Engagement der Bewohner für ihre Nachbarn. Sowohl bei den gegebenen als auch bei den von Nachbarn erhaltenen Hilfeleistungen sind höhere Werte in den Modellprojekten als in der Kontrollgruppe zu beobachten. Dies gilt insbesondere dann, wenn die über 50-Jährigen betrachtet werden. Es sind durchaus ganz konkrete praktische Unterstützungsleistungen (etwa beim Einkaufen, bei Handwerksleistungen, bei Behördengängen etc.), bei denen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erkennbar werden. Allerdings spielen Pflegeleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe so gut wie keine Rolle.

Alle Fragen, die auf das soziale Leben der Bewohner in den Modellprojekten abzielen, ergeben in der Regel positive Abweichungen zu den in der Kontrollgruppe gemessenen Effekten. So verbringen die Bewohner der Modellprojekte signifikant weniger Zeit in der eigenen Wohnung und beteiligen sich mehr an gemeinsamen Aktivitäten mit ihren Nachbarn. Die signifikanten Abweichungen zur Kontrollgruppe sollten aber nicht überinterpretiert werden. Es ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Befragten in der Kontrollgruppe in einem Einfamilienhaus, einem Reihenhaus oder einer Doppelhaushälfte wohnt und bestimmte Formen des nachbarschaftlichen Miteinanders hier nicht oder nur schwer realisiert werden können.

Bewohner der Modellprojekte nutzen signifikant stärker die Angebote im Wohnquartier als dies in der Kontrollgruppe der Fall ist. Bei dieser Analyse wurden die stationär Pflegebedürftigen ausgeklammert, um die Belastung durch die Befragung so gering wie möglich zu halten. Betrachtet man die Muster der Quartiersbeziehungen und der Inanspruchnahme des weiteren städtischen Umfeldes, so lassen sich signifikante Unterschiede für den Besuch öffentlicher Veranstaltungen im Quartier, aber auch bei einer Reihe privatwirtschaftlicher Angebote feststellen (Besuch von Restaurants, Cafes, Konditoreien, Einkaufen und Kino im Viertel).

Die Wohn- und Lebensbedingungen werden von den Befragten der Programmgruppe deutlich besser bewertet als von den Befragten der Kontrollgruppe. Ebenfalls deutlich besser bewertet wird das soziale Zusammenleben im Viertel. Betrachtet man ausschließlich die über 50-Jährigen, so werden diese Unterschiede noch etwas größer, insbesondere weil sich die Bewertungen in der Kontrollgruppe verschlechtern, während diejenigen in der Programmgruppe auf etwa gleichem Niveau bleiben.

4 Qualitative Analysen: Quartier & Welfare-Mix

Die quantitativen Analysen der SROI-Rechnung haben gezeigt, dass die Modellprojekte Nutzeneffekte im Sinne eines ökonomischen, sozioökonomischen und sozialen Mehrwerts generieren. So konnte festgestellt werden, dass die Projekte die für die Bewohner entstehenden Kosten deutlich reduzieren, und dass Nachbarschaftshilfe in den Modellprojekten (trotz geringeren Unterstützungsbedarfs) stärker in Anspruch genommen wird als in der Kontrollgruppe. Im folgenden Abschnitt sollen die gewonnenen Erkenntnisse durch qualitative Analysen ergänzt werden, die auf der Grundlage zusätzlicher Einzelinterviews mit Bewohnern und Vertretern des sozialen Umfelds sowie der Mitarbeiter der Projekte durchgeführt wurden. Diese vertiefenden Betrachtungen gelten den Zusammenhängen zwischen Quartier und Modelleinrichtungen, sowie dem Zusammenwirken verschiedener Institutionen aus dem öffentlichen, privaten und gemeinwirtschaftlichen Bereich (Welfare Mix). Die wichtigsten Ergebnisse dieser Analysen werden in den folgenden Unterkapiteln zusammengefasst.[30]

Da das eigene Quartier im Alter an Bedeutung gewinnt, weil mehr Zeit dort verbracht wird und Wege beschwerlicher werden, erörtert die vertiefende Quartiersanalyse, welche Bedeutung das Quartier für die Modelleinrichtungen besitzt und welche Auswirkungen letztere auf das jeweilige Quartier erkennen lassen. Die Analyse im „Lebensraum“ Gänsbühl in Ravensburg (Stiftung Liebenau) und im „Haus im Viertel“ in Bremen (Bremer Heimstiftung) zeigt, dass beide Projekte von ihrer zentralen innerstädtischen Lage und der engen Verzahnung mit der Umgebung der Einrichtung stark geprägt werden. In dieser qualitativen Betrachtung wird deutlich, dass hinter den knappen Worten der "Gemeinwesenarbeit" und der "sozialen Vernetzung" ein äußerst vielfältiges Spektrum von Angeboten im Sinne nachbarschaftlicher Hilfen, ein lebendiges Kultur- und Gemeinschaftsleben mit Beteiligten von inner- und außerhalb des Projektes, ein enger wirtschaftlicher Austausch einschließlich seiner Beschäftigungswirksamkeit und eine Vielzahl von Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen im Quartier stehen.

In der Welfare-Mix-Analyse wird schließlich untersucht, wie die Leistungen der Sektoren Staat, Markt, Familie und Dritter Sektor in den Modelleinrichtungen verknüpft werden, und wovon das erfolgreiche „Abmischen“ von Wohlfahrt und die Entstehung des Gefühls gemeinsamer Verantwortlichkeit abhängt. Die Analyse zeigt, dass sich das Wohnen in den Modellprojekten als Arbeit an einer spezifischen Kultur des Zusammenlebens interpretieren lässt, die

---

[30] Die Welfare-Mix-Analyse wird in einem gesonderten Band durch das Netzwerk SONG veröffentlicht: Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älter-werden. Band 2. Eine neue Architektur des Sozialen - Sechs Fallstudien zum Welfare-Mix", Gütersloh 2009.

die Leistungsfähigkeit der einzelnen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion nicht in Abrede stellt, sondern Leistungen in fruchtbarer Weise verknüpft.

4.1 Vertiefende Quartiersanalyse: Gegenseitiger Nutzen von Projekt und Quartier

4.1.1 Quartiersbegriff und Quartiersansatz

Das Quartier – häufig in der Zusammensetzung "lebendiges Stadtquartier" – ist derzeit, gerade im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, in aller Munde: in der Stadtplanung, Projektentwicklung und in den Medien. Der Quartiersbezug von Einrichtungen und Angeboten gehört heute zum gebräuchlichen Repertoire im sozialen Management. Auch im Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) spielt der Quartiersbegriff eine zentrale Rolle. In vielen Veröffentlichungen zum Thema wird der Begriff "Quartier" selbst allerdings kaum genauer definiert und besitzt verschiedene Konnotationen. Die vorliegende Quartiersanalyse geht von einem offenen und handlungsorientierten Quartiersbegriff aus, der die – auch unterschiedlichen – Perspektiven der Nutzerinnen und Nutzer sowie der "Akteure" in den Mittelpunkt stellt. Wir verstehen den Begriff "Quartier" im Gegensatz zu starren metrischen und administrativen Abgrenzungen (Wahl-, Schul-, statistische Bezirke) als "flüssig", handlungs- und nutzerorientiert, integrativ, auf Zusammenhänge und die jeweils besonderen Eigenschaften und konkreten Gegebenheiten vor Ort gerichtet. Der Fokus liegt auf dem Alltag, der gerade nicht in einzelne Funktionen unterteilt ist. Dies schließt einen doppelten Blickwinkel ein:

– Aus der Binnenperspektive der dort lebenden und arbeitenden Menschen ist ihr Quartier der Handlungsraum für den Alltag, "wo man sich kennt und auskennt", der (oft fußläufige) Aktionsradius, Ort der konkreten Verankerung und alltäglich-selbstverständlicher, auch beiläufiger lockerer Kontakte, dem man sich zugehörig fühlen kann, für den man sich vielleicht interessiert und engagiert, der aber oft – gerade in städtischen Kontexten – nicht klar zu begrenzen und zu bezeichnen ist. Dazu gehören konstante Objekt- und Personenbeziehungen, die vertrauten Wege, Gebäude, Nutzungen, Personen und Angebote, wie der Bäcker an der Ecke, die "Nahversorgung", das, was man auf kurzem Wege und im Zusammenhang erledigen kann.

– Aus Sicht der Planung, der Einrichtungen und anderer Professioneller bedeutet der Quartiersansatz, differenzierte Sozialräume in den Blick zu nehmen, eine kleinräumige Perspektive auf das je besondere Quartier mit seinen eigenen Möglichkeiten und Herausforderungen in seiner Bedeutung für die Lebensbedingungen der Menschen. Dies erfordert das Denken und Handeln im Zusammenhang statt in fachlichen Kategorien. Damit verbindet sich auch die Überzeugung, dass Probleme vor Ort, dezentral, mit genauer Kenntnis des Vorhandenen und seiner Möglichkeiten besser zu lösen sind. Deswegen sind keine großräumigen oder zentralistischen Standardlösungen gefragt, sondern differenzierte orts-

bezogene Konzepte und auch eine Portion Vertrauen in Selbstorganisation und Selbstregulation. Politik und Verwaltung sind jedoch in der Regel fachlich sortiert und nicht räumlich organisiert.

Das Quartier ist also nicht auf die unmittelbare Wohnumgebung und auch nicht auf die Wohnfunktion beschränkt. Die häufig zu beobachtende Gleichsetzung von "Quartier" mit "Wohnquartier" unterschlägt auch, dass nicht nur das Wohnumfeld, sondern auch das Arbeitsumfeld – zum Beispiel bei vielen Fragen der Alltagsorganisation – eine große Bedeutung hat. Zudem gibt es systematische Unterschiede zwischen unterschiedlichen Quartierstypen, vor allem zwischen Wohnsiedlungen, in denen die Nutzungen auf Wohnungen und Wohnfolgeeinrichtungen beschränkt sind, und Mischgebieten mit einer Vielzahl und Vielfalt von Nutzungen auch der lokalen Ökonomie und der Zivilgesellschaft über die unmittelbaren Bewohnerbedürfnisse hinaus. Soziale Beziehungen und Angebote ebenso wie die Alltagstauglichkeit eines Quartiers hängen somit auch – was in der Diskussion oft vernachlässigt wird – eng mit städtebaulichen Voraussetzungen zusammen.

Im Alter gewinnt das eigene Quartier an Bedeutung, wenn man mehr Zeit dort verbringt als bisher und Wege beschwerlicher werden. Was im Quartier in der Nähe, auf kurzem Wege erreichbar ist, wird damit zum entscheidenden Kriterium der Lebensqualität im höheren Alter. Auch für jene Menschen, deren Mobilität besonders stark eingeschränkt ist, ist es für die Teilhabe am Leben außerhalb ein Unterschied, ob im Haus vom Leben im Quartier etwas zu sehen und zu hören ist, und ob die Wege zu ihnen für Besucher und andere kurz sind.

4.1.2 Ergebnisse aus der standardisierten Befragung der Programmgruppe

Auch in die quantitative Befragung (siehe Kapitel 4) wurden Fragen zur Bedeutung des Quartiers aufgenommen. Ergebnisse waren unter anderem, dass

- bei den Entscheidungskriterien für den Einzug das Quartier mit seiner Lage und seinen Angeboten neben der Möglichkeit zur eigenständigen Lebensführung bei einigen Projekten zu den wichtigsten Gründen gehört (Haus im Viertel Bremen, Lebensräume Ravensburg Gänsbühl und Weinbergstraße),
- bei den Hilfeleistungen, die man von anderen Bewohnern erhält, das Einkaufen (nach Hausmeister- und Handwerkerdiensten) an zweiter Stelle steht, bei den für andere Bewohner geleisteten Hilfen sogar an erster Stelle,
- es bezüglich der Aktivitäten der Bewohner direkt vor Ort (im Quartier bzw. in der eigenen – kleinen – Gemeinde) deutliche Unterschiede zwischen den Wohnprojekten gibt: Einkaufen, Besuch von Restaurants, Cafés, Konditoreien etc., von Kinos und sonstigen privaten Kultureinrichtungen, von Veranstaltungen wie Theater, Konzerten oder Vorträgen, Kirchgang.

Die unterschiedliche Nutzung hat offensichtlich auch mit den im Quartier vorhandenen Angeboten zu tun. Eine Potenzialanalyse hat deswegen auch die Potenziale des Quartiers – über soziale Dienste und Hilfen hinaus – einzubeziehen.

4.1.3 Der Ansatz der vertiefenden Quartiersanalyse

Die Quartiersanalyse ging den Wechselwirkungen zwischen den Wohnprojekten und dem Quartier nach: Was bedeutet das Quartier für die Einrichtung und die in ihr lebenden und arbeitenden Menschen? Was nützt die Einrichtung dem Quartier? Was nützt das Quartier der Einrichtung? Gegenstand waren unter anderem die Art und Nutzung der in der Einrichtung angebotenen Leistungen, der Räumlichkeiten, die Beschäftigung, wirtschaftliche Austauschbeziehungen mit dem Quartier, die von der Einrichtung empfangenen und ausgehenden Beziehungen, die Wahrnehmung der Einrichtung im Quartier und die Auswirkungen auf Lebensqualität und Stadtteilleben. Die Untersuchung war explorativ und qualitativ ausgerichtet, sie umfasste:

- 13 ausführlichere Interviews mit der Hausleitung, Beschäftigten und ausgewählten Bewohnern (Mietern, Eigentümern) und Nachbarn
- 26 Interviews mit Kooperationspartnern, Vertretern anderer Einrichtungen, Geschäften, Dienstleistern, der Kommune und einige Kurzinterviews mit Passanten aus dem Quartier
- Dokumentensichtung (Jahresbericht, Presse, Faltblätter)
- Analyse der Standorte der Einrichtungen im Zusammenhang mit den städtebaulichen Gegebenheiten und der Infrastruktur des Quartiers.

Zusätzlich wurden Fragen zur Bedeutung des Quartiers in die standardisierte Befragung aufgenommen.

Die Analyse wurde exemplarisch an zwei Standorten, dem Haus im Viertel in Bremen und dem „Lebensraum“ Gänsbühl in Ravensburg durchgeführt (Näheres zu den Projekten vgl. Netzwerk Soziales neu gestalten 2008).

4.1.4 Angebote für das Quartier und aus dem Quartier

In beiden Häusern gibt es ein vielfältiges. über professionelle Betreuung und Pflege hinausgehendes, Angebot. Kleinere gegenseitige Alltagshilfen – unter anderem im Bereich Hauswirtschaft, Pflege, Handwerk, Begleitung – werden zum Teil durch die Hausleitung und Gemeinwesenarbeiterin vermittelt. Wer zusätzlich oder ausschließlich professionelle Hilfen benötigt, kann – wie jeder andere auch – ambulante Dienste beauftragen oder organisierte Nachbarschaftshilfen von Kirchengemeinden in Anspruch nehmen.

Auch im Bereich von Freizeit, Bildung, Kinder und Familie (bei den Lebensräumen), Gesundheit, Selbsthilfe, Kultur gibt es zahlreiche Angebote in beiden Häusern. Diese werden sowohl von Bewohnerinnen und Bewohnern als auch von anderen Engagierten organisiert und genutzt. Das Engagement – der Bewohner wie Außenstehender – kommt zu einem guten Teil erst dadurch zustande, dass es durch die Gemeinwesenarbeit oder Hausleitung Impulse, Unterstützung, einen organisatorischen Rahmen erhält, dass Kontakte hergestellt, Ressourcen erkannt und erschlossen werden.

Im Lebensraum Gänsbühl hat die Stadtteilarbeit zum Ziel, bürgerschaftliches Engagement und Kommunikation im Stadtteil zu fördern und Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Die Gemeinwesenarbeiterin unterstützt neue Initiativen von Bürgerinnen und Bürgern von der Idee bis zur Verwirklichung. Im Lebensraum mit seinem Treff 43 werden rund 50 Angebote gemacht, davon etwa 20 von Bewohnerinnen und Bewohnern (z.T. mit Unterstützung von Menschen aus der Nachbarschaft) und weitere 30 von engagierten Bürgerinnen und Bürgern aus dem Quartier, der Stadt und dem Umkreis. Diese Angebote sind öffentlich, sie können von Menschen sowohl aus der Einrichtung als auch aus dem Quartier und der Gesamtstadt genutzt werden. Die Angebote werden jeden Monat von rund 1500 Menschen in Anspruch genommen. Sie sollen auch für sozial Benachteiligte zugänglich sein, daher sind Veranstaltungen oder Projekte für Menschen mit geringem Einkommen kostenfrei. Über die öffentlichen Angebote hinaus gibt es auch interne Projekte (z.B. Filmabend, "Tour de Ländle", rollender Computer, Gemüsegarten, gemeinsame Feste, Hauszeitung, Vorträge).

Im Haus im Viertel gibt es eine Vielfalt an internen und offenen Angeboten in den Bereichen Freizeit, Bildung, Kultur und Gesundheit zusätzlich zu denen der Paritätischen Dienste und des Dienstleistungszentrums. Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen sehen sich in einer vermittelnden und fördernden Rolle, um die Mieterinnen und Mieter in ihrer Selbständigkeit soweit wie möglich zu unterstützen, gegenseitige Hilfe zu fördern und eine Atmosphäre guter, gelebter Nachbarschaft zu schaffen. Zu Angeboten der Mieter für Mieter gehören Gedächtnistraining, Freitagsrunde, Etagentreff, Bibliothek, der „Klönschnack“ und verschiedene Spielerunden. Hauschor, Geschichtswerkstatt, Theaterbesuchskreis, Literaturkreis und ein Gesprächskreis mit der Pastorin werden von Nachbarn oder Menschen aus dem Umfeld ehrenamtlich und kostenlos für die Mieter angeboten. Außerdem bieten Personen von außen für die Mieter Gymnastik mit Musik, Sitzgymnastik, Yoga und einen Kunstsalon an. Konzerte, Ausstellungen oder Informationsveranstaltungen organisiert die Hausleitung. Diese Veranstaltungen werden auch von Nachbarn und Stadtteilbewohnern besucht. Zusätzlich erweitern die Aktivitäten des Vereins FundamtTreffen e.V. das Angebotsspektrum. Die sozialen und kulturellen Aktivitäten des Vereins sind für alle – Mieter, Besucher, Stadtteilbewohner – offen. Dies gilt auch für die Kurse der Volkshochschule oder Veranstaltungen des Buddhistischen Zentrums.

Durch diese Angebote ergeben sich vielfältige Möglichkeiten zum Tätigsein und zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben – für die Menschen im Wohnprojekt und im Quartier. Zusätzlich kommt durch die Externen auch noch mehr Leben ins Haus.

4.1.5 Quartiersbezug auch durch Kooperationen im Haus

In beiden Wohnprojekten haben sich mehrere Kooperationspartner unter einem Dach bzw. auf einem Grundstück in direkter Nachbarschaft zusammengefunden.

Im Haus im Viertel waren die Paritätischen Dienste von Beginn an wichtige Partner der Bremer Heimstiftung. Durch das Akzent-Wohnen werden körperbehinderte Menschen unterstützt, so dass sie selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben können. Mit der im Haus ansässigen Pflegezentrale ist eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft (Servicenotrufe) gegeben und ein ambulanter Pflegedienst direkt vor Ort. 30 Mieterinnen und Mieter des Haus im Viertel und sechs Kunden aus dem Stadtteil werden vom Pflegedienst ambulant betreut. Durch das Dienstleistungszentrum des DRK, das seine Anlaufstelle ebenfalls im Haus im Viertel hat, können die Mieterinnen und Mieter Angebote im Bereich der Nachbarschaftshilfe, des Mobilen Sozialen Hilfsdienstes oder Beratung und Vermittlung weiterer Hilfen nutzen. Zurzeit nehmen 23 Mieterinnen und Mieter und rund 100 Personen aus dem Stadtteil die Dienste in Anspruch. In einem weiteren Bauabschnitt konnte auch das alte Fundamts-Gebäude einbezogen werden. Dort betreibt der Verein FundamtTreffen e.V. ein kulturelles Begegnungszentrum, im ersten Obergeschoss nutzen das Buddhistische Zentrum und die Volkshochschule Räumlichkeiten, die Mieter des Haus im Viertel haben dort ihren Gemeinschaftsraum und im zweiten Obergeschoss hat die Wohngemeinschaft für Menschen mit dementieller Erkrankung ihr Zuhause. Im Neubau gegenüber ist ein Montessori-Kinderhaus eingezogen.

Im Lebensraum Gänsbühl wurde das Café lange privatwirtschaftlich betrieben. Seit 2007 ist das "Café Miteinander" jedoch in der Trägerschaft des Berufsbildungswerks Adolf Aich – einer weiteren Tochtergesellschaft der Stiftung Liebenau. Lernbehinderte Jugendliche aus der Region können dort eine Ausbildung im Bereich der Gastronomie machen.

Durch diese Kooperationen ergeben sich vielfältige weitere Austauschbeziehungen zwischen Wohnprojekt und Quartier. Es entstehen zahlreiche Synergien (z.B. Erreichbarkeit rund um die Uhr, gemeinsame Raumnutzung), das Angebot erweitert sich und die Gäste tragen zusätzlich zu Lebendigkeit im Haus bei.

4.1.6 Räume für das Stadtteilleben

Der Name des "Café Miteinander" im Lebensraum Gänsbühl ist Programm: Jeden Tag wird ein günstiger Mittagstisch angeboten, der von Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohnan-

lage, von Beschäftigten aus der Altstadt und von Passanten in Anspruch genommen wird. Dies gilt auch für die übrigen Angebote des Cafés – Backwaren, Snacks und Getränke. Auf diese Weise treffen im Erdgeschoss der Wohnanlage ganz unterschiedliche Menschen in ungezwungener Atmosphäre aufeinander - selbst Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkter Mobilität. Wie nebenbei ergibt sich dadurch auch eine Begegnung zwischen Älteren und Jugendlichen. In Bremen betreibt der Verein FundamtTreffen e.V. ein kulturelles Begegnungszentrum mit Gastronomie (Mittagstisch und Nachmittagskaffee), hier ist jedoch die Lage im Blockinnenbereich abseits der Laufkundschaft ein gewisser Nachteil.

Erfahrungen aus zahlreichen Stadtteilprojekten zeigen, dass Mittagstisch und Café zu den häufigsten und oft unerfüllten Wünschen gehören. Sie haben nicht nur den alltagspraktischen Wert der Essenversorgung, sondern sind auch wichtige "inklusive" Räume, die sich von unterschiedlichen Generationen und Milieus zwanglos nutzen lassen, ohne mit dem Etikett der ("Alten-)Begegnungsstätte" versehen zu sein. Für die Menschen im Haus bieten sie die Möglichkeit, selbst als nicht mehr mobiler Mensch "auszugehen" und unter Leuten zu sein.

Auch an sonstigen Räumen für das gemeinschaftliche Leben fehlt es in vielen Quartieren. In den Lebensräumen ist ein wesentlicher Baustein des Konzepts, dass Bewohnerinnen und Bewohnern Räumlichkeiten zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung stehen. Beim Lebensraum Gänsbühl handelt es sich um einen großen Raum mit Küchenzeile z.B. für Kaffeekränzchen, Mittagstisch und Bewegungsangebote und einen gemütlichen kleinen Raum mit Sofas und Fernseher. Die Räumlichkeiten sollen ausdrücklich auch von Gruppen und Einzelpersonen aus dem Stadtteil für Begegnung, Bewegung und Bildung genutzt werden. Auch im Haus im Viertel sind Gemeinschaftsräume für die Mieterinnen und Mieter mit Raumangeboten für das Quartier eng verknüpft.

4.1.7 Nutzung und Nutzen von Angeboten im Quartier durch Bewohner

Die Bewohnerinnen und Bewohner bewegen sich aber auch häufig außerhalb der Wohnanlage und nutzen viele Angebote im Stadtquartier – weit über die oft als "altenspezifisch" angesehenen Institutionen hinaus. Wichtig sind Gesundheitsdienstleister (wie Fußpflege, Massage, Apotheken, Ärzte), man geht aber auch Einkaufen, Bummeln, "einfach mal was trinken", ins Café, Kino, Theater, besucht Konzerte, Museen, Vorträge. Mehrere Befragte berichten, sie seien jetzt aktiver als früher – kurze Wege zu Kultur- und Freizeiteinrichtungen werden als sehr wichtig angesehen. Selbst mit dem Rollator sind viele noch gern unterwegs, auch wenn dies etwas mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Eine Voraussetzung für diese Aktivitäten im Quartier ist der zentrale Standort mit seiner hohen Nutzungsvielfalt. Allein in der Hauptstraße im Bremer "Viertel" gibt es rund 280 Läden, dazu weitere in den Nebenstraßen. Neben vielen kleinen Geschäften und Märkten - "es gibt alles, von der Knackwurst bis zum Brillianten" -, Kleingewerbe, Handel und Dienstleistungs-

angeboten befinden sich im Viertel Restaurants, Kneipen, Cafés, zahlreiche kulturelle Angebote wie Kinos und das Bürgerhaus Weserterrassen, im angrenzenden Ostertorviertel ein Theater, Museen und das Haus der Wissenschaft. Das Quartier ist interessant, die Nähe zu vielen Menschen, Institutionen, Geschäften ist für die meisten ein wesentliches Entscheidungskriterium. Das Haus im Viertel hat keine Vermietungsprobleme, es gibt vielmehr eine Warteliste.

Der Lebensraum Gänsbühl liegt in der historischen Altstadt Ravensburgs, ein großer Kinderspielplatz befindet sich direkt vor der Tür, in der Straße finden sich neben der Wohnanlage für Jung und Alt z.B. mehrere Second-Hand-Läden und Schneidereien, afrikanische Accessoires und Kaffee, Schmuckverkauf, Elektrohandlung, Weinhandlung und ein Hotel. Schnell zu Fuß zu erreichen sind Apotheken, Ärzte, Fußpflege-, Kosmetik- und Massage-Angebote sowie größere Lebensmittelhandlungen. Selbst Behördengänge sind von der Wohnanlage Gänsbühl aus zu Fuß möglich. Innerhalb von fünf Minuten sind VHS, Realschule, Unicef, Kindergarten, Tafelladen und Kirche zu Fuß zu erreichen. Kulturell bietet die Altstadt einiges: Theater, Kleinkunst, Lesungen, Kinos, Musikveranstaltungen und Festlichkeiten jeglicher Art, Museen und mehrere Galerien sowie ein reges Vereinsleben, an dem auch Bewohnerinnen und Bewohner der Lebensräume partizipieren. Auch der Friedhof befindet sich nur zehn Minuten entfernt – dies spielt gerade für ältere Menschen eine bedeutende Rolle, um Gräber Verstorbener zu besuchen, als Ort der Besinnung, als Anlass zum Spazierengehen.

Die Vielfalt der Angebote hat für die Lebensqualität der Bewohner erhebliche Bedeutung. Die Möglichkeit, sich selbst zu versorgen, erhöht die Selbständigkeit gerade älterer Menschen, ist Anlass zu Bewegung und Kontakten, und reduziert ihre Abhängigkeit von professioneller Unterstützung oder nachbarschaftlicher Hilfe (die vielleicht nicht erwidert werden kann oder als zu verpflichtend erlebt wird). Das Einkaufen beschränkt sich nicht auf die reine Versorgungsfunktion, sondern hat einen "Mehrwert" als Anlass zu Kontakt und Teilhabe, oft ist es sogar einziger Anlass, um überhaupt aus dem Haus zu gehen. Eine große Rolle spielt aber auch die Möglichkeit zur Teilhabe an Bildung, Kultur und allen Bereichen des städtischen Lebens.

4.1.8 Bedeutung für Beschäftigte und Angehörige

Geschäfte, Dienstleister und das kulturelle Angebot tragen auch für die Beschäftigten zu einem attraktiven Arbeitsumfeld und einer leichteren Alltagsorganisation bei. Man kann Einkäufe auf dem Weg zur Arbeit oder in der Pause erledigen und im Anschluss zum Beispiel noch ins Kino gehen. Der Arbeitsplatz ist auch ohne Auto gut erreichbar.

Für Besucher (Kinder, Enkel) bietet das attraktive Quartier oft zusätzliche Anreize zu Besuchen bei ihren Angehörigen, da sie diese mit anderen Aktivitäten verbinden können oder einfach gerne im Viertel "herumgucken". Beispielsweise kommen die im Umland lebenden Kinder eines älteren Paares gerne zur Jazznacht nach Ravensburg und lassen dann die Enkel bei

den Großeltern im Lebensraum Gänsbühl.

4.1.9 Beschäftigungswirksamkeit und neue Qualifikationen

In beiden Projekten sind verschiedene Arbeits- und Ausbildungsplätze, auch für behinderte Menschen, entstanden und es haben sich neue Qualifikationsprofile entwickelt. Das Stadtquartier profitiert unter anderem von den Möglichkeiten für Jobs und Praktika für Jugendliche. Neben der Stelle der Gemeinwesenarbeiterin gibt es im Lebensraum Gänsbühl weitere Beschäftigungsverhältnisse; so werden die Hausmeistertätigkeiten und die Reinigungsarbeiten hausintern vergeben, durch einen ausgelagerten WfbM-Platz[31] kann eine Bewohnerin vier Stunden am Tag bezahlte Büroarbeit leisten mit dem Ziel der Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt, das "Café Miteinander" bietet lernbehinderten Jugendlichen einen Ausbildungsplatz.

Im Haus im Viertel gibt es ganz unterschiedliche Beschäftigungsverhältnisse (Vollzeitstelle für die Hausleitung, befristete Vollzeitstelle mit Verwaltungsaufgaben und Aufgaben im Sozialdienst, Teilzeitstelle für Sozialarbeit, Vollzeitstelle für Hausmeister- und Betreuungstätigkeiten, stundenweise Tätigkeiten für Reinigung und Gartenarbeiten, zusätzliche 1-Euro-Jobs). Das Haus ist somit Arbeitgeber und auch Ausbildungs- und Praxisfeld im Stadtteil für arbeitsuchende Menschen oder Menschen in Ausbildung und Orientierung (Möglichkeiten für Praktika, Anerkennungspraktikanten, Hospitanten, Schüler im Praktikum). Im Stellenprofil bekommt der Bereich Gemeinwesenarbeit einen höheren Stellenwert als in herkömmlichen Einrichtungen der Altenhilfe. Eine Besonderheit ist der "betreuende Hausmeister", der auch sehr viele Aufgaben in der Mieterbetreuung übernimmt.

4.1.10 Wirtschaftlicher Austausch

Bewohner, Beschäftigte und Gäste erhöhen bei den Geschäften und Dienstleistern im Quartier die Nachfrage. Teilweise haben sich bereits enge Verbindungen entwickelt, ein fester Kundenstamm (gerade bei Ärzten und Apothekern) und vertraute Beziehungen. Der wirtschaftliche Austausch wird noch intensiver, wenn die Einrichtung selbst Waren und Leistungen aus dem Quartier bezieht. Beim Lebensraum Gänsbühl mit zentral von der Stiftung Liebenau organisierten Lieferverträgen beschränkt sich dies auf gelegentliche Einkäufe; das Haus im Viertel bezieht viele Produkte aus dem Quartier wie Blumen, Kleinbedarf, Bilderrahmen und Postkarten, Bücher, Lebensmittel, Produkte aus der Apotheke und nutzt die hier ansässige Post. Es arbeitet auch mit den Geschäften vor Ort zusammen; so grillt der Schlachter bei Fes-

[31] WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

ten, die Apotheke bietet Beratungen und Vorträge im Haus an. Teilweise leisten Geschäftsinhaber in beiden Projekten auch informelle Beiträge, so hat z.B. eine Schneiderin günstig Kissenbezüge für den Lebensraum genäht. Weitere Zusammenarbeit findet etwa bei gemeinsamen Aktionen statt oder durch Beiträge der Wohnprojekte zu Aktionen des Stadtteils und der lokalen Ökonomie, beispielsweise bei jahreszeitlichen Angeboten der Geschäftsleute in Ravensburg (wie Kürbisfest) oder in Bremen bei "Das Viertel isst", einem gemeinsamen Essen von über zweihundert Personen. Durch die auch wirtschaftliche Basis der Kooperation erfährt man, dass man auf einander angewiesen ist und von einander profitieren kann.

4.1.11 Vielfältige Kooperationen im Quartier – auch generationenübergreifend

Beide Häuser arbeiten mit zahlreichen Einrichtungen aus dem Quartier und teils aus der Gesamtstadt zusammen: mit Schulen, Kindergärten, sozialen Einrichtungen, Kommune, Beratungsstellen – in Form einzelner Veranstaltungen oder durch fest installierte Projekte zum Beispiel gemeinsam mit Schule und Kindergarten.

Der Lebensraum Gänsbühl kooperiert - unter vielen anderen - mit Schulen, dem Kindergarten Villa Kunterbunt, dem Seniorentreff, dem Lebensraum Weinbergstraße, der Stadt, der Ravensburger Tafel, der Bruderhaus Diakonie, der Psychologischen Beratungsstelle, der Beratungsstelle "Grüner Turm", der Arche Ravensburg sowie weiteren Tochterunternehmen der Stiftung Liebenau; einige Einrichtungen – wie Kindergarten, Realschule, Rathaus und Psychologische Beratungsstelle – liegen in unmittelbarer Nähe. Beispielsweise bringen seit geraumer Zeit Schülerinnen und Schüler der Realschule im Rahmen von "Themenzentrierten Projekten" älteren Menschen aus dem Lebensraum bei, wie ein Handy funktioniert; die Bescheinigung für das soziale Engagement kann bei der Suche nach Ausbildungsplätzen hilfreich sein. Mit dem benachbarten Kindergarten gibt es zum Beispiel gemeinsame Blumenpflanzaktionen, Kinderflohmarkt oder Geburtstagsliedersingen von Kindern für Ältere.

Auch das Haus im Viertel hat mit dem Montessori-Kinderhaus immer wieder gemeinsame Aktivitäten: Zum Beispiel kommen im Advent die Kinder ins Haus, einzelne Mieter frühstücken dort einmal in der Woche, Flohmarkt und Sommerfest werden gemeinsam organisiert, die Kinder freuen sich riesig, wenn ein Mieter mit ihnen bastelt oder eine Dame regelmäßig den Kindern erzählt. Zur Eröffnung des Kindergartens haben die Mieter ein Buch erstellt "Als ich so alt war wie Du". Der Schulchor der Grundschule in der Nachbarschaft gibt hin und wieder Konzerte im Haus oder im Alten Fundamt, ein gemeinsamer Unterrichtsbesuch hatte das Thema "Schule früher und heute". Sogar ehemalige Schüler bleiben noch mit dem Haus im Viertel in Verbindung. Die Schüler einer weiterführenden Schule können im Haus ein Praktikum machen und es gab schon gemeinsame Projekte zum Thema Alter.

Dies trägt zu generationenübergreifenden Kontakten bei. Ältere und Kinder wie Jugendliche können sich als nützlich erfahren und zugleich die jeweils andere Lebenswelt kennen lernen.

4.1.12 Umfassende Qualitätsverbesserung im Quartier

Die Angebote tragen insgesamt zur Qualitätsverbesserung und Wohnsicherheit im Quartier bei, gerade für das Leben im Alter. Dies gilt auch für Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben und ambulante Dienste, Mittagstisch oder die Anlaufstelle nutzen. Die Projekte spielen darüber hinaus eine aktive Rolle im Stadtteilleben, zum Beispiel bei der Initiative für neue Projekte, der Einstellung auf den demografischen Wandel, kooperativer Planung und Beteiligung, als "Stimme" der Älteren im kommunalen Leben. Der Quartiersansatz und der Ansatz der Gemeinwesensarbeit haben sich in beiden Häusern als sehr wirkungsvoll erwiesen. Durch Offenheit nach außen, Räume und neue Angebote haben sich beide zu einem neuen Kristallisationspunkt im Quartier entwickelt.

Die Projekte werden von den Quartiersbewohnern, anderen Einrichtungen und Kommune als wichtiger Bestandteil des örtlichen Lebens wahrgenommen. Zu kämpfen hat man noch etwas gegen das Image des "Altenheims", da alternative Konzepte im öffentlichen Bewusstsein noch wenig verankert sind.

4.1.13 Lebendigkeit – Teilhabe am normalen städtischen Leben

Allseits geschätzt wird die Lebendigkeit des Stadtquartiers. Man kann am "normalen" Leben teilhaben – nicht nur Kindern beim Spielen zuschauen ("besser als Fernsehen"), sondern auch zum Beispiel auf dem Boulevard sitzen. Man wird nicht schief angesehen, auch wenn man etwas "anders" aussieht, fühlt sich sicher, weil zu unterschiedlichen Tageszeiten Menschen unterwegs sind und man auch bei Unpässlichkeiten Hilfe findet, und erlebt Ungeplantes, Unbekanntes, Überraschendes. Dafür werden auch einige Zumutungen und Unbequemlichkeiten (im "Viertel" z.B. bettelnde Drogenabhängige, schmale Gehwege) in Kauf genommen, auch sie sind Teil des normalen, nicht speziell für Ältere hergerichteten städtischen Lebens. Ältere Menschen sind im Stadtbild präsent. Man kann vieles im Zusammenhang erledigen, dies ist für Bewohner, Beschäftigte und Besucher gleichermaßen von Vorteil.

Für diese Lebensqualität und auch dafür, dass der ressourcen- und gemeinwesenorientierte Quartiersansatz der Projekte wirksam werden kann, bieten die beiden Quartiere beste Voraussetzungen. Als besonders wichtig in jeder Hinsicht erweist sich die Vielfalt der im Quartier in fußläufiger Nähe vorhandenen und auf kurzem Wege erreichbaren Nutzungen über reine Wohnfolgeeinrichtungen und "Altenspezifisches" hinaus. Erst die Vielzahl der Angebote eröffnet auch Wahlmöglichkeiten, man ist nicht auf ein einziges Geschäft zum Einkaufen oder auf eine einzige Schule als möglichen Kooperationspartner angewiesen. Räumliche Nähe und kurze Wege machen auch Kooperationen erheblich leichter. In Ravensburg befindet sich das

Projekt mitten im Stadtzentrum, in Bremen in einem lebendigen Vorstadtquartier mit sehr guten Anbindungen ins Zentrum mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

4.1.14 Nutzungsvielfalt im Quartier – städtebauliche Voraussetzungen

Voraussetzung dafür ist die städtebauliche Struktur des Quartiers: Es handelt sich um Mischgebiete mit ausgeprägter Nutzungsvielfalt und Dichte, die kleinteilig organisiert sind. Die Bevölkerungsdichte und die Nutzung zu unterschiedlichen Tageszeiten sorgt für kurze Wege, für eine hohe Nachfrage und für die Tragfähigkeit der Angebote: Geschäfte, Dienstleister, Gastronomie, soziale, kulturelle, sportliche und Bildungsangebote, Möglichkeiten zu bürgerschaftlicher Aktivität. Damit ist die Anwesenheit von Menschen unterschiedlicher Generationen und Lebenslagen im Quartier verbunden und der alltäglich-selbstverständliche Umgang mit unterschiedlichen Lebensformen. Von der Vielfalt, Art und Zahl der Nutzungen hängt auch die allgemein gewünschte "Lebendigkeit" eines Quartiers ab – durch Kunden, Beschäftigte, Besucher auch tagsüber (wenn viele Bewohner außer Haus sind), durch Auslagen und Schaufenster, Anreize zum Bummeln, zum Aufenthalt und vieles mehr.

Als wichtig erweist sich auch die städtebauliche Integration der beiden Häuser. Beide sind in die umgebende Bebauung eingebunden, der Straße zugewandt und treten nicht als "Sondereinrichtung" auf. Durch die Verbindung von Alt und Neu werden in Bremen vertraute stadtbildprägende und geschichtsträchtige Bauten (Altes Fundamt) erhalten. Die Neubauten fügen sich in die vorhandene Bebauung ein und sorgen zugleich für neue Akzente. Beide Projekte haben eine bisherige Brache bzw. aufgegebene Nutzung (Brotfabrik, Fundamt, Gefängnis) neu in Wert gesetzt, dies ist ebenfalls ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Quartier. Auch die Namen (Gänsbühl, Haus im Viertel) beziehen sich bewusst aufs Quartier.

Quartiere können also ganz unterschiedliche Voraussetzungen und Ressourcen für das Leben im Alter und für dezidiert quartiersbezogene Konzepte bieten. Soziales Leben und baulich-städtebauliche Strukturen hängen eng zusammen. Eigenverantwortung und Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Selbsthilfe werden nicht nur durch die öffentliche Hand, durch Nachbarschaftshilfe und soziale Einrichtungen, sondern auch durch die im Quartier verankerten und möglichen Nutzungen und die damit verbundenen je unterschiedlichen Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Austausch und zu auch "schwachen Bindungen" gestärkt oder aber behindert. Die Tatsache, dass Investoren ebenso wie soziale Einrichtungen verstärkt Standorte nicht mehr "im Grünen", sondern in "lebendigen Quartieren" - gerade auch älteren Mischgebieten - suchen und finden, ist ein Indikator für die Qualität und Attraktivität solcher sozialräumlichen Milieus. Dies macht deutlich, wie notwendig es ist, Stadtquartiere mit entsprechenden Qualitäten auch neu zu entwickeln.

Nutzen des Quartiers für die Einrichtung und ihre Menschen		**Nutzen der Einrichtung für das Quartier**
Nutzungsvielfalt Qualität des öffentlichen Raums kurze Wege Standortwahl	**Standort, Städtebau, öffentlicher Raum** - **Lage** - **Attraktivität** - **Lebendigkeit** - **Sicherheit**	Ausstrahlung auf das Quartier Beitrag zum Stadtraum Publikum
Möglichkeit und Anlass - zur eigenständigen Versorgung - zu Aktivitäten außer Haus - zu Kontakten	**privatwirtschaftliche Infrastruktur, lokale Ökonomie**	Einrichtung, Bewohner, Beschäftigte, Gäste als Kunden, Kaufkraft, Tragfähigkeit gemeinsame (Marketing-) Aktivitäten Beschäftigung, Arbeits-/Ausbildungsplätze, Jobs, Praktika z.T. Verbindung Wohnen&Arbeiten
vielfältige Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben für Bewohner, Beschäftigte, Angehörige	**soziale und kulturelle Angebote**	Verbreiterung des Angebots Bereitstellung von Räumen neue Treffpunkte Initiativen und Unterstützung
für Bewohner/innen, Beschäftigte, Angehörige	**erleichterte Alltagsorganisation**	für Bewohner/innen, Beschäftigte, Gäste (z.B. Café, Mittagstisch)
der Einrichtung /der Menschen dort für das Quartier	**bürgerschaftliches Engagement**	anderer Organisationen, Vereine, Einrichtungen und Einzelner im Quartier für die Einrichtung
soziale Vielfalt, Anwesenheit von "Anderen" als Selbstverständlichkeit	**soziale Integration, Zusammenleben**	gelebte Nachbarschaften Ältere (u.a.) Menschen als Teil des Quartiers
Selbstorganisation und Selbsttätigkeit **kurze Wege** **Zusammenhänge Städtebau – Kultur – soziales Leben - Ökonomie** **Bedeutung und Mehrwert für einzelne Menschen, Quartier, Stadt und Gesellschaft**		

Abbildung 47: Gegenseitiger Nutzen von Modellprojekten und Quartier

4.2 Selbstbestimmung und Teilhabe: Eine Analyse der Welfare-Mixturen

4.2.1 Einführung

4.2.1.1 Gemischte Wohlfahrtsproduktion und das Leben im Alter

Im Rahmen der Modellprojekte wird die Bildung sozialer Netzwerke älterer Menschen gefördert, um auf diese Weise Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze) hat eine empirische Untersuchung durchgeführt, die Aufschluss geben soll, wie sich das Leben älterer und alter Menschen in Wohnprojekten von SONG gestalten kann. Das Ziel lautete nicht, das gesamte Leben in den Wohnprojekten repräsentativ abzubilden. Stattdessen wurden sechs Einzelfälle ausgewählt, um an deren Beispiel die Potentiale der jeweiligen Wohn- und Lebenssituation zu analysieren. Wohlfahrt ist das Ergebnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure. Angehörige, Freunde, Nachbarn, staatliche Organisationen und Unternehmen sowie die Träger der freien Wohlfahrtspflege können Beiträge liefern, um eine hohe Lebensqualität zu sichern. In diesem Sinne ist von „gemischter Wohlfahrtsproduktion“ zu sprechen.

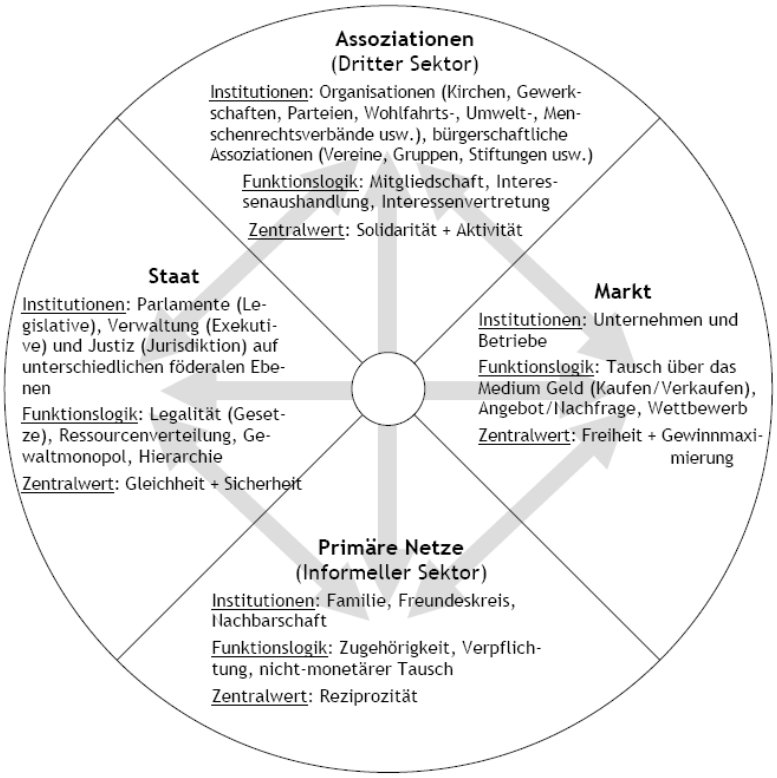


Abbildung 48: Sektoren der Wohlfahrtsproduktion (vgl. Klie/Roß 2007: 71)

Ausgehend von der Überlegung, dass ein Mensch niemals allein darüber befinden kann, welchen Verlauf sein/ihr Leben nimmt, erschien eine Netzwerkanalyse dem Forschungsgegenstand angemessen. Bei alten Menschen verengt sich das Spektrum der an einem Netzwerk beteiligten Akteure häufig deshalb, weil sie zu ihren Angehörigen oder in spezialisierte Alten-Einrichtungen ziehen. Was in der Vergangenheit üblich war, gilt heute jedoch nur noch eingeschränkt: Das Leben im Alter hat sich zu einem Experimentierfeld entwickelt, das von einer Vielzahl neuer Wohn- und damit verbundener Existenzformen geprägt ist. In diesem Sinne sind die Netzwerkpartner von SONG bestrebt, im Rahmen beispielhafter Wohnprojekte zu zeigen, wie alten Menschen durch die Einbeziehung einer Mehrzahl von Akteuren die eigenständige Haushaltsführung ermöglicht und die Chance zur gesellschaftlichen Teilhabe erhalten bzw. eröffnet werden kann. Verstanden als aktiv gefördertes wie auch eingefordertes Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure wird der Begriff „Welfare-Mix“ von ihnen strategisch eingesetzt.

4.2.1.2 Fallstudien auf der Grundlage qualitativer Netzwerkanalysen

Das Zusammenwirken von Vertretern unterschiedlicher Sektoren wurde in sechs qualitativen Fallstudien untersucht. Weil das Leben in den Wohnprojekten davon geprägt sein soll, dass Unterstützung empfangen, aber auch geleistet werden soll, hat das zze eine grundlegende Unterscheidung bei der Fallauswahl vorgenommen: In drei Fällen bilden Personen das Zentrum eines Netzwerks, das ihnen Unterstützung bietet. In den drei anderen Fällen wird das Zentrum

von Personen gebildet, die vorrangig anderen Unterstützung bieten. Im Frühjahr 2008 wurden die Kooperationsbeziehungen, Handlungslogiken und Ressourcen der Mitglieder der Netzwerke erfasst und jeweils mit Blick auf ihre Bedeutung für die Lebensqualität der Person im Zentrum des Netzes interpretiert

Ort	**Zentrale Person**	**Pseudonym der zentralen Person**	**Andere Mitglieder des Netzwerks**
Liebenau	Empfängerin	Frau Rotlaub	8 Personen
	Unterstützerin	Frau Burgbacher	7 Personen
Bremen	Empfängerin	Frau Sommerfeld	10 Personen
	Unterstützer	Herr Petersen	9 Personen
Wipperfürth	Empfängerin	Frau Bleibtreu	6 Personen
	Unterstützer	Herr Richter	2 Personen

Abbildung 49: Orte und Befragte im Rahmen der sechs Fallstudien

4.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

4.2.2.1 Hohe Wahrscheinlichkeit vielfältiger Beteiligung

Die zentralen Bezugspersonen der untersuchten Netzwerke zeichnen sich alle durch einen hohen Grad an Vitalität sowie den Willen und das Vermögen aus, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Bei Pflegestufe II (Frau Rotlaub) nimmt freilich eine Runde aus Angehörigen, Pflegedienst, Gemeinwesenarbeiterin und organisierter Nachbarschaftshilfe wesentlichen Einfluss darauf, wer sich um welche Belange kümmert. Dagegen sind Frau Sommerfeld und Frau Bleibtreu trotz deutlicher körperlicher Einschränkungen in der Lage, auf eigene Faust Kontakte aufzunehmen, indem sie z.B. Veranstaltungen in der Wohnanlage besuchen, Nachbarn zu sich einladen oder Dienstleistungen gegen finanzielle und andere Formen der Anerkennung in Anspruch zu nehmen. Vergleichbares gilt mehr noch für die Bezugspersonen, die vorrangig anderen Menschen Unterstützung geben.

Die Entwicklung der Netzwerke verläuft nicht gleichförmig. Die Offenheit für den Aufbau neuer Bekanntschaften zum Zeitpunkt des Einzugs wird von einer Phase der Stabilisierung des Geflechts abgelöst. Als Besonderheit werden immer wieder Beziehungen herausgehoben, die seit der Fertigstellung der Wohnanlage existieren. Durch sie verfügt ein Teil des Netzwerks über eine gemeinsame Geschichte und damit über ein hohes Identifikationspotential. Obwohl es sich jeweils um unterschiedlich geartete Netzwerke handelt, bilden überall die Angehörigen die personelle Konstante. Gerade im Fall wachsenden Unterstützungsbedarfs

sind die Angehörigen wichtige Ansprechpartnern für die Gemeinwesenarbeiterinnen der Wohnprojekte, weil sie über Entscheidungskompetenzen, Ressourcen und Einblicke in besondere Lebensumstände verfügen.

Die Übersiedlung in die Wohnanlage hat nur begrenzt den Verlust alter Freundschaften bzw. Bekanntschaften zur Folge. Vielmehr lässt sich ein Umbau des Beziehungsgeflechts beobachten: zum einen werden einige der alten Beziehungen weiter gepflegt, zum anderen kommen neue Kontakte hinzu. Die Erweiterung des sozialen Netzwerks wird strukturell dadurch begünstigt, dass die Fähigkeit, sich aktiv um neue Kontakte bemühen zu können als Kriterium für die erfolgreiche Bewerbung um eine Wohnung gilt. Vorangehendes freiwilliges Engagement wird ebenso honoriert.

Freunde und Nachbarn gehören in der Mehrzahl den Statusgruppen der zentralen Bezugspersonen an. In diesem Zusammenhang ist zu beobachten, dass das vormoderne Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach unter den Befragten als Idealbild des harmonischen Zusammenlebens weit verbreitet ist. Befragte mit höherer Bildung neigen dazu, es romantisierend beim Ideal zu belassen und die Individualität ihrer Lebensentwürfe zu betonen. Diejenigen, die vormals mit der häuslichen Pflege ihrer Angehörigen beschäftigt waren, haben ein Zusammenwohnen von Generationen erfahren, das für sie prägend, aber nicht ideal war. Sehen sie sich selbst (noch) zur Sorge um die Eltern verpflichtet, wollen sie ihren Kindern dies nicht abverlangen. Die Wohnprojekte bieten in dieser Hinsicht Ausgangspunkte für Emanzipationsbestrebungen. Sie tragen als Gemeinschaft Freiwilliger die Züge des Vertrauten und eröffnen zugleich Chancen, sich von der Vergangenheit frei zu machen. Widerwillig erworbene Kompetenzen können mit einer neuartigen Einsatzqualität verbunden werden.

Mit Blick auf die Leitbilder der Wohnanlagen wird Reziprozität als Zentralwert zwischen Verbindlichkeit und Aufkündbarkeit jenseits gewohnter familiärer Zusammenhänge neu ausbuchstabiert. Entsprechend hoch fällt die Identifikation mit der „eigenen“ Wohnanlage aus. Fällt sie allerdings zu hoch aus, kann die Balance aus Freiwilligkeit und Fürsorglichkeit in ein Ungleichgewicht geraten: die einen werfen anderen Bewohnern vor, sich nicht ausreichend für die Gemeinschaft zu engagieren, während diese ihr verbrieftes Recht auf Unabhängigkeit beschnitten sehen.

Der insgesamt hohe Frauenanteil in den Netzwerken erklärt nicht im kausalen, sondern statistischen Sinne den hohen Verbreitungsgrad von Wertemustern, in denen sich Pflichtgefühl und Gemeinschaftsbezug miteinander verschränken. Die Trägerinnen der Wertemuster unterscheiden sich nach Generationen und Lebensaltern: von der Pastorin über die Gemeinwesenarbeiterinnen, die Pflegekräfte bis zu den organisierten Nachbarschaftshelferinnen, handelt es sich um Frauen, die die Unterstützung anderer Menschen als Profession betreiben und sich anders als Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter statt der Familie „dem Sozialen“ widmen.

Jenseits gemeinsamer Hintergrundorientierungen folgen die Handlungen der professionell Beteiligten auf den ersten Blick sektorspezifischen Funktionslogiken. Die Pflegedienstleitun-

gen bestimmen objektivierend den Pflegebedarf von Frau Rotlaub, Frau Bleibtreu und Frau Sommerfeld und stellen ihn gesetzlichen Leistungsansprüchen und individuellen Zahlungsfähigkeiten gegenüber. Die Vertreterinnen der organisierten Nachbarschaftshilfe gleichen ihren Aufwand durch finanzielle Aufwandsentschädigungen ab, zeigen sich aber in der Logik des Dritten Sektors solidarisch mit anderen und schätzen – besonders, wenn es sich um Hausfrauen handelt – die eigenständige außerhäusliche Aktivität. Die Pastorin gehört als Seelsorgerin diesem Sektor nach klassischer Definition als „nicht Staat und nicht Markt" an. Haushaltshilfen und Hausmeister bieten demgegenüber als entlohnte Angestellte ihre Arbeitskraft marktförmig an.

Diese Befunde ergeben sich aus der Sortierung entlang des Vier-Felder-Schemas des ‚Welfare-Mix'. Dieses Schema zeigt zusätzlichen Nutzen, indem es unerwartete Facetten des Untersuchungsgegenstandes sichtbar werden lässt: Die unterstellte Überschneidungsfreiheit der Sektoren wird in den Handlungspraktiken der Akteure nicht durchgehalten! Eine Nachbarin kümmert sich zugleich als Nachbarin (primäres Netz) und als Mitglied der vereinsmäßigen Nachbarschaftshilfe (Dritter Sektor). Der Hausmeister hat die zentrale Bezugsperson seines Netzes als Hausmeister kennengelernt (Markt), ist inzwischen aber auch freundschaftlich mit ihr verbunden (primäres Netz). Eine Pflegekraft wird weniger stark in Anspruch genommen als nach Pflegestufe möglich wäre (Staat); sie steht in Konkurrenz zu anderen Kräften (Markt) und tritt zugleich als Bekannte aus früherer Zeit auf (primärer Sektor). Die Gemeinwesenarbeiterinnen werden bezahlt (Markt), arbeiten jedoch vielfach nach der Logik freiwilligen Engagements (Dritter Sektor), indem sie die subjektiven Wünsche „ihrer" Bewohner berücksichtigen.

Es ist kein vollkommen neuartiges Phänomen, dass Personen die Rollen unterschiedlicher Handlungsfeldern ausbalancieren (müssen). In den vorliegenden Fallbeispielen werden sie jedoch in ein- und derselben Beziehung kombiniert. Dieses Phänomen tritt mit einer Häufung auf, die darauf schließen lässt, dass es sich eher um ein Charakteristikum der untersuchten Netzwerke handelt als um Zufall.

4.2.2.2 Passgenauigkeit und Stabilität durch Mehrfachcodierung

Es wäre naiv zu meinen, dass die Teilnehmer der Netzwerke jeweils aus wechselseitiger Einsicht in ihre sachliche Beschränkung zusammenkommen und sich ergänzen würden. Eher müssen Sektorengrenzen überwunden, d.h. Teilnahme muss motiviert werden. Ähnliche normative Orientierungen können zwar als etwas Verbindendes gelten, allerdings wird ein verbindliches Zusammenwirken eher über symbolische Medien abgesichert.

Als klassisches Medium gilt Geld, weil es Personen zueinander bringt, die anfangs nur wenig miteinander gemein haben. In vergleichbarer Weise festigen sich Bindungen auf der Grundlage rechtlich begründeter Ansprüche, die aus staatlichen Gesetzen abgeleitet werden. Durch ihre zentrale Stellung in der Wohnanlage verfügt eine Gemeinwesenarbeiterin über Autorität.

Herr Petersen verschafft sich zum Beispiel als Leiter eines Gesprächskreises Reputation, während Frau Burgbacher für ihre helfende Tätigkeit Anerkennung in unterschiedlichen Formen erfährt usw. Man kann sich Beziehungen in den Netzwerken als Tätigkeit hier, Entgeltung dort, vorstellen.

Zum Ersten ist dann festzuhalten, dass Medien mit einem hohen Generalisierungsgrad, wie ihn Geld, Macht, Recht und Prestige aufweisen, neben einer Form von Beziehungssteuerung stehen, die für die Bildung informeller Netzwerke typisch ist: Reziprozität. Kleine Geschenke, Aufmerksamkeiten, Einladungen oder Erwiderung von Unterstützung gehören zum Fundus der „Dinge", die gegen „etwas" getauscht werden. Keine Gabe hat dabei allein die Funktion, Dankbarkeit zu zeigen und den entstandenen Aufwand auszugleichen. Stattdessen dienen Gabe und Gegengabe dazu, sich Unterstützungsbereitschaft für die unbekannte Zukunft zu sichern und die gesellschaftliche Position der Tauschpartner zu stärken. Dieser Umstand wird deutlich, wenn Befragte in den Interviews andeuten, dass sie auf manche Gaben lieber verzichten würden, weil sie keine Möglichkeit sehen, sich von den angekoppelten Zugzwängen zu lösen. In der hier verfolgten salutogenen Perspektive führt die unspezifische Erwartung zur Stärkung der Verhältnisse, weil sie das Spektrum der Leistungen in unspezifischer Hinsicht offen hält.

Als Zweites ist festzuhalten, dass sich die unterschiedlichen Steuerungsmedien, wie oben beschrieben, bei den einzelnen Personen überschneiden können. Zu beobachten ist daher eine Kombination der Beziehungsqualitäten, die Bezüge zur Geschichte der Ausdifferenzierung formaler Sektoren wie Markt und Staat aufweist: Während mit den Schlagworten „Monetarisierung" und „Subsidiarisierung" eher Unterwerfungs- und Rückzugsbewegungen einzelner Sektoren bezeichnet werden, ist mit Blick auf die Theorie der gemischten Wohlfahrtsproduktion besser von einer Herausbildung „hybrider" Beziehungsmuster auszugehen.

Als Drittes scheint bei der Regulierung der Zugehörigkeiten und Aktivitäten eine Rolle zu spielen, was im Sinne einer Zweitcodierung jenseits sachlich-funktionaler Überlegungen wirkt: Sympathie. Manche Ablehnung von Gaben kann auf das Verhältnis zum Geber zurückgeführt werden. Nur in sehr seltenen Fällen „ist Geld alles" und Nachbarschaft eine zweckmäßige Angelegenheit oder Unterstützung ein gesetzlich gesichertes Verhalten. Sympathie könnte der ausschlaggebende Faktor bei der Integration der Netzwerke sein. Der Einwand, Sympathie/Antipathie sei eine rein individuelle, irrationale und im Vergleich zu Rollenfunktionen „zu weiche" Angelegenheit, verfängt nicht. Die Aussage, man fühle sich in den Wohnprojekten wohl, weil „die Chemie stimme", durchzieht die Interviews derart, dass es töricht wäre, diesen Aspekt außer Acht zu lassen. Die Gründe der Sympathie mögen im Dunkeln liegen; als Ausdruck emotionaler Abhängigkeit ist in den Wohnanlagen aus systemfunktionaler Sicht mit ihr zu rechnen.

Im Gegensatz zu den Rationalisierungen unterworfenen „unpersönlichen" Funktionslogiken ist Sympathie auf das Unverwechselbare, das Sich-selbst-im-anderen-finden, aufgebaut. Folglich lässt sich wenig Verallgemeinerbares darüber sagen, welche Eigenschaften eine Person hat, die als „sympathisch" gilt: es sind diejenigen, die nicht meckern, nicht gewalttätig, son-

dern aktiv sind, für andere offen, klar im Ausdruck und mit einem Wort: pflegeleicht sind. Drei Sympathie generierende Faktoren zeichnen sich ab: die Größen der Wohnanlagen, die eine Sortierung nach Sympathie/Antipathie überhaupt ermöglichen; die Überschneidungen zentraler Wertorientierungen; die Gemeinwesenarbeiterinnen, die zueinander „passende“ Personen zusammenzubringen. Sympathie lässt Menschen anderen zuliebe Dinge tun, die im Grunde nicht zu ihren Aufgaben zählen. Durch die Förderung emotionalen Wohlbefindens trägt sie unmittelbar zu einer höheren Lebensqualität bei.

4.2.2.3 Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe

Die Frage nach der Lebensqualität ist zunächst mit Blick auf jene drei alten Frauen zu beantworten, die gemäß der Ausgangsdefinition Unterstützung empfangen (Frau Rotlaub, Frau Sommerfeld, Frau Bleibtreu). Allen dreien wird nach eigener Auskunft bzw. der Aussage von Vertrauten in dem Maße Hilfe zuteil, dass sie einerseits ihre eigenen Haushalte führen und andererseits in den für sie relevanten Dimensionen am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

So werden die Arbeiten, die jeweils der eigenständigen Haushaltsführung dienen, individuell organisiert: Während Frau Bleibtreu die Unterstützung ihrer Nachbarn in Anspruch nimmt, greift Frau Sommerfeld auf die Aktivitäten ihrer Freunde und die Dienste einer von ihr bezahlten Haushaltshilfe zurück; für Frau Rotlaub haben die Angehörigen in Absprache mit dem Pflegedienst, der Gemeinwesenarbeiterin und der organisierten Nachbarschaftshilfe ein sektorübergreifendes Netz von Unterstützern geflochten. In vergleichbarer Weise zielen individuelle Maßnahmen auf die Kompensation von Mobilitätseinschränkungen ab. Frau Bleibtreu sieht sich in der Lage, die Wohnanlage alleine bzw. in Begleitung der Angehörigen oder ihrer Nachbarin und Freundin zu verlassen. Für Frau Sommerfeld kommt das Verlassen der Wohnanlage nur noch selten in Frage. Umso mehr nutzt sie die Angebote im Haus unter Rückgriff auf die Hilfen von Nachbarn, der Gemeinwesenarbeiterin und dem Hausmeister. Frau Rotlaub verlässt ihre Wohnung zwar kaum noch, erhält dafür aber spontane Besuche ihrer Nachbarn und der Mitglieder der organisierten Nachbarschaftshilfe. Auf die körperliche Gesundheit bezogene Aktivitäten können in allen drei Fällen von Pflegediensten beansprucht werden, die in unterschiedlichem Umfang durch privaten Zukauf weiterer Leistungen ergänzt werden.

Das emotional-psychische Wohlbefinden wird wesentlich durch vielseitige Formen der Ansprache und Anerkennung gestärkt. Die drei Frauen können in ihren Netzwerken jeweils Personen benennen, die ihnen in besonderer Weise Anregung zum Nachdenken geben, die Chance zur Aussprache bieten oder Vergnügen bereiten. Frau Bleibtreu nennt die unmittelbar nebenan wohnende Nachbarin, Frau Rotlaub das befreundete Ehepaar aus der Nachbarschaftshilfe, und Frau Sommerfeld eine junge Freundin sowie ihre Krankengymnastin. Die Angehörigen sind in einer anderen Weise wichtig: man möchte sich ihrer auch im Hinblick auf das eigene Ende für alle Fälle sicher sein. Ihre Zuneigung scheint von solcher Kostbarkeit, dass es negative Beeinträchtigungen zu vermeiden gilt. Deshalb wird Distanz gehalten – und dieses

Vorgehen scheint sich auszuzahlen. Sowohl die zentralen Bezugspersonen wie die befragten Angehörigen betonen, dass es ihnen gut tue, sich nur zu sehen, wenn allen danach sei.

Die Teilhabe am sozialen Leben wird letztlich durch die typische Struktur von Netzwerken unterstützt. Die netzförmige Kommunikation tendiert dahin, die Zahl der Anknüpfungspunkte auszuweiten, indem die Beteiligten aufgefordert sind, die Situation der zentralen Bezugsperson systematisch aus den Perspektiven der anderen Beteiligten mitzureflektieren. Vereinfacht gesagt: Wenn einer für den anderen mitdenkt, kann er im Bedarfsfall dessen Potentiale einbeziehen. Das mag in unterschiedlicher Weise bewusst geschehen: Die Gemeinwesenarbeiterinnen sind diejenigen, die „Networking" qua Profession kontinuierlich betreiben. Daneben nimmt vernetzendes Denken dort zu, wo der Unterstützungsbedarf wächst und sich die einzelnen Beteiligten zur Abstimmung gezwungen sehen.

Die Frage der Lebensqualität ist anders zu beantworten für diejenigen, die gemäß der Ausgangsdefinition Unterstützung bieten. Ihr Alltag ist in geringem Maße von körperlichen Beschränkungen geprägt. Sie sind in hohem Maße mobil und deshalb in der Lage, sich auf eigene Faust außerhalb der Wohnanlage zu engagieren. Das mag im Privaten sein (Herr Richter), in der näheren Umgebung (Frau Burgbacher) oder in der Großstadt (Herr Petersen).

Nach ihrer Auffassung hat sich ihre Lebensqualität durch den Einzug in die Wohnanlage erhöht. Es handelt sich auch hier um relative Qualität: Für Herrn Richter ist es wichtig, ebenso über Rückzugsmöglichkeiten zu verfügen wie in Gemeinschaft und der Nähe seiner Angehörigen zu wohnen. Bei Frau Burgbacher sind die Nähe zur Mutter und die Chance ausschlaggebend, materielle und immaterielle Anerkennung zu finden. Für Herrn Petersen kommt es entscheidend darauf an, die Basis für Unternehmungen und die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten gefunden zu haben. In diesem Sinne stellen die Wohnanlagen wichtige materielle und immaterielle Ressourcen der Selbstverwirklichung und Selbstbestätigung bereit. Zum einen baulich, indem sie sich den angrenzenden Siedlungsgebieten öffnen, über Räume für Gemeinschaftsaktivitäten verfügen und barrierefrei gebaut sind. Diese Umstände bieten die Sicherheit, auch im Fall einer Verschlechterung der körperlichen Gesamtverfassung in der eigenen Wohnung wohnen bleiben zu können. Zum anderen sind es die Gemeinwesenarbeiterinnen, die als Repräsentantinnen einer sozialen Architektur gelten, die Unterstützung bei der Verfolgung individueller Interessen versprechen. Die gesundheitsfördernde Wirkung hoher Autonomiegrade und guter Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe muss an dieser Stelle nicht weiter herausgehoben werden.

Die an diesem Punkt entscheidende Feststellung besteht darin, dass Frau Burgbacher, Herr Petersen und Herr Richter in hohem Maße durch diejenigen, die sie unterstützen, selbst unterstützt werden. Auch die Gegenprobe lässt darauf schließen, dass die Unterscheidung Geben/Nehmen als vorläufige zu werten ist. Schließlich lassen sich auch jene drei Fallbeschreibungen, in denen die zentralen Bezugspersonen als Empfänger von Unterstützung definiert wurden, in zweiter Lesung unter umgekehrten Vorzeichen interpretieren. Die begriffliche Schlüsselstellung nimmt dabei „Anerkennung" ein. Die Formen können von Zuspruch und Trost über Geschenke bis zu genau vereinbarten Geldleistungen reichen – wichtig ist, dass sie

zu einer Fortsetzung der Beziehung motivieren, indem sie eine gesellschaftliche Bestätigung des „Selbst“ der Handelnden signalisieren.

4.2.3 Eine neue Kultur des Zusammenlebens?

4.2.3.1 Kennzeichen und zentrale Tendenzen

Die Untersuchungsergebnisse deuten auf eine besondere Form des Zusammenlebens in den Wohnprojekten hin. Sie weist die folgenden Merkmale auf:

- **Vielfalt der Beteiligten und Individualität der Netzwerke.** Alle untersuchten Netzwerke weisen eine Mehrzahl von Teilnehmern aus unterschiedlichen Sektoren auf.
- Bedingt durch Parallelvernetzungen, dem bewusstem „Networking“ einiger Beteiligter und der Reflexion des eigenen Potentials in den Perspektiven anderer weisen die Netzwerke eine **hohe Elastizität** auf.
- Zahlreiche Beteiligte folgen in ihrem Handeln mehreren Funktionslogiken. Anstelle einer tayloristischen Kompetenzverwaltung sorgen **Mehrfachsicherungen durch Mitdenken** für eine dynamische und ökonomische Form von Stabilität.
- Neben den unpersönlichen Medien wie Geld, Anerkennung, reziproken Gaben oder rechtlichen Ansprüchen, wirkt **Sympathie als wichtige „Währung“**. Trotz ihres Individualismus’ kann ihr Auftreten durch die Vielfalt der Kontaktmöglichkeiten, die Homogenität der Bewohnerschaft und die Mittelstellung der Gemeinwesenarbeiterinnen begünstigt werden.
- Durch die Vielzahl der Beteiligten und deren vielfältigen Aktivitäten erfahren die zentralen Bezugspersonen **Unterstützung in relevanten körperlichen, geistigen und sozialen Belangen**. Neben der gesundheitsfördernden Wirkung bedeutet dies für die Angehörigen, vom Gefühl umfassender Zuständigkeit qualifiziert entlastet zu werden.
- Die Bezugspersonen, die als Unterstützungsleistende untersucht wurden, begrüßen die **Chance, das soziale Umfeld auszudehnen**, sich freiwillig zu engagieren und neue Tätigkeitsfelder zu erschließen. Aus der Gewissheit, durch die bauliche und soziale Architektur auf eine Verschlechterung ihres eigenen Gesundheitszustands vorbereitet zu sein, reduziert sich ihre Furcht, ihre Angehörigen über Gebühr zu belasten.
- Die **scharfe Trennung zwischen Unterstützern und Unterstützungsempfängern ist unhaltbar**. Die primär unterstützungsbedürftigen Bezugspersonen übernehmen zum Beispiel Rollen („Ersatzoma“), spenden materielle wie immaterielle Anerkennung und sind damit Quellen gesellschaftlicher Wertschätzung. Umgekehrt streben die Bezugspersonen, die primär anderen helfen, den Empfang von Unterstützung, Respekt und Anregung an.

- An den Netzwerken beteiligen sich **mehrheitlich Frauen**. Die Mehrheit von ihnen ist in einem „helfenden“ Beruf ausgebildet oder hat den Beruf zugunsten der Arbeit für Haushalt und Familie aufgegeben.
- Bei zahlreichen einfachen bis mittleren Schulabschlüssen und einem hohen Altersmittelwert, stellen Gemeinsinn und Pflichterfüllung verbreitete Wertorientierungen dar. Hier zeigen sich die Modellprojekte als Lern- und Aktionsfelder einer **Modernisierung solidarischer Formen des Zusammenlebens**. Der Bruch zur Tradition ist offenkundig: die eigenen Kinder sollen nicht in der gleichen Weise verpflichtet werden, wie man selbst es den eigenen Eltern gegenüber (noch) war.
- Die Modellprojekte tragen selbst zur **Homogenisierung herrschender Wertorientierungen** bei. Die Bewohner und Gemeinwesenarbeiterinnen achten bei der Auswahl neuer Bewohner auf die Passung zu Konzept und Leben in der Wohnanlage.
- Drei für das Zusammenleben in den Modellprojekten **zentrale Rollen der Gemeinwesenarbeiterinnen** sind zu erkennen. Als Gatekeeper bestimmen sie die Auswahl der Bewerber mit. Als Impulsgebende tragen sie dazu bei, dass sich „passende“ Personen finden, um sich gegenseitig zu helfen. Als Katalysatoren regen sie die Beilegung von Konflikten im Einvernehmen an.
- Die Gemeinwesenarbeiterinnen wirken als „Gärtner des Sozialen“ auf die Binnenkommunikation der Wohnanlagen ein, weil sie die Unabhängigkeit der Bewohner prinzipiell nicht in Frage stellen. Auf die Wohnprojekte bezogen, kann man von einer **„moderierten Nachbarschaft“** sprechen.
- Als Maßstab für das Zusammenleben dient die Überwindung dessen, was als a-normal aber üblich gilt: auf sich allein gestelltes Wohnen, altersentmischtes Wohnen, sozial entmischtes Wohnen und in geschlossenen Einrichtungen wohnen. In dieser Hinsicht verkörpern die Wohnprojekte eine **Inszenierung von Normalität.**
- Emanzipatorische und (Sozial-)Pädagogische Ansprüche werden vereint, wenn die Unabhängigkeit des Einzelnen durch gefördert und zugleich das Engagement des Einzelnen für die anderen erwartet wird. Die Bezeichnung der **Wohnprojekte als „Lebensschulen“** scheint daher durchaus gerechtfertigt.

4.2.3.2 Einordnung und Ausblick

Von der Philosophie der Partner des Netzwerks SONG ausgehend, eröffnet sich ein Horizont weiterführender Überlegungen. Die Fallbeispiele sind als Auseinandersetzungen mit der Erkenntnis zu betrachten, dass Familien, Staat, Markt und Dritter Sektor jeweils für sich genommen mit der Produktion von Wohlfahrt überfordert sind. Sofern das strategische Ziel nicht lautet, die Leistungsfähigkeit der Sektoren in Abrede zu stellen, sondern ihre Leistungen kooperativ zu verknüpfen, findet man auf der Basis der Selbststeuerungsfähigkeit sozialer

Netzwerke und ihrer institutionellen Absicherung eine zeitgemäße, der zivilgesellschaftlichen Idee verpflichtete Kultur des Zusammenlebens vor.

Das erfolgreiche „Abmischen“ von Wohlfahrt und die Entstehung des Gefühls gemeinsamer Verantwortlichkeit, hängen zum einen von der professionellen Stützung der Netzwerkbildung ab. Zum anderen hängt die Wahrscheinlichkeit des Gelingens von den Beteiligten ab. Wenn ein „sorgendes Dasein im sozialen Mitsein“ (Frank Schulz-Nieswandt) unter spätmodernen Bedingungen kaum als anthropologische Konstante, sondern als Ressource begriffen werden muss, stellt sich die Frage, wie Bewohner zu gewinnen sind, die zu den Wohnkonzepten „passen“. Eine Antwort könnte lauten, die Diskussion um die Potentiale alter Menschen aufzugreifen und sie dort, wo es um Vorbilder geht, gezielt um die Porträts von Aushängeschildern, Botschaftern oder Werbeträgern aus den Modellprojekten zu erweitern. Das sozialpolitische Argument, wonach sich die Wohnprojekte durch Vielfalt und Offenheit Tendenzen der Segregation und sozialen Schließung entgegenstellen, verlangt ein umgekehrtes Denken. Als „Lebensschulen“ müssen sich die Wohnprojekte selbst darauf einstellen, zu lernen, wenn sie nicht nur Normalitätsvorstellungen einzelner gesellschaftlicher Gruppen inszenieren wollen.

Die vorgelegten Fallstudien haben spezifische Netzwerkkonstellationen und die generalisierbare Bedeutung förderlicher Rahmenfaktoren in den Wohnmodellen vorgestellt. Als Welfare-Mix-Analysen haben sie zum einen vor Augen geführt, dass sich Unterstützungsleistungen aus verschiedenen Sektoren teilweise substituieren lassen. Zum anderen haben sie ein synergetisches Zusammenwirken der Sektoren gezeigt. Sie machen damit ökonomische Wirkungen auf folgenden Ebenen plausibel: Auf haushaltsökonomischer Ebene kann sich die Angewiesenheit auf rechtlich-formelle und marktfähige Angebote reduzieren. Auf fiskalischer Ebene kann die Inanspruchnahme sozialstaatlicher Transferleistungen vermieden und eine Verlängerung kostengünstigerer Versorgungsformen im eigenen Haushalt im Gegensatz zu aufwendigen stationären Versorgungsformen erreicht werden. In der gesundheitsökonomischen Betrachtung können die Netzwerkeinbindung selbst und die vergleichsweise guten Zugänge zu Gemeinschaftsaktivitäten eine präventiv-salutogene Wirkung entfalten. Dies heißt schließlich für die staatliche Rahmensteuerung, dass sich die Investition in die soziale Architektur von Wohnformen für ältere Menschen und die damit verbundene Strategie der wohlfahrtspluralistischen Herstellung stabiler und zugleich elastischer Hilfearrangements auszahlt (vgl. Klie 2008).

5 Gesellschaftspolitische Relevanz der Ergebnisse

Im Hinblick auf den Reformdiskurs der vergangenen Jahre und die besondere Sensibilität des Pflegesektors und pflegepolitischer Akteure (insbesondere nach Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes am 1. Juli 2008), muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, welche Konsequenzen aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung ableitbar sind, und welchen Fehlinterpretationen vorzubeugen ist.

Die sozioökonomische Mehrwertanalyse zeigt deutlich, dass die Gesellschaft auf sehr vielfältige Weise und auf allen Ebenen von gemeinschaftlichen Wohnmodellen profitiert: Durch die *bessere gesundheitliche Entwicklung* bzw. den *geringeren Pflegebedarf* in den Modellprojekten (trotz ähnlicher Ausgangssituation beim Einzug) können geringere Kosten insbesondere für die Pflegeversicherung entstehen, die sich *langfristig* in niedrigeren Beitragssätzen bzw. in moderateren Beitragssatzerhöhungen als derzeit erwartbar auswirken können. Durch den geringeren Bedarf an bezahlter Unterstützung, die alternativ durch die Infrastruktur und Nachbarschaftshilfe in den Projekten geleistet werden kann, sparen darüber hinaus die Bewohner selbst. Ferner sind Effizienzsteigerungen im Pflegesystem denkbar, weil Unterstützung bei der Lebensbewältigung nicht notwendigerweise von examinierten Pflegekräften geleistet werden muss. Positive Effekte können außerdem auf das Quartier in Form der – intensiveren – Wahrnehmung wirtschaftlicher und kultureller Austauschbeziehungen ausstrahlen. Auf Basis der vorliegenden Daten ist es allerdings nicht möglich, diese Effekte zu quantifizieren oder gar kritische Grenzen bezüglich Bewohner- oder Wohnungsanzahl aufzuzeigen.

An dieser Stelle soll ferner darauf hingewiesen werden, *warum* die Modellprojekte so viel besser abschneiden, obwohl die Übernahme von Pflegeleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe statistisch kaum eine Rolle spielt: Die Unterschiede sind zum einen auf die bessere Gesundheitsentwicklung (bzw. die geringere Anzahl an Pflegefällen) und den geringeren Unterstützungsbedarf unter den Bewohnern in der Programmgruppe zurückzuführen. Eine weitere wesentliche Rolle spielt die Einbeziehung ansonsten stationär Pflegebedürftiger aufgrund der höheren Kosten der stationären im Vergleich zur ambulanten Pflege. Dies zeigt sich darin, dass die Unterschiede in den Szenarien ohne stationäre Pflege nicht mehr im statistischen Sinne signifikant sind. Darüber hinaus sind nicht nur Pflegekosten, sondern auch im allgemeineren Sinne Kosten der Unterstützung in der täglichen Lebensführung einbezogen, die durchaus auch von den Nachbarn und aus dem familiären Umfeld geleistet werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Unterstützung bei der Alltagsbewältigung einerseits und Pflege andererseits in der Realität nicht so streng voneinander abgegrenzt werden können, wie es die Zahlen suggerieren. Möglicherweise erledigen Nachbarn, deren Tätigkeiten nicht der Pflege zugeordnet werden, bewusst oder unbewusst doch pflegerische Aufgaben. Dies liegt in der Natur von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit, weil in der Regel verschiedene Aktivitäten zeitlich parallel verlaufen, und deshalb nicht immer präzise zwischen verschiedenen Bereichen der Unterstützung bzw. Pflege unterschieden werden kann.

Davon abgesehen trifft die vorliegende Untersuchung keine Aussagen über das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege: Sofern in den Modellprojekten Personen mit Pflegebedarf lebten, wurden diese im statistischen Matching-Verfahren entsprechend berücksichtigt, d.h. es wurde eine Kontrollgruppe gebildet, die – ökonometrisch korrigiert – genauso zusammengesetzt ist wie der „Pool" aller Bewohner in den Modellprojekten. Da die Kostenunterschiede weitgehend durch die Pflegekosten determiniert sind, wurde im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse lediglich aufgezeigt, welche Bedeutung die Einbeziehung stationär Pflegebedürftiger in der Kontrollgruppe und ihrer entsprechenden Pendants in der Programmgruppe *für die ermittelten Kostenunterschiede* hat. Hier ist in der Tat fraglich, ob tatsächlich Personen mit ähnlichem Versorgungsbedarf betrachtet wurden und ob vor dem Hintergrund gleichen Versorgungsbedarfs stationäre Betreuung durchgängig teurer wäre. Allerdings ist eine perfekte Nachbildung der Programmgruppe bei einer freiwilligen Befragung nicht möglich, weshalb die Angaben der Bewohner zur Pflegestufe und ihre Selbsteinschätzung zum alternativen Wohnort herangezogen wurden. Unsere Ergebnisse erlauben daher keine eine Bewertung der Pflegequalität oder von Kostenvorteilen bzw. -nachteilen der Versorgungsformen *im Allgemeinen*, auch soll nicht suggeriert werden, dass die stationäre Versorgung im Pflegeheim grundsätzlich teurer sei als die Versorgung in Quartiersmodellen. Es ist eher davon auszugehen, dass die stationäre Pflege in Zukunft stärker mit Quartiersangeboten zusammenwächst.

Eine differenzierte Hochrechnung der – unter den gegebenen Bedingungen erzielten – Kostenreduzierung auf größere volkswirtschaftliche Einheiten oder die gesamtgesellschaftliche Verteilung von Lebenslagen ist wegen der kleinen Stichprobe nicht möglich. Die Stärke der Untersuchung liegt vielmehr in der ableitbaren *Breitenwirkung* für ähnliche strukturierte Gruppen. Denn obwohl Repräsentativität im strengen Sinne mit der vorliegenden Stichprobe nicht hergestellt werden kann, deuten viele Indizien (Einkommen, Ausbildung, soziales Engagement vor dem Einzug) darauf hin, dass die Bewohner der Modellprojekte keineswegs einen atypischen Personenkreis darstellen, sondern durchaus verallgemeinerbare Aussagen für Träger, politische Akteure etc. ableitbar sind. Auch im Umgang mit dem sozialen Zusatznutzen ist Vorsicht geboten: Der soziale Mehrwert, der sich aus der intensiven Unterstützung durch Nachbarn, Zeitverwendung, Aktivitäten im Haus, Lebens- und Wohnqualität, Quartiersbezüge etc. ergibt, kann monetär nicht bewertet werden, weil er sich explizit auf die Modellprojekte bezieht, und die Erhebungsmethodik nicht auf die Monetarisierung der Unterstützungsleistungen ausgerichtet war.

Obwohl in den Modellprojekten Menschen aller Altersklassen wohnen, lag der Schwerpunkt der Untersuchung auf älteren Menschen. Dieser Fokus blendet möglicherweise andere wichtige Aspekte aus. Allerdings sind beispielsweise die jüngeren Jahrgänge in ihrer Funktion als Unterstützer der Älteren (Hilfe in der täglichen Lebensführung) und als Unterstützte durch die Älteren (z.B. Kinderbetreuung) durchaus berücksichtigt worden. Es soll allerdings nicht geleugnet werden, dass in den Modellprojekten soziale Nutzeneffekte vorhanden sein können,

die durch die vorliegende Untersuchung nicht abgebildet werden, aber entscheidend zur Rechtfertigung der sozialen Investitionen beitragen (z.B. Nutzeneffekte für Jüngere, sozial Benachteiligte, Menschen mit Behinderung, Bürgerschaftliches Engagement im Wohnquartier, Projektarbeit etc.). Diese wären vertieft bzw. in einer gesonderten Analyse zu untersuchen.

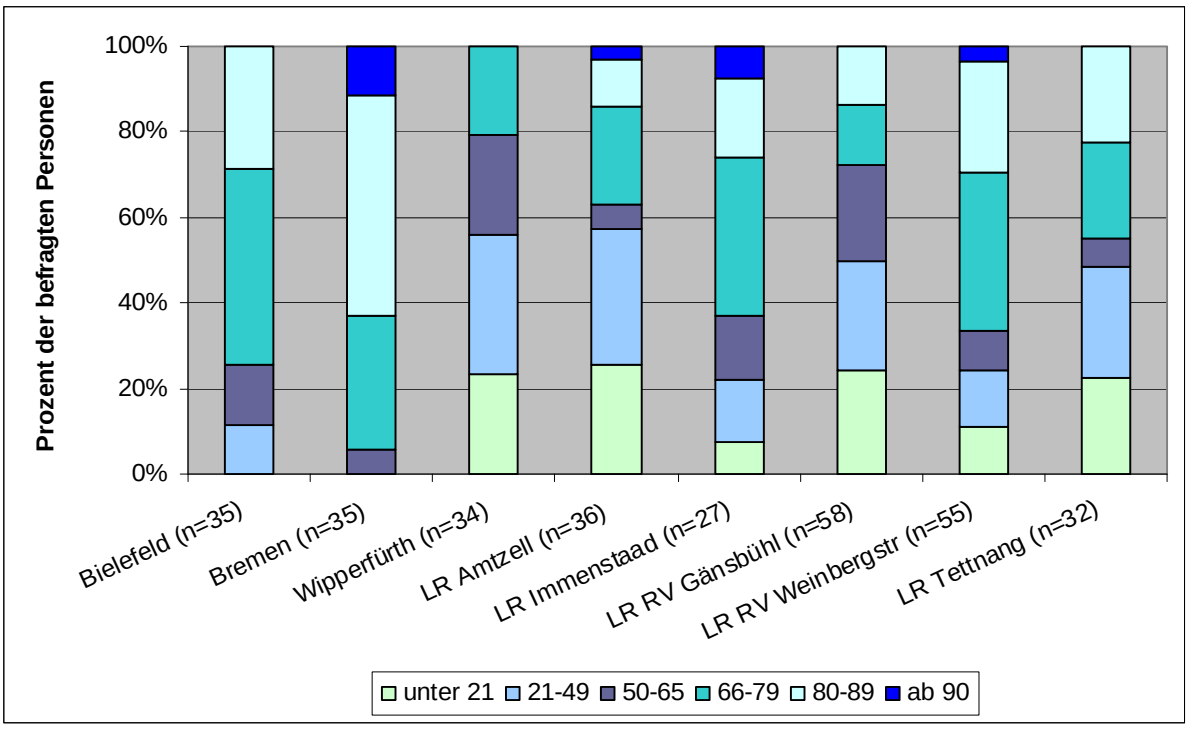
Trotz der gegebenen Einschränkungen kann konstatiert werden, dass die untersuchten Modellprojekte einen Mehrwert auf allen gesellschaftlichen Ebenen produzieren, der politisch anerkennungswürdig erscheint. Vor diesem Hintergrund könnte es sinnvoll sein, sich in der weiteren Debatte nicht auf die konkrete Kostenersparnis zu versteifen, sondern vielmehr die Frage zu stellen, wer die für den gesellschaftlichen Zusatznutzen konstitutiven Investitionen zukünftig leistet. Wenn man davon ausgeht, dass neben den Bewohnern der Modellprojekte, die aufgrund des geringeren Unterstützungsbedarfs ihr anderweitig verfügbares Einkommen steigern können, auch die Sozialversicherung und die Sozialhilfeträger von ihnen profitieren, wäre es nur logisch, dass sich diese an der Finanzierung zusätzlicher Kosten, die z.B. durch die sozialarbeiterische Betreuung (Gemeinwesenarbeit) oder besondere bauliche Investitionen (Gemeinschaftseinrichtungen) entstehen, beteiligen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass sich Unterstützungsleistungen aus verschiedenen Sektoren – wie die vertiefende Welfare-Mix-Analyse gezeigt hat – teilweise substituieren lassen, und ein synergetisches Zusammenwirken der Sektoren aufgezeigt werden konnte. Eine Diskussion über solche Fragen ist auch deshalb angebracht, weil das Argument eines sozioökonomischen Mehrwerts auf der Trägerebene nicht ausreichen dürfte, um gemeinschaftliche Wohnformen weiter auszubauen – hier besitzen eher individuelle Kosten-Nutzen-Rechnungen Einfluss auf tatsächliche Investitionsentscheidungen.

In diesem Zusammenhang sollen die sozialen Nutzeneffekte noch einmal akzentuiert werden: Wie die Untersuchung verdeutlicht, gibt es signifikante Unterschiede im Engagement der Bewohner für ihre Nachbarn. Interpretiert man diese Ergebnisse als besondere Leistungsfähigkeit der Modellprojekte in Bezug auf die Förderung sozialer Interaktion, und unterstellt man, dass die Integration in ein funktionierendes soziales Gefüge von elementarer Bedeutung für die Aktivität älterer Menschen und die Vermeidung von Pflegebedarf ist, kommt eine präventive Sozialpolitik nicht umher, diese besondere Leistung zu würdigen.

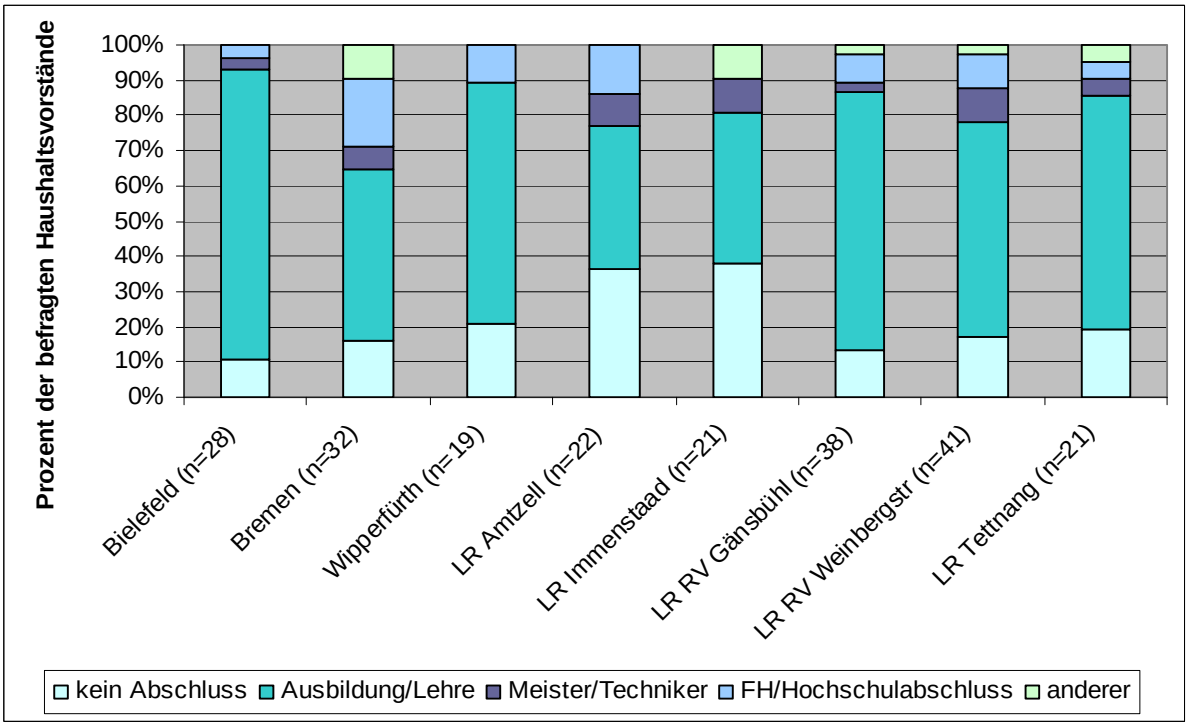
6 Anhang

6.1 Differenzierte Auswertung deskriptiver Daten nach Standorten

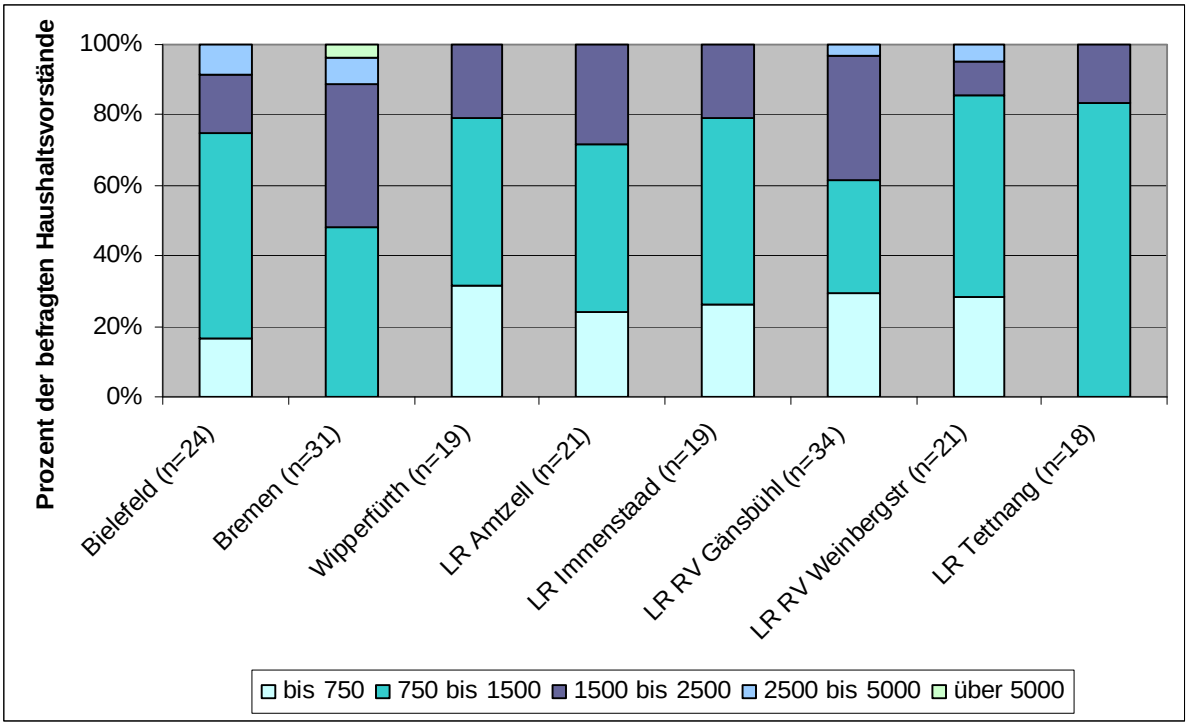
A1: Alterklassen in den Wohnprojekten



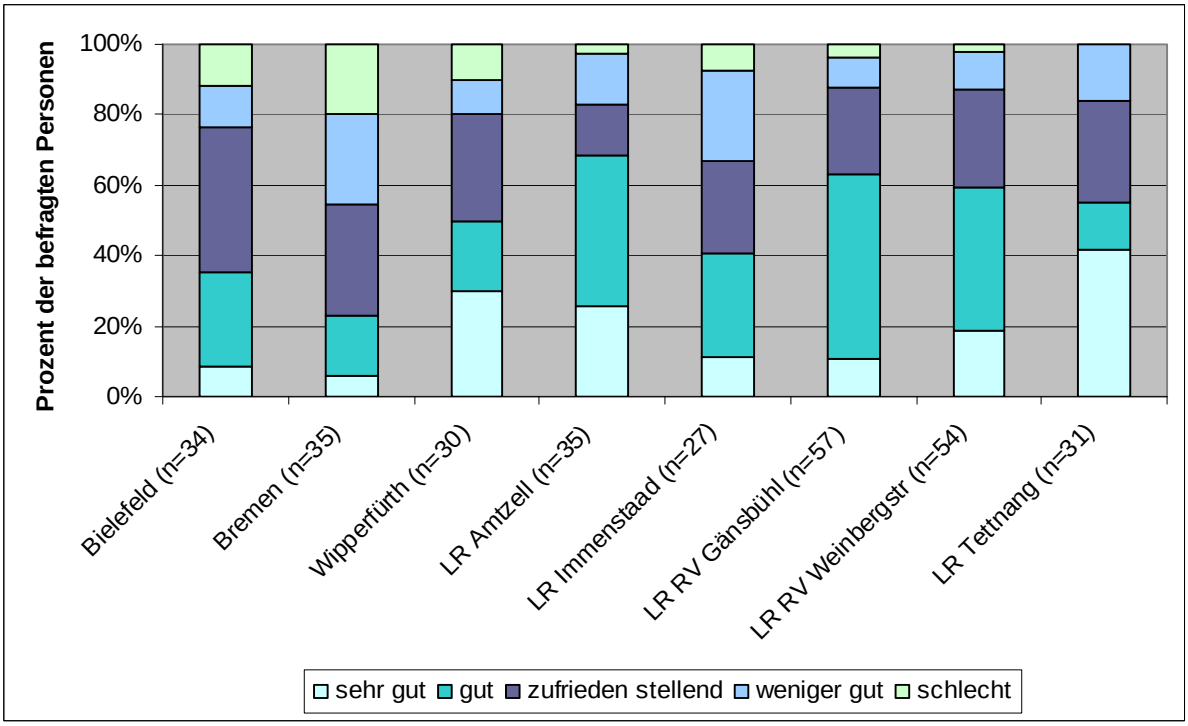
A2: Berufsabschlüsse in den Wohnprojekten



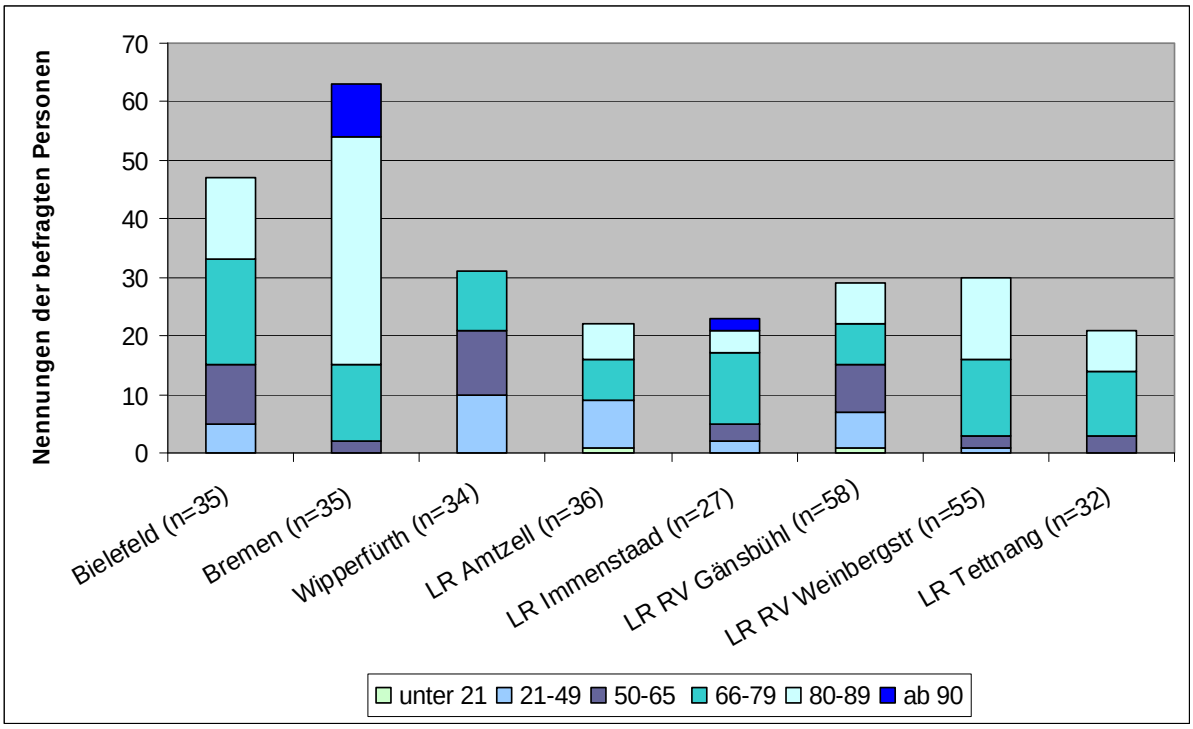
A3: Einkommen in den Wohnprojekten



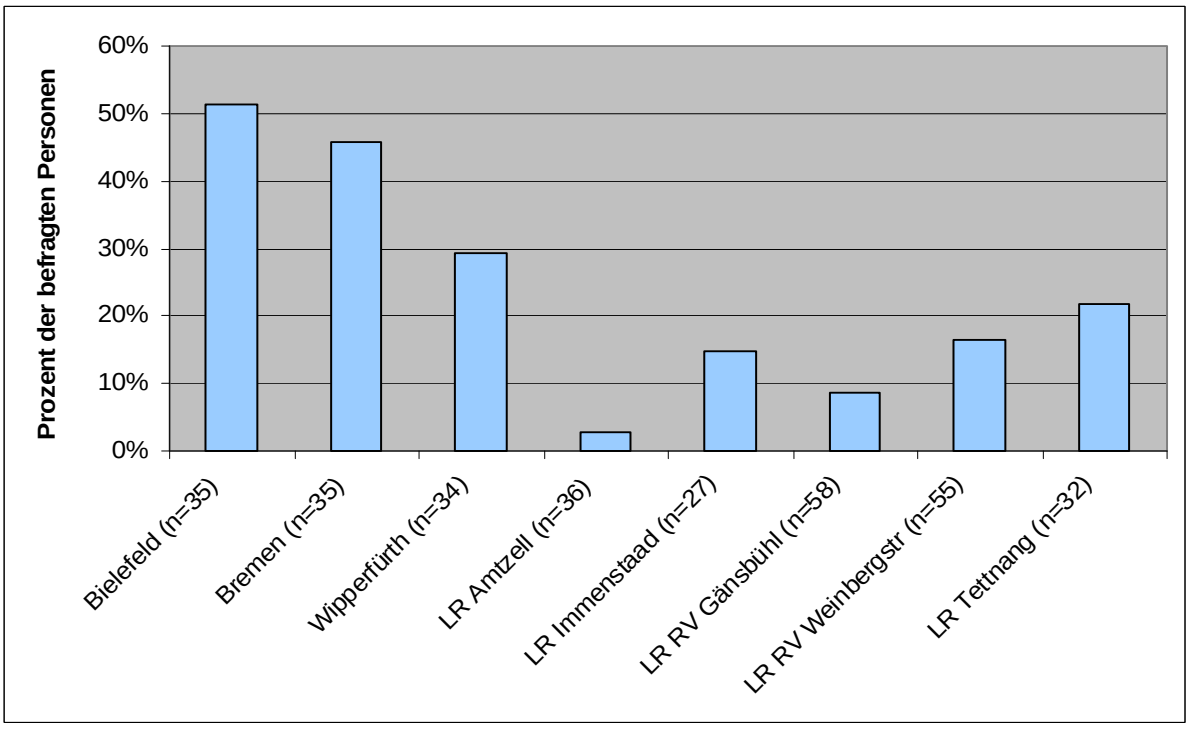
A4: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands in den Wohnprojekten



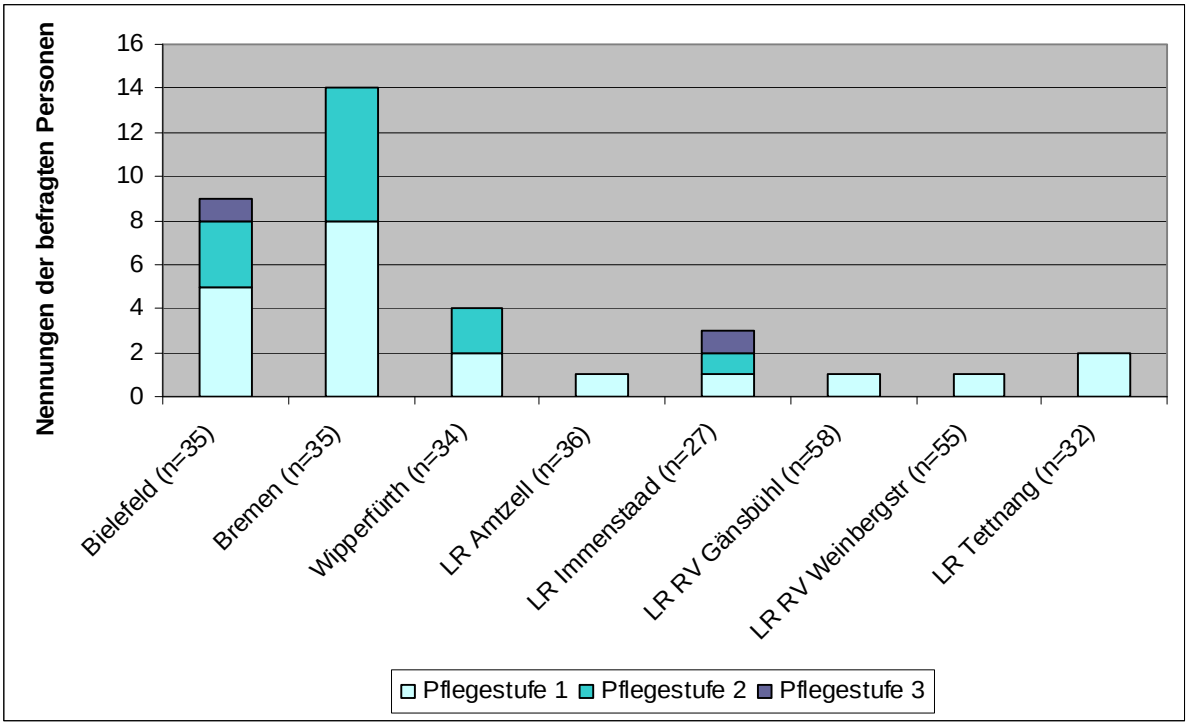
A5: Anzahl der chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen in den Wohnprojekten



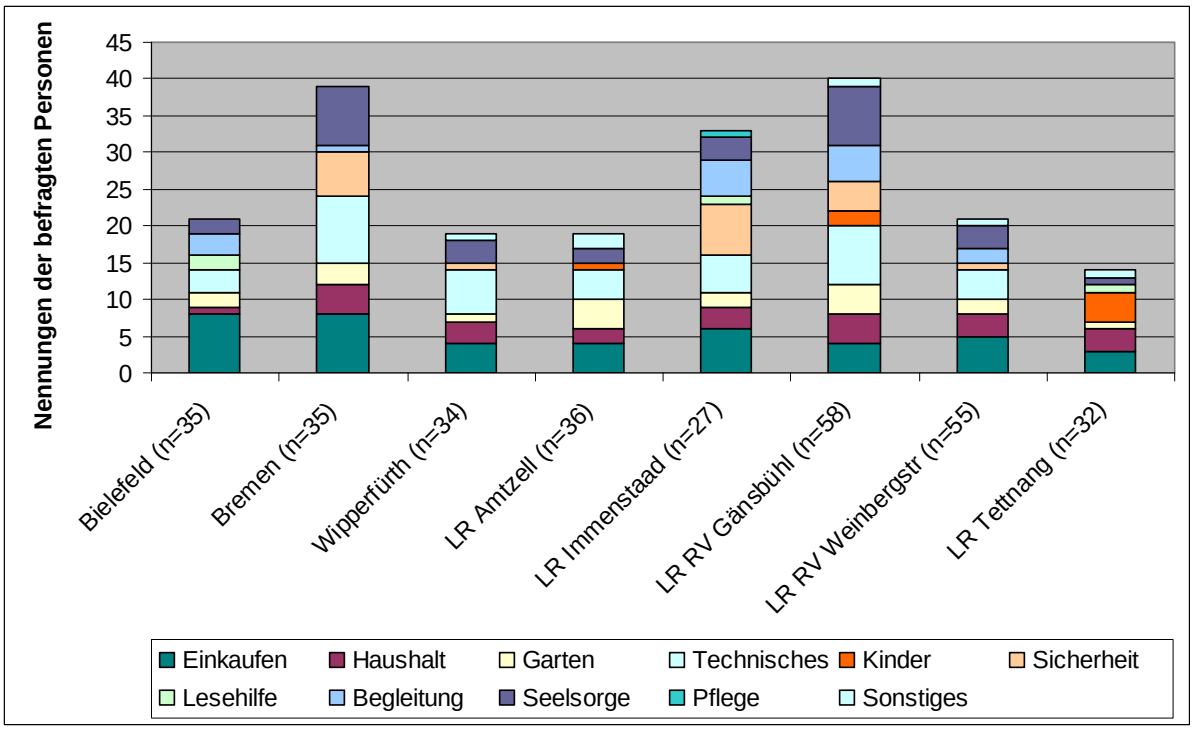
A6: Anteil der Personen mit Behinderung in den Wohnprojekten



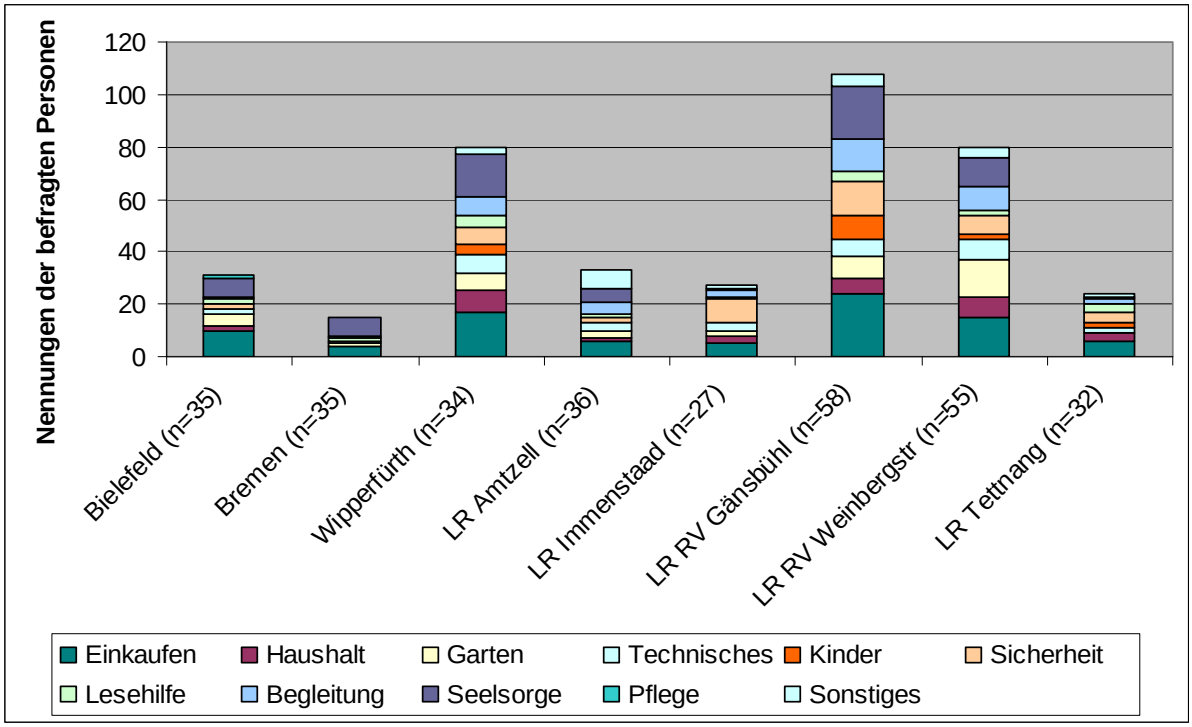
A7: Zahl der Pflegebedürftigen in den Wohnprojekten



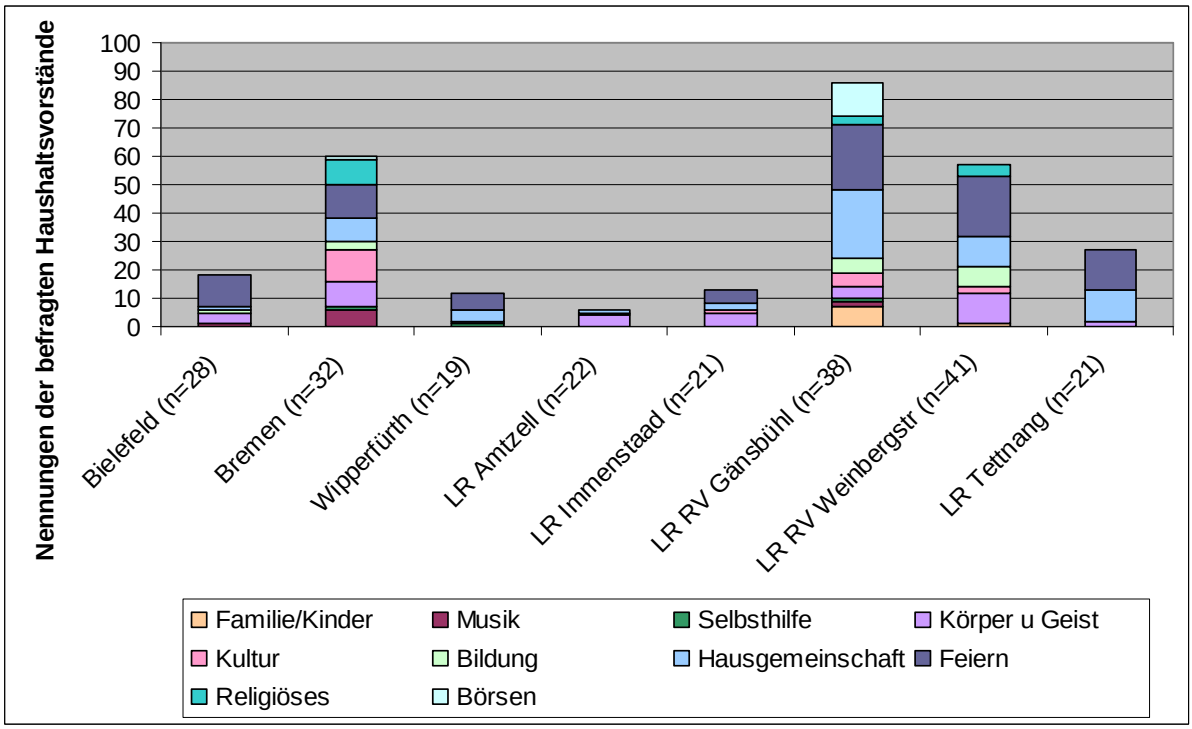
A8: Von anderen Bewohnern empfangene Hilfen in den Wohnprojekten



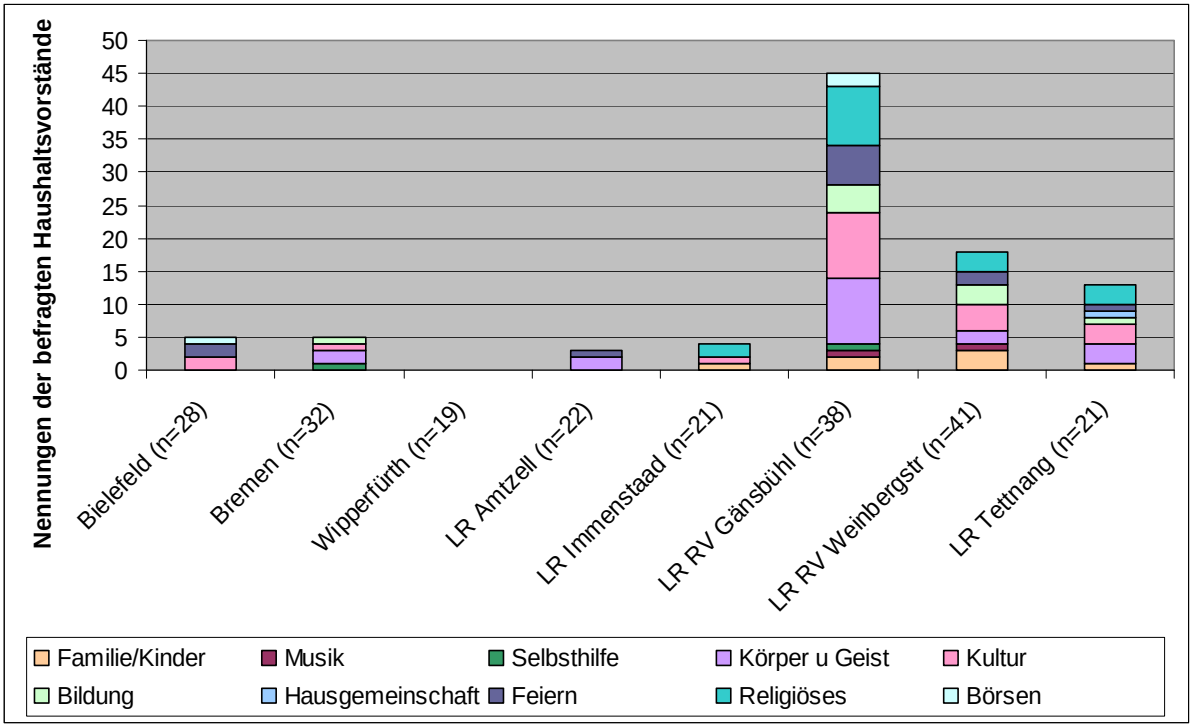
A9: Für andere Bewohner geleistete Hilfen in den Wohnprojekten



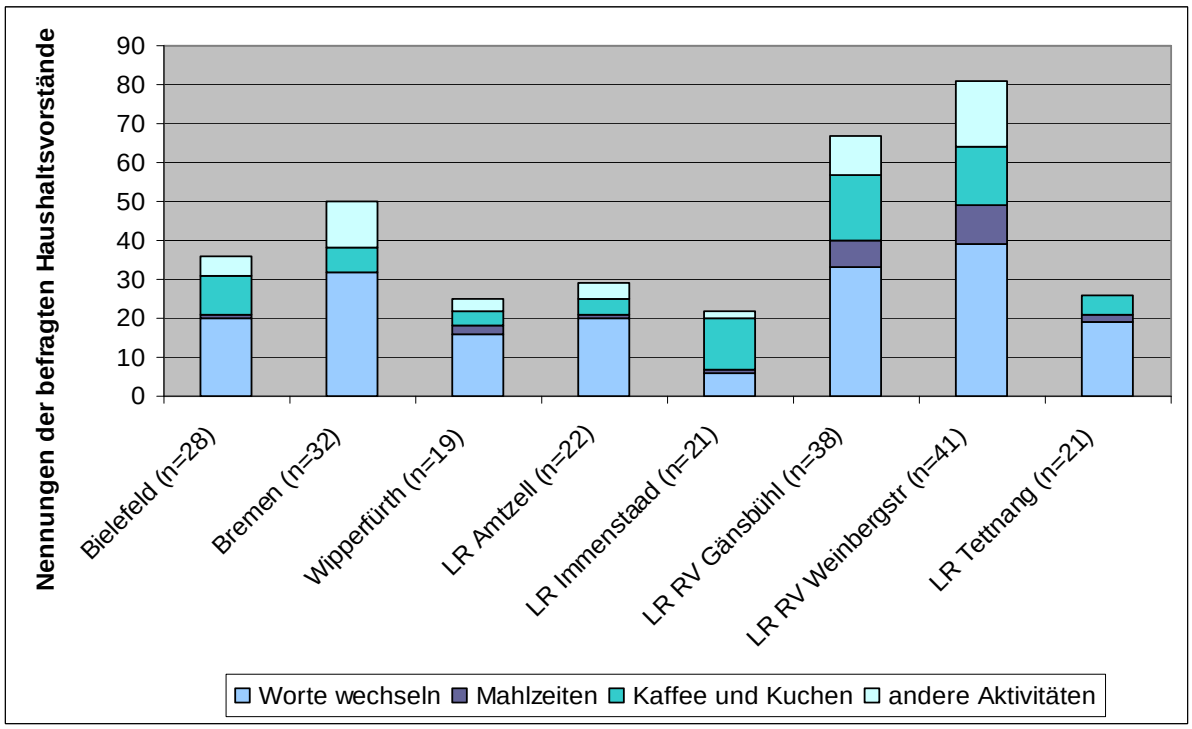
A10: Gemeinsame Aktivitäten innerhalb der Wohnprojekte



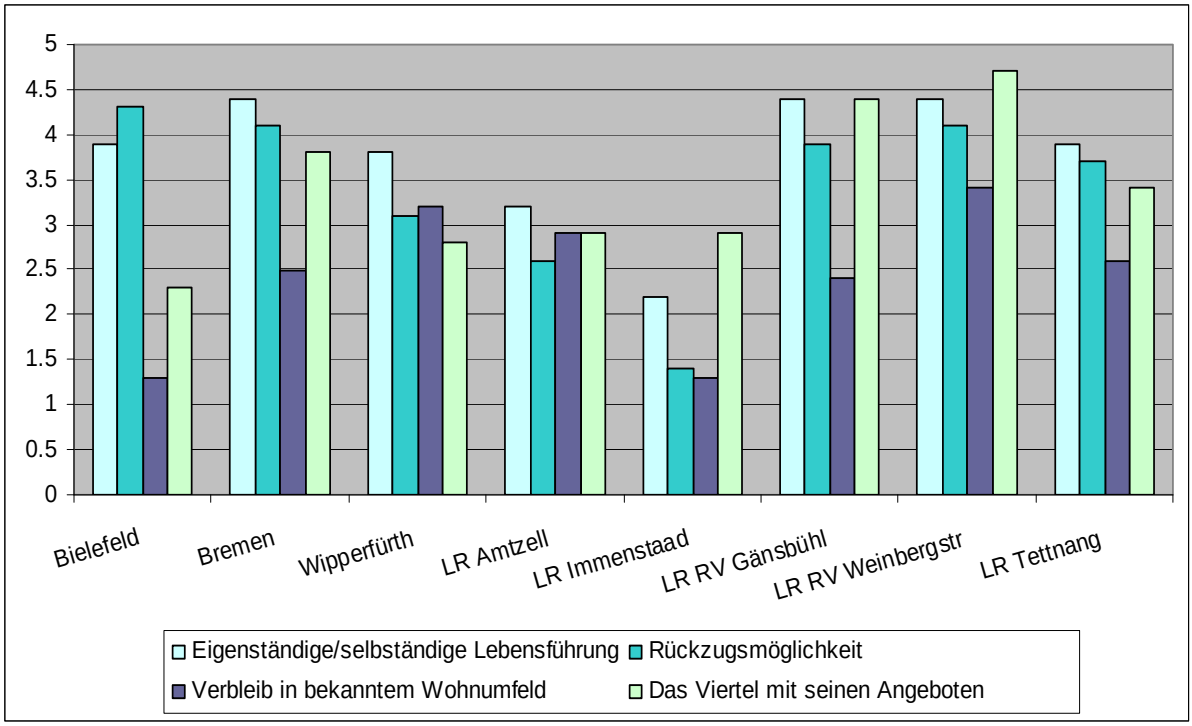
A11: Gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Wohnprojekte



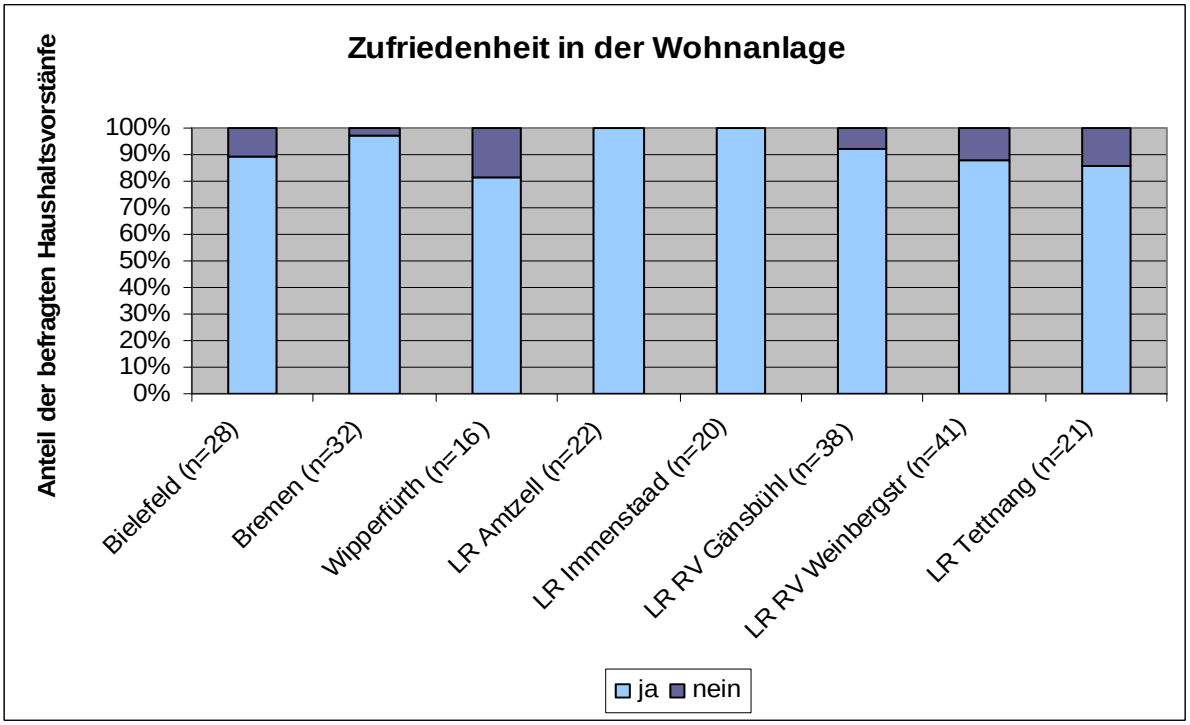
A12: Nicht institutionalisierte gemeinsame Aktivitäten innerhalb der Wohnprojekte



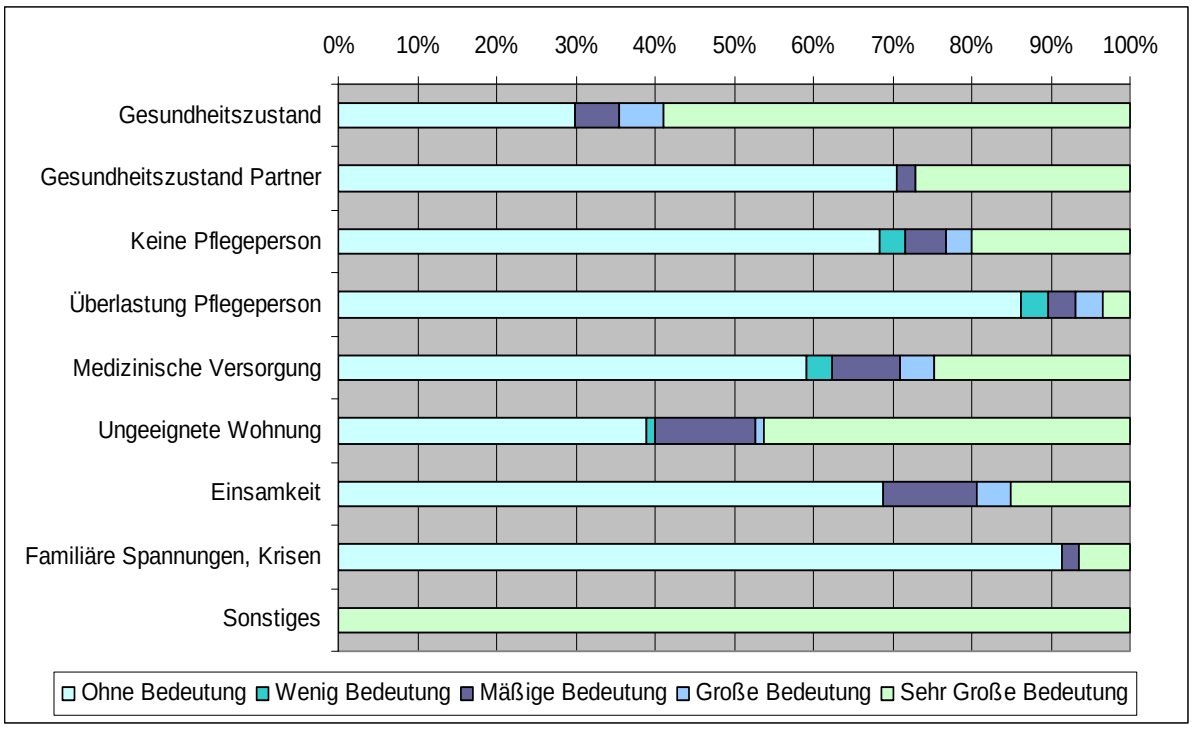
A13: Motivation zum Einzug in die Wohnprojekte



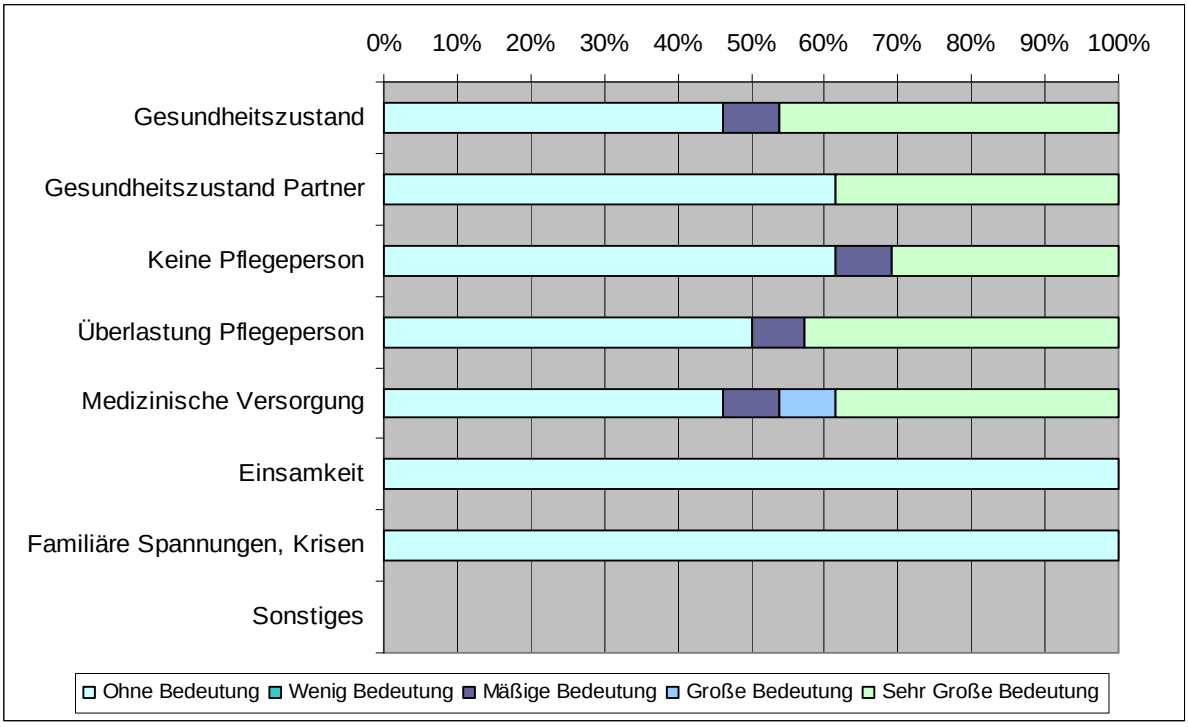
A14: Zufriedenheit in den Wohnprojekten



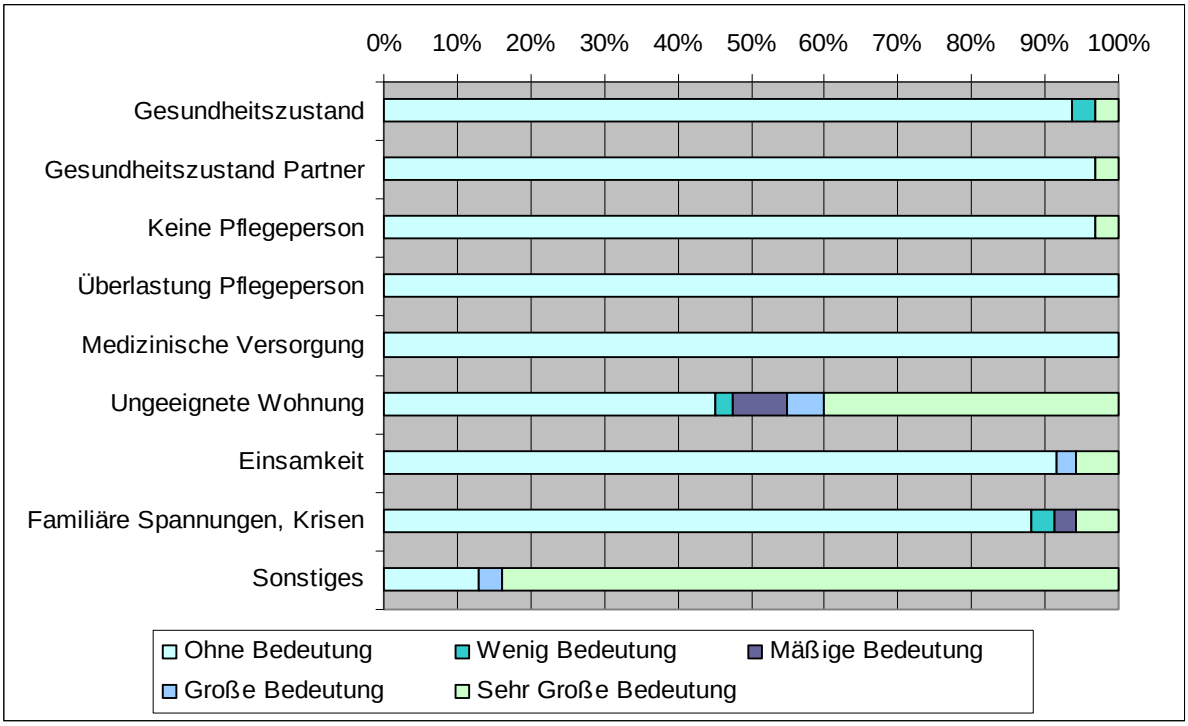
A15: Gründe für den Wegzug Kontrollgruppe – Personen im Betreuten Wohnen/Pflegeheim



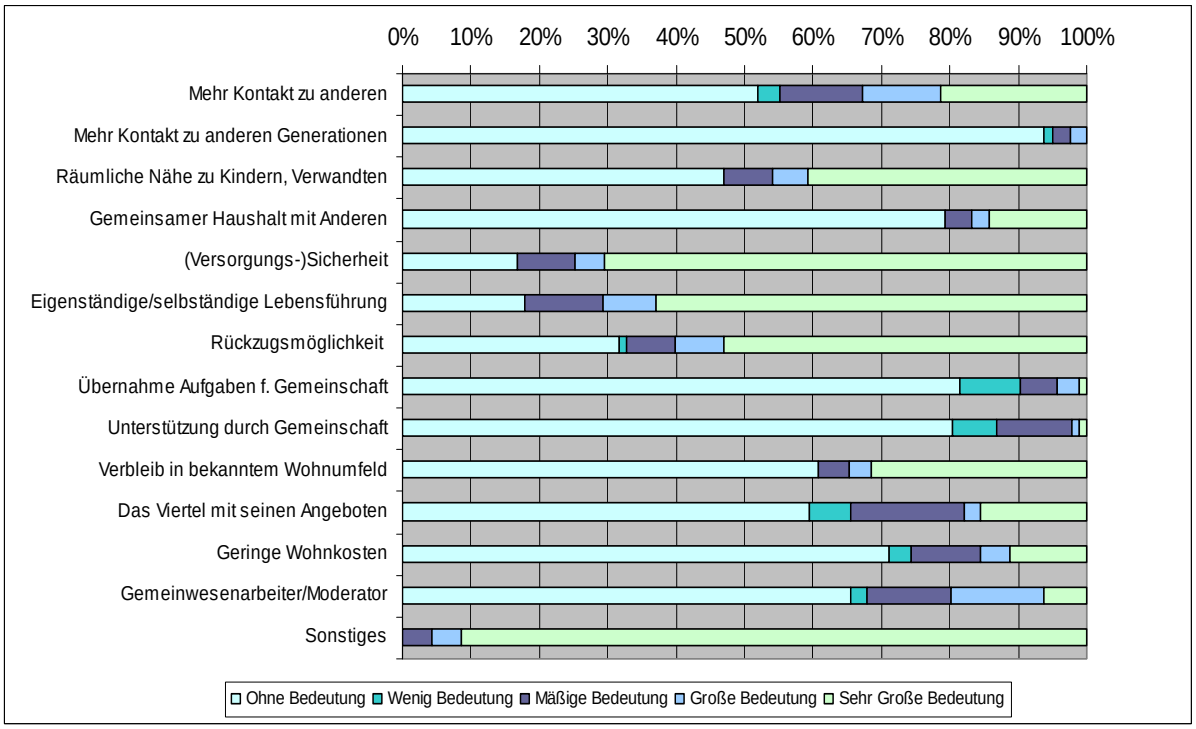
A16: Gründe für den Wegzug Kontrollgruppe – Kunden ambulanter Pflegedienst



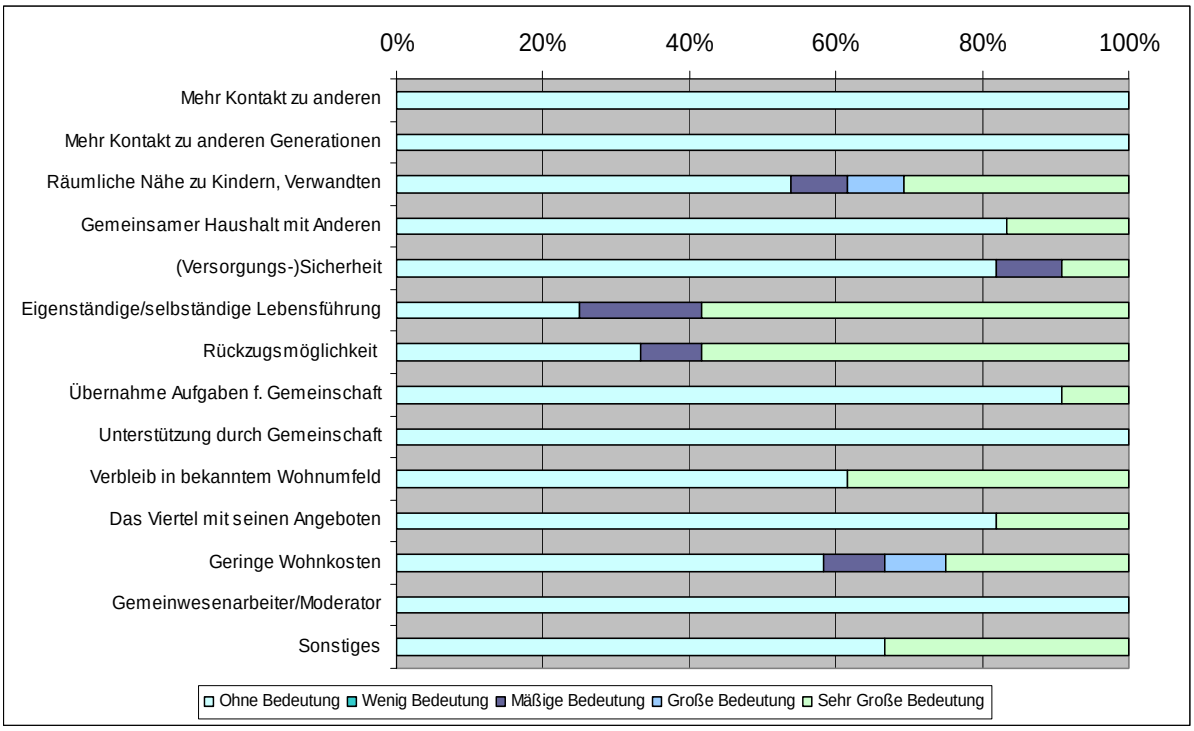
A17: Gründe für den Wegzug Kontrollgruppe – Privathaushalte



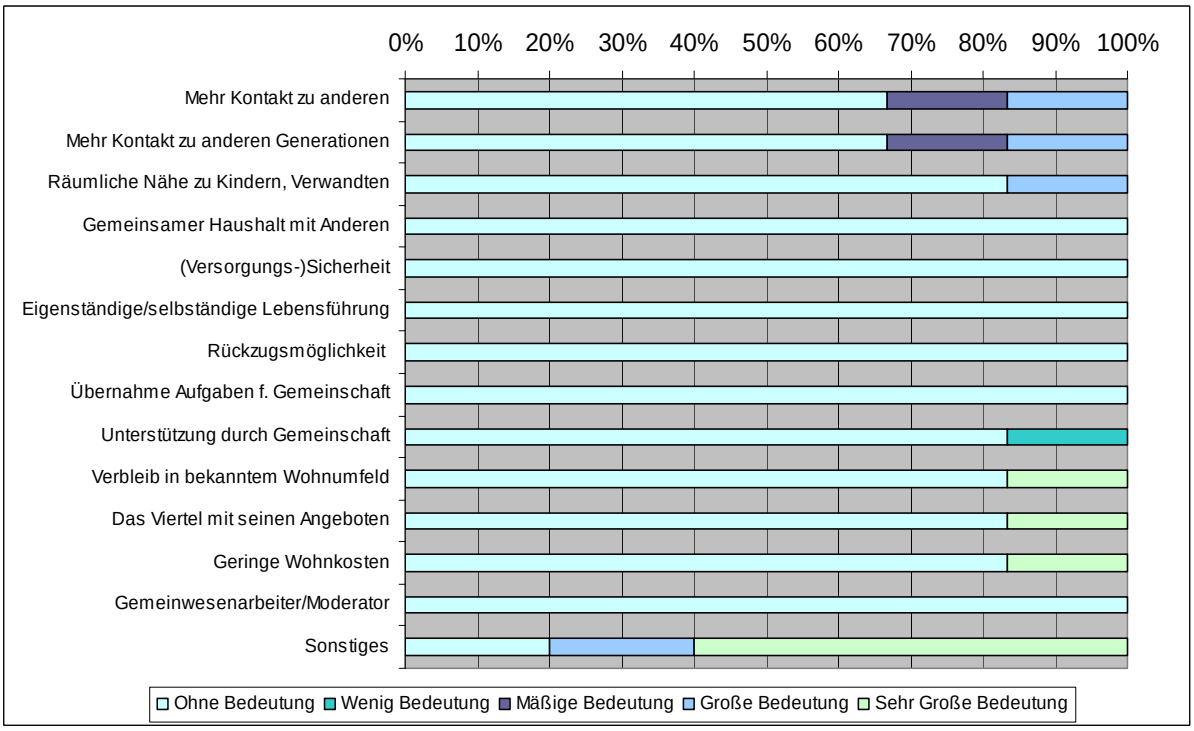
A18: Motivation für den Einzug Kontrollgruppe – Personen im Betreuten Wohnen/Pflegeheim



A19: Motivation für den Einzug Kontrollgruppe – Kunden ambulanter Pflegedienst



A20: Motivation für den Einzug Kontrollgruppe – Privathaushalte



6.2 Fragenbogen der Bewohnerbefragung

Weeber+Partner Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Stuttgart/Berlin

Soziales neu gestalten

Eine Person pro Haushalt wird befragt: der Haushaltsvorstand (Haupteinkommensbezieher) oder ein Vertreter.
Die Fragen beziehen sich teilweise auf den ganzen Haushalt, auf alle Haushaltsmitglieder oder nur auf den B efragten.

ID: _____

Interviewer: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Vorab ein paar Fragen zu Ihrem Haushalt

1. Zu Beginn möchten wir gerne wissen, wer in Ihrem Haushalt lebt. (alle Haushaltsmitglieder)

Wie alt sind Sie / ist ... (ihr Mann,Sohn, ihre Tochter...)?

Wie ist der Familienstand, sind Sie / ist derjenige ledig, verheiratet, verwitwet oder geschieden?

Jeweils Geschlecht und Stellung zum Haushaltsvorstand eintragen. Markieren, welche Person befragt wird.

Im Haushalt leben:

(die Nummerierung der Haushaltsmitglieder gilt für den ganzen Fragenbogen!!!)

	Alter	Geschlecht	Familienstand	Stellung zum HH-Vorstand	befragt
Person 1	Jahre	○ weiblich ○ männlich ○ keine Angabe	○ ledig ○ verheiratet/in Lebenspartnerschaft lebend ○ verwitwet ○ geschieden ○ keine Angabe	○ HH-Vorstand ○ Ehe-/Lebenspartner ○ Kind ○ Elternteil ○ sonstige Verwandte ○ sonstige Haushaltsmitglieder ○ keine Angabe	○ befragt
Person 2	Jahre	○ weiblich ○ männlich ○ keine Angabe	○ ledig ○ verheiratet/in Lebenspartnerschaft lebend ○ verwitwet ○ geschieden ○ keine Angabe	○ HH-Vorstand ○ Ehe-/Lebenspartner ○ Kind ○ Elternteil ○ sonstige Verwandte ○ sonstige Haushaltsmitglieder ○ keine Angabe	○ befragt
Person 3	Jahre	○ weiblich ○ männlich ○ keine Angabe	○ ledig ○ verheiratet/in Lebenspartnerschaft lebend ○ verwitwet ○ geschieden ○ keine Angabe	○ HH-Vorstand ○ Ehe-/Lebenspartner ○ Kind ○ Elternteil ○ sonstige Verwandte ○ sonstige Haushaltsmitglieder ○ keine Angabe	○ befragt
Person 4	Jahre	○ weiblich ○ männlich ○ keine Angabe	○ ledig ○ verheiratet/in Lebenspartnerschaft lebend ○ verwitwet ○ geschieden ○ keine Angabe	○ HH-Vorstand ○ Ehe-/Lebenspartner ○ Kind ○ Elternteil ○ sonstige Verwandte ○ sonstige Haushaltsmitglieder ○ keine Angabe	○ befragt
Person 5	Jahre	○ weiblich ○ männlich ○ keine Angabe	○ ledig ○ verheiratet/in Lebenspartnerschaft lebend ○ verwitwet ○ geschieden ○ keine Angabe	○ HH-Vorstand ○ Ehe-/Lebenspartner ○ Kind ○ Elternteil ○ sonstige Verwandte ○ sonstige Haushaltsmitglieder ○ keine Angabe	○ befragt

Person 6	Jahre	○ weiblich ○ männlich ○ keine Angabe	○ ledig ○ verheiratet/in Lebenspartnerschaft lebend ○ verwitwet ○ geschieden ○ keine Angabe	○ HH-Vorstand ○ Ehe-/Lebenspartner ○ Kind ○ Elternteil ○ sonstige Verwandte ○ sonstige Haushaltsmitglieder ○ keine Angabe	○ befragt

Fragebogen zwischenspeichern

2. Einzug in Wohnung, Einzug in Wohnanlage und früherer Wohnort

	Wann sind sie in die Wohnanlage eingezogen?	**Und in diese Wohnung?**	**Wo haben Sie früher gewohnt?** *wenn woanders:* **Wie viele Kilometer entfernt von hier?**
Person 1	Monat: Jahr:	Monat: Jahr:	○ **im gleichen Quartier** ○ **in der Stadt** ○ **oder woanders?** KM Entfernung: ○ keine Angabe
Person 2	Monat: Jahr:	Monat: Jahr:	○ **im gleichen Quartier** ○ **in der Stadt** ○ **oder woanders?** KM Entfernung: ○ keine Angabe
Person 3	Monat: Jahr:	Monat: Jahr:	○ **im gleichen Quartier** ○ **in der Stadt** ○ **oder woanders?** KM Entfernung: ○ keine Angabe
Person 4	Monat: Jahr:	Monat: Jahr:	○ **im gleichen Quartier** ○ **in der Stadt** ○ **oder woanders?** KM Entfernung: ○ keine Angabe
Person 5	Monat: Jahr:	Monat: Jahr:	○ **im gleichen Quartier** ○ **in der Stadt** ○ **oder woanders?** KM Entfernung: ○ keine Angabe
Person 6	Monat: Jahr:	Monat: Jahr:	○ **im gleichen Quartier** ○ **in der Stadt** ○ **oder woanders?** KM Entfernung: ○ keine Angabe

3. Ein paar Fragen zu Ihrer Wohnung:

Wie viele qm Wohnfläche hat die Wohnung? qm

Wie viele Wohnräume (ohne Küche, Bad und Flur) hat die Wohnung? Zimmer

Gibt es eine Küche oder Kochnische?
- ○ ja
- ○ nein
- ○ keine Angabe

Gibt es eine Terrasse oder einen Balkon?
- ○ ja
- ○ nein
- ○ keine Angabe

Hat die Wohnung sonstige Besonderheiten?

4. Wohnen Sie hier als Mieter oder als Eigentümer?

- ○ Mieter
- ○ Eigentümer
- ○ mietfrei
- ○ keine Angabe

Wenn Mieter: **Mit Wohnberechtigungsschein?**

- ○ mit Wohnberechtigungsschein
- ○ ohne Wohnberechtigungsschein
- ○ keine Angabe

5. Wie hoch sind Ihre monatlichen Ausgaben für...

Miete und Mietnebenkosten: Euro je Monat

bzw. bei Eigentümern

die Umlage: Euro je Monat

Dienstleistungsentgelte für Träger der Wohnanlage: Euro je Monat

Sonstiges:

Fragebogen zwischenspeichern

Jetzt möchten wir gerne nach Ihrer Ausbildung und Ihrer Berufstätigkeit (heute oder früher) fragen.

6. Für die Person mit dem höchsten Einkommen im Haushalt während der Erwerbsphase: Was ist der höchste Schulabschluss?

- ○ kein Abschluss
- ○ Volksschule/Hauptschule/polytechnische Oberschule 8. oder 9. Klasse
- ○ Mittlere Reife/Realschule/polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- ○ Fachhochschulreife/Abitur
- ○ anderer Schulabschluss, und zwar
- ○ keine Angabe

7. Und was ist der höchste berufliche Abschluss?

- ○ kein Abschluss
- ○ Berufsausbildung/Lehre
- ○ Meister/Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- ○ Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss
- ○ anderer beruflicher Abschluss, und zwar
- ○ keine Angabe

8. Und was war der (frühere) berufliche Status? Waren/sind Sie...

- ○ **Arbeiter**

- Angestellter
- Beamter
- Selbständiger
- Hausfrau/-mann
- sonstige frühere Berufstätigkeit, und zwar
- keine Angabe

Fragebogen zwischenspeichern

Bürgerschaftliches Engagement und Aktivität (Angaben für Befragten)

9. Aktivitäten außerhalb von Beruf und Familie *(vor dem Einzug, nach dem Einzug)*

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, außerhalb von Beruf und Familie irgendwo mitzumachen, beispielsweise in einem Verein, einer Initiative, einem Projekt oder einer Selbsthilfegruppe. Bitte sagen Sie mir, ob Sie sich in einem oder mehreren der folgenden Bereiche aktiv beteiligen oder vor dem Einzug beteiligt haben. (Mehrfachnennungen möglich).

Vor dem Einzug oder nach dem Einzug oder beides?

Haben Sie ein Ehrenamt übernommen?

	Vor Einzug	Nach Einzug	Ehrenamt
Sport und Bewegung	☐	☐	☐
Freizeit und Geselligkeit	☐	☐	☐
Kultur und Musik	☐	☐	☐
Schule und Kindergarten	☐	☐	☐
Sozialer Bereich	☐	☐	☐
Kirchlicher/religiöser Bereich	☐	☐	☐
Berufliche Interessenvertretung	☐	☐	☐
Umwelt-/Natur-/Tierschutz	☐	☐	☐
Politik/Politische Interessenvertretung	☐	☐	☐
Jugendarbeit/Erwachsenenarbeit (außerschulisch)	☐	☐	☐
Unfall-/Rettungsdienst, Freiwillige Feuerwehr	☐	☐	☐
Gesundheitsbereich	☐	☐	☐
Justiz/Kriminalitätsprobleme	☐	☐	☐
Wirtschaftliche Selbsthilfe	☐	☐	☐
Sonstiges bürgerschaftliches Engagement	☐	☐	☐

Fragebogen zwischenspeichern

Gesundheitliche Disposition und Unterstützungsbedarf

10. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands (Angaben für alle Haushaltsmitglieder)

Nun wüssten wir gerne für alle Personen in Ihrem Haushalt, wie es Ihnen gesundheitlich geht.
Wie würden Sie den gegenwärtigen Gesundheitszustand/den Gesundheitszustand des betreffenden Haushaltsmitglied beschreiben...

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
Sehr gut	○	○	○	○	○	○
Gut	○	○	○	○	○	○
Zufrieden stellend	○	○	○	○	○	○
Weniger gut	○	○	○	○	○	○
Schlecht	○	○	○	○	○	○
keine Angabe	○	○	○	○	○	○

11. Chronische Krankheiten und Beeinträchtigungen (Angaben für alle Haushaltsmitglieder)

Haben Sie oder ein anderes Haushaltsmitglied chronische Krankheiten oder Beeinträchtigungen?

(Wenn ja, eintragen, für wen das gilt und seit wann)

○ Ja ○ Nein ○ keine Angabe

	Person 1		Person 2		Person 3	
	Trifft zu	Seit wann (Jahr)	Trifft zu	Seit wann (Jahr)	Trifft zu	Seit wann (Jahr)
Bewegungseinschränkungen	☐		☐		☐	
- falls zutreffend: **Ist ein Rollstuhl erforderlich?**	☐		☐		☐	
Schlaganfall und seine Folgen	☐		☐		☐	
Herz-/Kreislauferkrankungen	☐		☐		☐	
Stoffwechselerkrankung (bes. Diabetes)	☐		☐		☐	
Starke Sehbehinderung	☐		☐		☐	
Demenz/Alzheimer	☐		☐		☐	
Psychische Erkrankung	☐		☐		☐	
Sonstige:	☐		☐		☐	
Sonstige:	☐		☐		☐	
Sonstige:	☐		☐		☐	

	Person 4		Person 5		Person 6	
	Trifft zu	Seit wann (Jahr)	Trifft zu	Seit wann (Jahr)	Trifft zu	Seit wann (Jahr)
Bewegungseinschränkungen	☐		☐		☐	
- falls zutreffend: ist ein Rollstuhl erforderlich?	☐		☐		☐	
Schlaganfall und seine Folgen	☐		☐		☐	
Herz-/Kreislauferkrankungen	☐		☐		☐	
Stoffwechselerkrankung (bes. Diabetes)	☐		☐		☐	
Starke Sehbehinderung	☐		☐		☐	
Demenz/Alzheimer	☐		☐		☐	
Psychische Erkrankung	☐		☐		☐	
Sonstige:	☐		☐		☐	
Sonstige:	☐		☐		☐	
Sonstige:	☐		☐		☐	

12. Behinderung (Angaben für alle Haushaltsmitglieder)

Sind Sie und/oder andere Haushaltsmitglieder als behindert eingestuft?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
	○ Ja	○ Ja	○ Ja	○ Ja	○ Ja	○ Ja
Behinderung	Grad (%)	Grad (%)	Grad (%)	Grad (%)	Grad (%)	Grad (%)

13. Pflegestufe (Angaben für alle Haushaltsmitglieder)

Sind Sie und/oder andere Haushaltsmitglieder in eine Pflegestufe eingestuft?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
Welche Pflegestufe?						
Seit wann in dieser Pflegestufe (Monat/Jahr)?	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr
Falls in Pflegestufe 2 oder 3: Seit wann in vorhergehende Pflegestufen?	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr	Monat Jahr
Wurde Ihr Antrag auf eine Pflegestufe abgelehnt?	○ Ja	○ Ja	○ Ja	○ Ja	○ Ja	○ Ja
Ist im Moment eine Pflegestufe beantragt?	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein	○ Ja ○ Nein

Fragebogen zwischenspeichern

Unterstützungsbedarf (Angaben für alle Haushaltsmitglieder)

Jetzt möchten wir Sie fragen, welche Hilfen Sie in Ihrem Alltag in Anspruch nehmen und durch wen.

14. Hilft Ihnen oder den anderen Mitglieder Ihres Haushalts jemand regelmäßig bei der Lebensführung?

Von wem bekommen Sie oder die anderen Mitglieder Ihres Haushalts regelmäßige Hilfe?

Wer bekommt diese Hilfe?

In welchem Bereich erhalten Sie oder die anderen Mitglieder Ihres Haushalts regelmäßige Hilfe?

HYG: **persönliche Hygiene, Körperpflege** (z.B. An- und Ausziehen, Kämmen, Duschen, Baden, Toilettenbenutzung)
WOH: **Mobilität innerhalb der Wohnung** (z.B. zu Bett gehen, Aufstehen, Gehen, Treppen steigen)
NAH: **Nahrungszubereitung, -aufnahme** (z.B. Zubereitung von Mahlzeiten, Nahrungsmittel schneiden, Essen, Medikamenteneinnahme)
HH: **Haushaltsführung** (z.B. Putzen, Heizen, Einkaufen, finanzielle Angelegenheiten regeln)
KOM: **Kommunikation und außerhäusliche Mobilität** (z.B. Nutzung des ÖPNV, Telefonieren, Besuche machen)
MED: **medizinische Behandlungspflege** (z.B. Anlegen eines Verbandes, Injektionen)
SON: **Sonstiges** (Tagsüber mehrere Stunden allein in der Wohnung bleiben)

Wie viele Stunden pro Woche?

Seit wie vielen Jahren benötigen Sie oder die anderen Mitglieder Ihres Haushaltes diese Hilfe?

Wie hoch sind Ihre monatlichen Kosten für die Hilfeleistungen des jeweiligen Erbringers?

Kommen Sie für die Kosten der Hilfeleistung jeweils selbst auf? Falls nicht, wer trägt diese Kosten?
Kostenträger:
- wird selbst getragen (=S),
- Transfers von Freunden oder der Verwandschaft (=V),
- Pflegeversicherung (=PV),
- Krankenversicherung (=KV)
- ohne Bezahlung (=OB)

Erbringer der Unterstützungsleistung	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
a) Externer	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu
	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:
	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:
	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege
	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)
	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen
	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung
	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)
	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege
	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges
	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):
	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):
	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:

Pflegedienst						
b) Träger von (Name des Projektes/der Wohnanlage)	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu
	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:
	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:
	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege
	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)
	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen
	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung
	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)
	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege
	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges
	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):
	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):
	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:
c) Ehepartner / sonstige Haushaltsmitglieder	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu
	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:
	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:
	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege
	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)
	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen
	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung
	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)
	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege
	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges
	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):
	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):
	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:
d) Verwandtschaft	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu
	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:
	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:
	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege
	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)
	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen
	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung
	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)
	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege
	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges
	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):
	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):
	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:

außerhalb des Haushalts						
e) Freunde / Nachbarn außerhalb des Hauses	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:
f) Andere Bewohner in der Wohnanlage (Bewohner in Bremer "Haus im Viertel": Mieter/ Eigentümer)	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€): Kostenträger:
g) Therapeuten (z.B.	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€):	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€):	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€):	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€):	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€):	☐ trifft zu Stunden: Bereich: ☐ Körperpflege ☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen) ☐ Zubereitung von Essen ☐ Haushaltsführung ☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus) ☐ Medizinische Pflege ☐ Sonstiges Seit (Jahre): Kosten (€):

Ergo-, Physio- oder Psycho-therapeut)						
	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:
h) Andere Dienstleister (Reinigungskraft, selbst beschaffte Hilfen)	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu	☐ trifft zu
	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:	Stunden:
	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:	Bereich:
☐ trifft für alle zu (ausfüllen bei Person 1)	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege	☐ Körperpflege
	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)	☐ Mobilität in der Wohnung (zu Bett gehen)
	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen	☐ Zubereitung von Essen
	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung	☐ Haushaltsführung
	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)	☐ Kommunikation (telefonieren, Begleitung außer Haus)
	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege	☐ Medizinische Pflege
	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges	☐ Sonstiges
	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):	Seit (Jahre):
	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):	Kosten (€):
	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:	Kostenträger:

15. Müssen Sie oder andere Mitglieder Ihres Haushaltes auf Hilfen verzichten, die Sie dringend benötigen?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ keine Angabe

Falls zutreffend: **Auf welche?**

Hat das finanzielle Gründe? ○ Ja ○ Nein ○ keine Angabe

Gibt es andere Gründe? Welche?

16. Zeitverwendung der Bewohner (Angaben für jede erwachsene Person im Haushalt. Nur einfach Angabe, wenn für alle ähnlich.)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
Wie viele Stunden am Tag unternehmen Sie und die anderen Erwachsenen im Haushalt etwas außerhalb der Wohnanlage (z.B. spazieren gehen, einkaufen, Schulbesuch, berufliche Tätigkeit)?						
Wie viele Stunden verbringen Sie und die anderen Erwachsenen im Haushalt an einem normalen Tag mit anderen Bewohnern der Wohnanlage (in den Gemeinschaftseinrichtungen oder bei gegenseitigen Besuchen)?						
Wie viele Stunden verbringen Sie und die anderen Erwachsenen im Haushalt an einem normalen Tag allein in Ihrer Wohnung?						

Fragebogen zwischenspeichern

Engagement der Bewohner im Wohnprojekt

(Angaben für jede erwachsene Person im Haushalt. Nur einfache Angabe, wenn für alle ähnlich)

17. Unterstützung durch Mitbewohner in der Wohnanlage

Bekommen Sie und die anderen Erwachsenen im Haushalt durch andere Menschen hier im (Name des Projekts/der Wohnanlage) Hilfe und Unterstützung? In welchen Bereichen?

Person Nr. (siehe Frage 1)	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
Einkaufen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Begleitung von Behördengängen, Post, Bank, Arzt, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hilfe beim Schreiben und/oder Lesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haushaltshilfe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausmeister-, Handwerkerdienste (kleine Reparaturen, Glühbirne austauschen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Garten- Balkon- und Blumenpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sicherheit: Rolladenkontrolle, Notrufkette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflege durch Mitbewohner, Tätigkeit:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trösten, zuhören, Lebenshilfe, Seelsorge, Ratschläge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinderbetreuung/Nachhilfe/Schülerhilfe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Eigene Unterstützung für Mitbewohner

Können Sie/die anderen Erwachsenen im Haushalt selbst auch anderen Menschen hier im (Name des Projekts/der Wohnanlage) helfen? Falls ja: Wobei?

Person Nr. (siehe Frage 1)	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6
Einkaufen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Begleitung von Behördengängen, Post, Bank, Arzt, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hilfe beim Schreiben und/oder Lesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haushaltshilfe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausmeister-, Handwerkerdienste (kleine Reparaturen, Glühbirne austauschen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Garten- Balkon- und Blumenpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sicherheit: Rolladenkontrolle, Notrufkette	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflege durch Mitbewohner, Tätigkeit:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trösten, zuhören, Lebenshilfe, Seelsorge, Ratschläge	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinderbetreuung/Nachhilfe/Schülerhilfe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Gemeinsame Aktivitäten

Was tun Sie und die anderen Erwachsenen im Haushalt zusammen mit anderen Menschen hier aus dem (Name des Projektes/der Wohnanlage)? Tun Sie das hier im Haus oder woanders? Wie häufig etwa? Sind Sie an der Organisation beteiligt?

Täglich [T], mehrmals pro Woche [MW], 1 mal pro Woche [EW], 1 bis 3 mal pro Monat [EM], seltener [S], nie [N]

	innerhalb der Wohnanlage	außerhalb der Wohnanlage	aktiv an der Organisation beteiligt
Organisierte Angebote in der Wohnanlage:			
Angebote für Familien und Kinder (z.B. Kinderbetreuung)			
Musik (z.B.: Chor)			
Selbsthilfe (z.B.: Selbsthilfegruppe)			
Körper und Geist (z.B.: Gymnastik, QiGong)			
Kultur (z.B.: Literaturkreis, Theaterbesuche)			
Bildung (z.B.: Vorträge, VHS-Kurse)			
Hausgemeinschaft (z.B.: Bewohnerversammlung)			
Geselligkeit und Feiern (z.B.: Spiel-Treff, Feste)			
Religiöse Angebote (z.B.: Gesprächskreis mit Vertretern der Kirche)			
Verkaufs- und Tauschbörsen (z.B.: Flohmarkt, Tauschregal))			

	innerhalb der Wohnanlage	außerhalb der Wohnanlage
Was machen Sie gemeinsam, ohne dass es vom Haus organisiert wird?		
Ein paar Worte wechseln, wenn man sich zufällig trifft		
Mahlzeiten zubereiten		
Sich zu Kaffee und Kuchen treffen		
Gemeinsame Aktivitäten: Karten spielen, Basteln, Spazierengehen		

Fragebogen zwischenspeichern

Motivation zum Einzug und Alternativsituation

20. Grund für Wegzug (Angaben für den Haushalt)

Was hat Sie dazu bewogen, aus Ihrer vorigen Wohnung wegzuziehen?

Bewerten Sie auf einer Skala von 1 (ohne Bedeutung) bis 5 (sehr große Bedeutung), wie bedeutsam die jeweilige Problematik bei Ihrer Entscheidung war.

	1	2	3	4	5	keine Angabe
Schlechter Gesundheitszustand	○	○	○	○	○	○
Schlechter Gesundheitszustand des Partners/der Partnerin/einem anderen Haushaltsmitglieds	○	○	○	○	○	○
Keine Pflegeperson verfügbar	○	○	○	○	○	○
Überlastung der Pflegeperson	○	○	○	○	○	○
Medizinische Versorgung nicht gewährleistet	○	○	○	○	○	○
Ungeeignete Wohnung	○	○	○	○	○	○
Einsamkeit	○	○	○	○	○	○
Familiäre Spannungen, familiäre Krisen	○	○	○	○	○	○
Sonstiges:	○	○	○	○	○	○

21. Motivation für den Einzug in dieses Haus

Aus welchen Gründen haben Sie sich für das (Name des Projekts/der Wohnanlage) entschieden?

Bewerten Sie auf einer Skala von 1 (ohne Bedeutung) bis 5 (sehr große Bedeutung), wie bedeutsam die jeweilige Motivation bei Ihrer Entscheidung für das (Name des Projekts/der Wohnanlage) war.

		1	2	3	4	5	keine Angabe
01.	**Mehr Kontakt zu anderen Menschen/weniger Einsamkeit**	○	○	○	○	○	○
02.	**Mehr Kontakt zu anderen Menschen anderer Generationen**	○	○	○	○	○	○
03.	**Räumliche Nähe zu Kindern, Verwandten, Freunden**	○	○	○	○	○	○
04.	**In einem gemeinsamen Haushalt mit anderen Personen leben (Freunde, Verwandte)**	○	○	○	○	○	○
05.	**(Versorgungs-) Sicherheit**	○	○	○	○	○	○
06.	**Eigenständige/selbständige Lebensführung**	○	○	○	○	○	○
07.	**Rückzugsmöglichkeit in eigene Wohnung**	○	○	○	○	○	○
08.	**Übernahme von Aufgaben für die Gemeinschaft**	○	○	○	○	○	○
09.	**Unterstützung durch Gemeinschaft**	○	○	○	○	○	○
10.	**Verbleib in bekanntem Wohnumfeld/Quartier**	○	○	○	○	○	○
11.	**Das Viertel mit seinen Einkaufsmöglichkeiten und sonstigen Angeboten**	○	○	○	○	○	○
12.	**Geringe Wohnkosten**	○	○	○	○	○	○
13.	**Gemeinwesenarbeiter/Moderator als Ansprechpersonen**	○	○	○	○	○	○
14.	**Sonstige Gründe:**	○	○	○	○	○	○

22. Zufriedenheit in der Wohnanlage

Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt?

○ Ja ○ Nein ○ keine Angabe

Wenn nein, in welchen der oben genannten Punkte nicht?

23. Alternativen

Wo würden Sie wohnen, wenn Sie nicht in dieser Wohnanlage wohnen könnten? In einem...

- ○ **Alten- oder Pflegeheim**
- ○ **Betreutes Wohnen**
- ○ **Alleine im eigenen Haushalt**
- ○ **In einem Haushalt mit Verwandten, Freunden**
- ○ keine Angabe

Fragebogen zwischenspeichern

Quartiersaspekte

24. Nutzung von Angeboten (Angaben für alle Haushaltsmitglieder)

Welche der folgenden Angebote nutzen Sie oder die anderen Mitglieder Ihres Haushalts? Hier im Viertel oder sonst wo in der Stadt?
Täglich [T], mehrmals pro Woche [MW], 1 mal pro Woche [EW], 1 bis 3 mal pro Monat [EM], seltener [S], nie [N]

	Wie oft	Im Viertel / in der Gemeinde	In der Gesamtstadt / nächsten Stadt
Öffentliche Einrichtungen/ Veranstaltungen/ Angebote			
Beratungsstellen			
Veranstaltungen, Theater, Konzerte und Vorträge			
Sportstätten, Schwimmbäder u.ä.			
Volkshochschule (VHS)			

Sonstige öffentlichen Einrichtungen:			
Private/Privatwirtschaftliche Angebote			
Restaurant, Cafe, Konditorei			
Einkauf von Lebensmitteln etc.			
Kino und sonst. private Kultureinrichtungen			
Sonstige privatwirtschaftliche Angebote:			
Dritter Sektor			
Kirche			
Bildungseinrichtungen			
Vereine, Interessengruppen, Verbände, Parteien			
Sonstige Initiativen:			

25. Wohn- und Lebensbedingungen

Wie würden Sie die Wohn- und Lebensbedingungen in Ihrem Wohnviertel einstufen?

- **sehr gut**
- **eher gut**
- **befriedigend**
- **eher schlecht**
- **sehr schlecht**
- weiß nicht/k.A.

26. Soziales Zusammenleben

Was würden Sie sagen: Wie gut ist das soziale Zusammenleben in Ihrem Wohnviertel?

- **sehr gut**
- **eher gut**
- **befriedigend**
- **eher schlecht**
- **sehr schlecht**
- weiß nicht/k.A.

27. Wohnpräferenzen

Was trifft mehr auf Sie zu?

A:	**Am liebsten ist mir eine reine Wohngegend im Grünen.**	
B:	**Am liebsten ist mir eine städtische Wohnumgebung mit Läden und gewerblichen Nutzungen.**	
C:	Beides (A+B)	
	keine Angabe	

28. Lebenszufriedenheit

Zum Schluss möchten wir Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen.

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?
Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, bei der "0" ganz und gar unzufrieden, "10" ganz und gar zufrieden bedeutet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine Angabe

29. Einkommenssituation

Wie hoch ist das Einkommen, über das Ihr Haushalt insgesamt pro Monat verfügt (ohne Pflegegeld)? (bitte durch Ankreuzen einordnen)

Von (Euro)	**bis unter (Euro)**	
-	**750**	
750	**1500**	
1500	**2500**	
2500	**5000**	

5000 ... ○
keine Angabe ○

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Fragebogen zwischenspeichern

Fragen an den Interviewer

Interviewdauer [ ] Minuten

	Ja	Nein
Gab es Verständigungsprobleme während des Interviews?	○	○
Waren weitere Personen an dem Gespräch beteiligt?	○	○
Wenn ja, waren diese in der Einrichtung beschäftigt?	○	○

Sonstige Anmerkungen zum Interview:

Bitte vergessen Sie nicht, den Fragebogen jetzt abzuschicken! Fragebogen speichern

7 Literatur

Blüher, Stefan (2003): Wie langlebig ist die Solidarität? Generationsbeziehungen in den späten Lebensjahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36/2: 110-114.

BMFSFJ (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammen-halt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission; Berlin.

BMFSFJ (2008): Starke Leistung für jedes Alter. Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser: Erste Ergebnisse der Wirkungsforschung; Berlin.

BMG (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bundestags-Drucksache 16/7772 vom 17.01.2008; Berlin.

BMGS (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission („Rürup-Kommission"); Berlin.

Bremische Bürgerschaft (2003): Mitteilung des Senats vom 25. März 2003: Wohnen im Seniorenalter; Drucksache 15 /1434 vom 25.03.2003.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf, Zugriff vom 06.05.2008.

Bundesministerium für Gesundheit(2008): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2006, www.bmg.bund.de/cln_040/nn_601068/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/12-Leistungsempfaenger-Durchschnitt2005,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/12-Leistungsempfaenger-Durchschnitt2005.pdf, Zugriff vom 07.05.2008.

Deheija/Waba (2002): (2002): "Propensity Score Matching Methods for Nonexperimental Causal Studies," The Review of Economics and Statistics, 84(1), 151-161.

Dietz, Berthold (2002): Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform, Wiesbaden.

FAZ vom 22.02.2008: Bis Juli Pilotprojekt zum Wohnen im Alter; 50.

Gröning, Katharina/ Kunstmann, Anne-Christin/ Rensing, Elisabeth (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege, Frankfurt/M.

Häcker, Jasmin/Raffelhüschen, Bernd (2006): Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“, in: Disskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge, Nr. 11, http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiI/publikationen/141.pdf

Hackmann, Tobias/ Moog, Stefan (2008): Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit; Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge; Nr. 2, http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiI/publikationen/202.pdf

Klie, Thomas (2008): Expertise zur sozialpolitischen Orientierung und rechtlichen Steuerung im Rahmen von SONG [im Erscheinen].

Klie, Thomas/Roß, Paul-Stefan (2007): WelfareMix: Sozialpolitische Neuorientierung zwischen Beschwörung und Strategie, in: dies. (Hg.): Sozialarbeitswissenschaft und angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit. Festschrift für Konrad Maier, Freiburg: FEL-Verlag: 67-108.

Künzel, Alexander (2007): Die Zukunft der Pflege liegt im Quartier. Strategien zur Vernetzung ambulanter und stationärer Hilfen. Vortrag auf dem 4. Symposium der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter am 8. November 2007 in Berlin.

Kuhn, Ulrich (2007): Alternative Konzeption und Finanzierung generationsübergreifender Wohn- und Quartierskonzepte am Beispiel der „Lebensräume für Jung und Alt“ der Stiftung Liebenau; in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.): Sozialwirtschaft –Zeitschrift für Sozialmanagment 2/2007.

Caliendo, Marco/Kopeinig, Sabine (2005): "Some Practical Guidance for the Implementation of Propensity Score Matching," IZA Discussion Papers 1588, Institute for the Study of Labor (IZA) (2008 publiziert im Journal of Economic Surveys, vol. 22(1), pages 31-72, 02).

Meyer, Thomas (2002): Private Lebensformen im Wandel, in: Geißler, Reiner (Hrsg.): Die Sozialstruktur Deutschlands, 3. Aufl., Bonn, 401-433.

Netzwerk Soziales neu gestalten (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 1. Eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte; Güterloh 2008.

Peuckert, Rüdiger (2004): Familienformen im sozialen Wandel, 5. Aufl., Wiesbaden.

Schaeffer, Doris/ Kuhlmey, Adelheid (2008): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41/2: 81-85.

Sianesi, B. (2004): “An Evaluation of the Active Labour Market Programmes in Sweden," The Review of Economics and Statistics, 86(1), 133-155.

SZ vom 31.01.2008: Wohnen plus Pflege und Service, 27.

Urlaub, Karl-Heinz / Kremer-Preiß, Ursula/ Engels, Dietrich (1996): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen – Abschlussbericht eines Teils des Projektverbundes „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG2) des BMFSFJ; Köln.