

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 18 (1992)

Heft: 2

Artikel: Auswirkungen der Organisierung zwischenmenschlicher Hilfe auf informelle Hilfe

Autor: Meyer-Fehr, Peter C. / Suter, Christian

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814522>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

AUSWIRKUNGEN DER ORGANISIERUNG ZWISCHENMENSCHLICHER HILFE AUF INFORMELLE HILFE*

Peter C. Meyer-Fehr, Christian Suter

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich

1. Problemstellung

In den hochentwickelten westlichen Ländern entstand seit den sechziger Jahren eine *Selbsthilfebewegung*, die zahlreiche, dezentrale Initiativen und Aktionen zur Bewältigung von psychosozialen und gesundheitlichen Problemen umfasst und die sich von der professionellen Versorgung abgrenzt. Zielsetzung dieser Bewegung ist die gegenseitige Hilfe (Selbsthilfe im engeren Sinne), die freiwillige Hilfe für andere (Fremdhilfe) und die Artikulation von Bedürfnissen und Interessen der Bevölkerung (sozialpolitisches Engagement). Die Selbsthilfebewegung ist ein Teil der neuen sozialen Bewegungen, die ein sehr heterogenes Gebilde von Gruppen, Initiativen und Subkulturen umfassen und ein breites Spektrum von neuen Problemen thematisieren wie z. B. Fragen der Selbstbestimmung, der Umwelt, der technologischen Risiken etc. (Brand 1985, 1988).

Das Verhältnis zwischen der Selbsthilfe-Laienbewegung und der professionellen Versorgung wird in der Literatur ausführlich diskutiert (z. B. Thiersch 1987, Keupp 1988, Huber 1987, von Ferber/Badura 1983, Keupp/Röhrle 1987) und seltener auch empirisch untersucht (Grunow 1983, Behrendt 1983, Gottlieb 1983, Forschungsverbund Laienpotential 1987). Die vorliegende Arbeit befasst sich aber nicht mit dem Verhältnis der Selbsthilfe zur professionellen Hilfe, sondern zur spontanen Alltagshilfe. Es soll untersucht werden, welche Auswirkungen die Organisation von zwischenmenschlicher Hilfe auf das informelle Helfen der Bevölkerung hat. Wir unterscheiden die organisierte von der informellen (= nicht-organisierten) Hilfe. Unter *organisierter Hilfe* wird jede Art von mehr oder weniger formalisierter Hilfe verstanden, die für einen noch nicht individuell identifizierten Hilfebenützer angeboten wird. Zur organisierten Hilfe gehören also alle helfenden Institutionen, im ganzen Spektrum zwischen

* Diese Arbeit entstand im Rahmen der Längsschnittstudie über soziale Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ), die vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert wurde (Gesuche Nr. 3.972-0.85 und Nr. 3.912.0.88).

kleinen, wenig formalisierten Selbsthilfegruppen bis zu komplexen Spitalorganisationen. Unsere empirische Untersuchung beschränkt sich allerdings auf organisierte, freiwillige Nachbarschaftshilfe durch Laien.

Unter *informeller* (= *nicht-organisierter*) *Hilfe* wird spontane Hilfe verstanden, die im Rahmen des Alltagshandelns unter Mitgliedern eines vorbestehenden sozialen Netzwerks geleistet wird, am häufigsten innerhalb des primären Netzes (Familie, Partnerschaft, Lebens- und Wohngemeinschaft), aber auch, meist weniger zeitintensiv, im sekundären Netz (weitere Verwandtschaft, Freundeskreis, Nachbarschaft etc.). Die informelle Helferrolle wird im Rahmen der primären Sozialisation gelernt und ist ein selbstverständlicher und lebensnotwendiger Bestandteil der menschlichen Gemeinschaft, was nicht ausschliesst, dass die konkrete Gestaltung der informellen Helferrolle immer wieder neu ausgehandelt werden muss. Informelles Helfen wird durch die Reziprozitäts-Norm reguliert, die die Verpflichtung beinhaltet, für erhaltene Hilfe eine adäquate Gegenleistung zu geben. Informelle Hilfe zu erhalten kann für betagte oder behinderte Menschen belastend sein, wenn sie keine Gegenleistung bieten können.

Organisierte Hilfe hat eine subsidiäre Funktion, indem sie erst dann beansprucht wird, wenn die informelle Hilfe nicht mehr ausreicht, oder wenn die informelle Reziprozitäts-Norm nicht mehr erfüllt werden kann. Ein attraktives organisiertes Hilfeangebot kann allerdings spontane, informelle Hilfe auch ersetzen. Hier liegt die *zentrale Problemstellung* der vorliegenden Arbeit: Wird informelle Hilfe durch organisierte Hilfe substituiert, ergänzt oder aktiviert?

Diese Problemstellung wird in der Literatur oft diskutiert bezüglich der professionellen Versorgung. Grunow (1983) untersucht zwei verschiedene *Substitutionsthesen*. Die erste These besagt, dass die Aktivierung von Selbsthilfe dazu führt, dass das professionelle Medizinsystem weniger als sonst in Anspruch genommen wird. Die zweite These postuliert die umgekehrte Richtung der Substitution: Ein Teil der bisher vorhandenen Laienhilfe wird von professionell ausgebildeten Kräften übernommen. In der Diskussion dieser Thesen kommt Grunow zum Schluss, dass Selbsthilfe in sehr wenigen Bereichen in einer (potentiellen) Substitutionskonkurrenz zu professioneller Fremdhilfe steht, häufiger eine Ergänzung darstellt, meistens aber keine Konkurrenz ist, da eine völlig andere Art von Hilfe geleistet wird (Grunow 1983: 52–59). In der empirischen Untersuchung von Grunow, einer Befragung von 2037 Personen in der Bundesrepublik Deutschland, ergab sich, dass das Ausmass der Selbsthilfe positiv korreliert mit der Inanspruchnahme professioneller medizinischer Hilfe. Dieses Ergebnis widerspricht der Substitutionsthese und lässt auf ein kumulierendes Verhalten von Selbsthilfeaktivitäten und professioneller Inanspruchnahme schliessen (Grunow 1983: 67–70).

Wenn wir von der Art der geleisteten Hilfe ausgehen, erscheint eine Substitutionskonkurrenz zwischen organisierter, freiwilliger Laienhilfe und informeller Hilfe weitaus wahrscheinlicher als zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe. Organisierte Nachbarschaftshilfe beinhaltet z. B. ganz ähnliche Hilfearten wie spontane Nachbarschaftshilfe oder innerfamiliäre Hilfe: am häufigsten praktische Alltagshilfe (Haushalt, Einkaufen, Begleitung), Geselligkeit und emotionalen Austausch (Spazieren, Besuche, Gespräche) und Kinderhüten (Meyer-Fehr 1990). Da die sozialpolitische Diskussion überaus stark vom Verhältnis zwischen Selbsthilfe/Laienhilfe und professioneller Hilfe geprägt ist, wurde die uns interessierende Frage der möglichen Substitutionskonkurrenz zwischen spontaner und organisierter Laienhilfe meines Wissens bisher noch nie empirisch untersucht. Grunow (1983) unterscheidet z. B. die informelle Hilfe nicht grundsätzlich von der organisierten Selbsthilfe, wie sie etwa in Selbsthilfegruppen geleistet wird, sondern subsumiert alle Arten von Laienhilfe, ob spontan oder organisiert, unter dem Begriff „Selbsthilfe“ und stellt diese der medizinischen, d. h. der professionellen Fremdhilfe gegenüber. Diese Definitionen sind durchaus kongruent mit der in der Literatur vorherrschenden Perspektive, aber sie verunmöglichen die Thematisierung der hier interessierenden Fragestellung.

Wegen des *gesamtgesellschaftlichen Individualisierungsprozesses* nimmt die Tragfähigkeit traditioneller sozialer Netze (Familie, Verwandtschaft, Dorfgemeinschaft etc.) in den letzten Jahrzehnten ständig ab (Beck 1986). Gleichzeitig werden kleine, informelle, nicht-verwandtschaftliche soziale Netze für die Lebensqualität und Gesundheitserhaltung der meisten Menschen immer wichtiger. Im gesellschaftlichen Individualisierungs- und Freisetzungsprozess sieht Keupp (1988) die objektive Basis für selbstbestimmte und selbstorganisierte Netzwerke und Initiativgruppen. Als Hoffnungsträger für die Zukunft werden Gruppen und Aktivitäten der Selbsthilfebewegung idealisiert, aber bisher kaum empirisch evaluiert.

2. Spezifische Fragestellung und Hypothesen

Die Evaluation organisierter Selbsthilfe umfasst zwei Aspekte. Zum einen wird untersucht, wer an organisierten Hilfeaktionen teilnimmt und welche Auswirkungen diese Teilnahme hat. Zum anderen stellt sich die Frage, welche Effekte bei der Mehrheit der nicht aktiv beteiligten Bevölkerung beobachtet werden können.

In der vorliegenden Arbeit wird der zweite Aspekt behandelt: die Auswirkungen organisierter Hilfeaktionen auf die Gesamtbevölkerung. Die Organisation zwischenmenschlicher Hilfe wird als eine Form sozialer Intervention verstanden und evaluiert. Vorausgesetzt, die Aktionen erhalten eine breitere öffentliche Beachtung und werden ein (lokales) Gesprächsthema, sind Einstellungs- und Verhaltensänderung bei der passiven Bevölkerung durchaus denkbar, mindestens etwa in dem Ausmass, wie auch Werbekampagnen erfolgreich sein können.

Es werden drei sich widersprechende Hypothesen formuliert: die Aktivierungs-, die Nulleffekt- und die Desaktivierungshypothese.

Aktivierungshypothese:

Ein grosser Teil der Bevölkerung ist direkt oder indirekt informiert über die Aktionen der Intervention (Organisation von freiwilliger Laienhilfe), auch wenn nur ein kleiner Teil der Bevölkerung daran teilnimmt. Die Aktivierungshypothese postuliert, dass die Norm der unterstützenden und helfenden Rolle durch die Öffentlichkeitsarbeit und durch andere, indirekte Auswirkungen der Intervention generalisiert wird, das heisst vermehrt auch für Nicht-Beteiligte gilt. Dadurch wird die Bevölkerung in ihrem informellen Unterstützungsverhalten aktiviert und mobilisiert, auch wenn sie sich nicht an den organisierten Aktionen beteiligt. Es gibt keine Substitutionskonkurrenz zwischen den beiden Formen des Helfens, sondern einen kumulativen Zusammenhang: informelles Helfen wird verstärkt.

Desaktivierungshypothese:

Auch bei dieser Hypothese wird davon ausgegangen, dass die Intervention einen Einfluss auf die Gesamtbevölkerung hat, weil ein wesentlicher Teil der Bevölkerung über die Aktionen informiert ist. Im Gegensatz zur Aktivierungshypothese wird aber postuliert, dass durch eine Intervention zur Organisation von Hilfeleistungen die Helferrolle vermehrt als eine spezialisierte und institutionalisierte Aufgabe gesehen wird und dass ihre Verbindlichkeit als generalisierte soziale Erwartung reduziert wird. Die Bevölkerung wird in ihrem informellen Hilfeverhalten demotiviert und desaktiviert, u. a. deshalb, weil das Helfen an eine organisierte Stelle delegiert werden kann. Es wird also angenommen, dass die organisierte Hilfe die informelle Hilfe bis zu einem gewissen Grad substituiert.

Nulleffekthypothese:

Die Nulleffekthypothese postuliert, dass die Intervention generell keinen Effekt auf die Gesamtbevölkerung hat. Dies kann sein, weil die Intervention von der breiten Öffentlichkeit gar nicht zur Kenntnis genommen wird, oder weil die Botschaft der Intervention zwar aufgenommen wird, aber keinen Effekt hat. Die Nulleffekthypothese postuliert insbesondere, dass die Intervention keinen Einfluss auf die Geltung der Helferrollennorm, auf das informelle Hilfeverhalten und auf das Sich-Unterstützt-Fühlen der Bevölkerung hat.

3. Forschungsdesign

Die Hypothesen werden überprüft mit Daten des Forschungsprojektes „Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ)“, in dem drei Teilprojekte zusammengefasst sind (Meyer-Fehr 1991). Im Rahmen des ersten Nationalfondsprojektes wurden 1986 in einem Quartier der Stadt Zürich („Interventionsquartier“) eine repräsentative Stichprobe und vier ausgewählte Zielgruppen, darunter 152 Senioren (über 64jährige), sowie eine Kontrollgruppe von 151 Senioren eines anderen Zürcher Stadtquartiers („Kontrollquartier“) mündlich befragt (strukturierte Erstbefragung, N = 907). Aus Kostengründen wurden im Kontrollquartier nur Senioren befragt, die die wichtigste Zielgruppe der Empfänger von Nachbarschaftshilfe darstellen. Ab Ende 1986 fanden im Interventionsquartier auf Initiative des Forschungsteams verschiedene Aktionen zur Förderung der organisierten Selbst- und Nachbarschaftshilfe statt. Im Rahmen eines von der Stadt Zürich finanzierten Aktions- und Begleitforschungsprojektes wurde der Aufbau einer Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe dokumentiert und die durch diese Stelle vermittelten HelferInnen und Hilfesuchenden wurden befragt (2. Teilprojekt).

Im Jahre 1989 wurden die Probanden der Erstbefragung ein zweites Mal befragt (3. Teilprojekt). Diese Zweitbefragung ergab 575 kontrollierte und auswertbare Interviews, was einer Ausschöpfungsquote von 63,4% entspricht; darunter sind 97 Senioren (Ausschöpfung: 63,8%). Von der Kontrollgruppe der Senioren im Kontrollquartier konnten 1989 107 Personen (Ausschöpfung: 70,1%) ein zweites Mal befragt werden. Im Kontrollquartier fanden zwischen 1986 und 1989 keinerlei Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe statt, während unsere Initiativen im Interventionsquartier, wie unten beschrieben wird, sehr erfolgreich waren.

Empirisch untersucht wird die Frage, welche Auswirkungen die Intervention zur Förderung der organisierten Nachbarschaftshilfe auf die Bevölkerung

der Senioren (über 64jährige) im Interventionsquartier hat. Folgende Aspekte der Auswirkungen werden untersucht:

- Ist die Bevölkerung *informiert* über die Existenz der neugeschaffenen Nachbarschaftshilfe-Vermittlungsstelle?
- Nimmt die Bevölkerung *aktiv teil* an der organisierten Nachbarschaftshilfe als HelferIn, Hilfesuchende(r), oder im Rahmen anderer Aufgaben der Organisation?
- Zeigen sich bei der Bevölkerung *Änderungen* in Bezug auf *Helferrollen und informelles Hilfeverhalten*? In diesem Zusammenhang wird untersucht:
 - soziale Vernetzung und soziale Unterstützung
 - Hilfeangebote und Hilfewünsche (potentiell)
 - Hilfeleistung und erhaltene Hilfe (real)

Um ermitteln zu können, welche Auswirkungen auf die Gesamtbevölkerung denkbar sind, muss hier kurz erwähnt werden, was im Interventionsquartier zwischen 1986 und 1989 bezüglich Nachbarschaftshilfeförderung geschehen ist. Das Schwergewicht der Intervention bestand zuerst im Aufbau der Vermittlungsstelle für freiwillige, unbezahlte Nachbarschaftshilfe. Die Vermittlungsstelle wurde im Herbst 1986 eröffnet und wurde ab 1987 von einem neu gegründeten Verein aktiver Quartierbewohner getragen. In den ersten zwei Betriebsjahren haben sich 56 freiwillige HelferInnen (80% davon Frauen) und 123 Hilfesuchende (74% davon Frauen) bei der Vermittlungsstelle gemeldet. Das Verhältnis von Angebot und Nachfrage nach Hilfe war ausgewogen, da die meisten Freiwilligen mehrere Einsätze leisteten. Die Vermittlung der meisten Anliegen war sehr erfolgreich: 81% der Angebote und der Nachfragen konnten vermittelt werden (Budowski 1989, Meyer-Fehr u. a. 1990).

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden Stichproben gebildet, die zwei Bedingungen erfüllen mussten. Die untersuchten Personen mussten selbständig wohnen und als potentielle Benützer der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe in Frage kommen. Die Altersheim-Bewohner (3% der befragten Senioren) wurden von der Stichprobe ausgeschlossen. Als zweite Bedingung wurde bei Stichproben des Interventionsquartiers verlangt, dass die Probanden noch in diesem Quartier wohnten. Nach dieser zweifachen Selektion ergaben sich folgende Stichproben, mit denen die Hypothesen untersucht werden: Senioren des Kontrollquartiers (N = 102), Senioren des Interventionsquartiers (N = 89) und als zusätzliche Vergleichsgruppe die Junioren (20–64jährige) des Interventionsquartiers (N = 207).

4. Ergebnisse

Die *Effekt-Evaluation* (empirische Untersuchung der Auswirkungen) wird ermöglicht durch den Vergleich der Veränderungen der Interventionsgruppe mit den Veränderungen der Kontrollgruppe (Rossi 1988, Wittmann 1985). Die Differenz der Veränderungen wird als Nettoeffekt der Intervention interpretiert. In der Annahme, dass keine anderen kontextuellen Einflussgrößen wirksam wurden, können wir sagen, dass der relative Effekt (Nettoeffekt) eine Folge der Aktionen im Interventionsquartier zur Förderung der organisierten Nachbarschaftshilfe war.

In der empirischen Untersuchung werden neben den Ergebnissen der Senioren auch noch die Ergebnisse der Junioren im Interventionsquartier angegeben. Da wir über keine Kontrollgruppe für Junioren verfügen, können wir allerdings nicht wissen, ob diese Veränderung auch ohne die Aktionen stattgefunden hätten. Die Vergleichsgruppe der Junioren ist u. a. deshalb interessant, weil wir bei den Senioren gewisse altersbedingte Veränderungsprozesse im Hilfeangebot und im Hilfebedarf annehmen müssen. Diese altersbedingten Veränderungen, namentlich eine tendenzielle Zunahme des Hilfebedarfs und eine tendenzielle Abnahme der Fähigkeit Hilfe zu leisten, ist bei den Junioren nicht zu erwarten.

Voraussetzung für diese Auswertung war, dass sich die Senioren im Interventionsquartier von den Senioren im Kontrollquartier im ersten Befragungszeitpunkt (1986) nicht unterschieden. Wir suchten ein Kontrollquartier, das sich in der soziodemographischen Quartierstruktur vom Interventionsquartier möglichst wenig unterscheiden sollte. Dies trifft bei den von uns ausgewählten Quartieren weitgehend zu. Im übrigen wurden in beiden Quartieren Zufallsstichproben gezogen, um die Bevölkerung möglichst repräsentativ abzubilden.

Die Stichprobenbeschreibung der Tabelle 1 zeigt, dass sich die Senioren-Stichproben nur bezüglich des Frauenanteils leicht unterscheiden: die Kontrollgruppe enthält 58% Frauen, die Interventionsgruppe 68%. Im Erstbefragungszeitpunkt besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich Alter, Zivilstand, persönlichem Einkommen, Schulbildung und Berufsstatus und auch nicht bezüglich der sechs zentralen, untersuchten abhängigen Variablen. Die Stichproben eignen sich also gut für das beschriebene Auswertungsdesign der Effekt-Evaluation.

4.1 Informationsstand und Partizipation an den Aktionen

Ein gewisser Informationsstand der Bevölkerung kann als Voraussetzung für weitergehende Effekte gelten. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, sind im

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung
Stichprobenmittelwerte bzw. Prozentwerte

Stichprobe	N	Alter	% Frauen	Schul- bildung	Einkom- men Fr.	% informiert über Nachbar- schaftshilfe
Senioren Kontroll- quartier	102	72.44	57.8%	2.42	1844	.
Senioren Interven- tionsquartier	89	72.84	69.7%	2.46	2007	67.4%
Signifikanz		0	(*)	0	0	.
Junioren Interven- tionsquartier	207	44.74	56.0%	3.01	3349	74.9%

Anmerkungen:

Senioren: 65jährig und älter (t1)

Junioren: 20–64jährig (t1)

Signifikanz: Senioren Kontrollquartier vs. Interventionsquartier, T-Test 2-seitig (Mittelwert) bzw. Chi-Quadrat (%); 0: nicht signifikant (P über 10%); (*): P max. 10%

Schulbildung: höchste Schulstufe besucht, 5 Stufen

Einkommen: relatives Haushaltseinkommen: Korrektur des Haushaltseinkommens durch Aequivalenzskala für die Haushaltsstruktur, basierend auf Index Leu (Suter/Meyer-Fehr 1989: 532)

% informiert: über Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe im Interventionsquartier.

Interventionsquartier 67% der Senioren-Stichprobe und 75% der Junioren-Stichprobe über die Existenz der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe informiert. Es steht also fest, dass die Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe in der Bevölkerung des Stadtquartiers gut bekannt geworden sind. Der recht gute Informationsstand der Bevölkerung bedeutet, dass die Nulleffekthypothese jedenfalls nicht vollständig gilt. Sie kann insofern zurückgewiesen werden, als die intensive Öffentlichkeitsarbeit erfolgreich war und die Bevölkerung erreicht hat.

Die *Partizipation der Bevölkerung* an der organisierten Nachbarschaftshilfe ist der zweite Aspekt der Auswirkungen. Es stellt sich die Frage, in welchem Ausmass die Bevölkerung aktiv teilnimmt als HelferIn, als BenützerIn oder im Rahmen der Organisation, z. B. als Vereinsmitglied. Die Aktivisten der organisierten Nachbarschaftshilfe können allerdings in einer relativ kleinen, zufällig ausgewählten Bevölkerungsstichprobe kaum erfasst werden. Eine einfache Schätzung zeigt, dass die Zahl der zufällig befragten Aktivisten zu klein ist, um statistisch sinnvolle Aussagen zu machen. Von 1986 bis 1989 waren ca. 250 Personen aktiv bei der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe beteiligt, dies ist ca. 1% der Bevölkerung von ca. 25 000 erwachsenen Einwohnern. Bei der Stichprobe von knapp 100 Senioren wäre also per Zufall etwa ein Aktiver zu erwarten; bei den 200 Junioren etwa Zwei. Die tatsächlichen Zahlen aus unserer Befragung liegen etwas höher: 4 befragte Senioren und 8 befragte Junioren aus den beschriebenen Stichproben hatten Kontakt mit der Vermittlungsstelle. Dies ist etwas mehr als erwartet und könnte evtl. ein Mobilisierungseffekt der Längsschnittbefragung sein.

4.2 *Veränderungen der sozialen Vernetzung und Unterstützung*

Unsere Hypothesen beziehen sich primär auf die Frage, ob und wie das informelle Hilfeverhalten der Bevölkerung durch die Intervention beeinflusst wurde. Diese Frage wird mit mehreren Variablen untersucht, die soziale Vernetzung, Unterstützung, potentielle und reale, sowie aktive und passive Hilfe messen.

Tabelle 2 enthält die Mittelwerte der Kontakt- und Unterstützungsvariablen im Erstbefragungszeitpunkt (= t1) und im Zweitbefragungszeitpunkt (= t2), die Standardabweichungen in t1, sowie verschiedene Vergleichs- und Veränderungsmasse. Da es nur bei den Senioren eine Kontrollgruppe gibt, werden die *Querschnittsvergleiche* (T-Tests) nur zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe dieser Zielgruppe berechnet und in den Tabellen nur dann angegeben, wenn der Unterschied in t1 oder t1 mindestens auf dem 10%-Niveau signifikant ist. Bei den beiden in Tabelle 2 untersuchten Variablen gibt es in keinem der vier Querschnittsvergleiche einen signifikanten Unterschied.

Zur *Veränderung im Längsschnitt* werden ein Signifikanztest (Wilcoxon-Vorzeichenrangtest) und das Effektstärkenmass d nach Cohen (1988: 49) berechnet (vgl. die Berechnungsformel unter den Anmerkungen zur Tab. 2). Konsistent mit Cohen (1988) werden Wertebereiche definiert, nach denen die Effektstärken als Null, klein, mittel oder gross bezeichnet werden (vgl. Anmerkung zur Tab. 2). Die Spalten „Effekt“ und „relativer Effekt“ drücken die zentralen Resultate gemäss diesen Effektstärke-Definitionen aus.

Tabelle 2
Veränderungen in sozialen Kontakten und Unterstützung
Mittelwertsvergleiche t1 – t2

	Mittelwert t1	Mittelwert t2	Standardab- weichung t1	r	sig. Wil.	d	Effekt	di – dk	rel. Eff.
soziale Kontakte:									
Senioren Kon- trollquartier	7.284	7.118	2.802	0.672	0	-0.103	0		
Senioren Inter- ventionsquartier	6.933	6.764	2.965	0.666	0	-0.099	0	0.004	0
Junioren Inter- ventionsquartier	8.498	8.594	2.987	0.623	0	0.052	0		
soziale Unterstützung:									
Senioren Kon- trollquartier	17.970	17.970	6.582	0.554	0	0.000	0		
Senioren Inter- ventionsquartier	18.472	16.773	9.295	0.634	*	-0.302	--	-0.302	--
Junioren Inter- ventionsquartier	23.164	22.019	8.023	0.535	*	-0.209	-		

Anmerkungen:

- r: Pearson Korrelation t1 mit t2
- sig. Wil.: Signifikanzniveau nach Wilcoxon Vorzeichenrangtest, zweiseitig
0: nicht signifikant (über 10%); (*): 10%; *: 5%; **: 1%; ***: 0.1%
- d: Effect-Size nach Cohen (1988: 49): $d = \frac{m_2 - m_1}{s_1 \sqrt{1 - r}}$ wobei m1, m2: Mittelwerte zum Zeitpunkt t1 bzw. t2, und s1: Standardabweichung t1
- Effekt: Effekt-Size und -Richtung nach folgenden Konventionen:
Richtung: +: Zunahme; -: Abnahme;
Size: 0: $|d| < 0.15$
+/-: „klein“: $0.15 \leq |d| < 0.30$
++/- -: „mittel“: $0.30 \leq |d| < 0.65$
+++/- -: „gross“: $|d| \geq 0.65$
- di – dk: Differenz d(Senioren Interventionsquartier) - d(Senioren Kontrollquartier)
- rel. Effekt: relativer Effekt der Senioren Interventionsquartiergruppe zur Kontrollgruppe
- sig. T-Test: Querschnittsvergleich Senioren Kontrollquartier vs. Interventionsquartier, nur angegeben, falls Signifikanzniveau in t1 oder t2 mind. 10 %

In dieser Auswertung wird das Signifikanzniveau von 10% als Voraussetzung gewählt, um die Nulleffekthypothese zu verwerfen. Generell nehmen wir an, dass die Effekte der organisierten Nachbarschaftshilfe auf die Bevölkerung nur relativ klein sind, da eine Vielzahl anderer, vorwiegend individuell-persönlicher Merkmale das Hilfeverhalten, die Belastungen und die Gesundheit weitaus stärker beeinflussen, als dies von der sozialen Intervention auf Quartierebene erwartet werden kann.

Um eine statistische Power von 80% zu erreichen, das heisst eine 80%-Wahrscheinlichkeit, mit der gewählten Versuchsanordnung signifikante Effekte feststellen zu können, wäre bei einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 1% und einem in der Population erwarteten kleinen Effekt von $d = .20$ ein Stichprobenumfang von $N = 590$ erforderlich, sowohl bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe (Cohen 1988:35). Die finanziellen Mittel für eine derart umfangreiche Untersuchung standen uns nicht zur Verfügung, und es ist meines Erachtens auch nicht notwendig, eine Power von 80% und ein Signifikanzniveau von 1% zu erreichen. Auf dem zweiseitigen 10%-Signifikanzniveau beträgt bei unseren Stichproben die Power, einen kleinen Effekt von $d = .20$ zu entdecken, im Querschnittsvergleich ($N = 191$) 62% und im Längsschnittsvergleich der Interventionsgruppe ($N = 89$) 37%. Ein in der Population mittelstarker Effekt von $d = .40$ wird in unseren Stichproben mit 98% ($N = 191$) bzw. mit 84% ($N = 89$) Wahrscheinlichkeit auf dem 10% Niveau signifikant (Cohen 1988:39). Die Power-Analyse zeigt, dass wir mit unseren statistischen Tests mittelstarke Effekte mit recht hoher Wahrscheinlichkeit feststellen können. Damit Vergleiche mit anderen Untersuchungen, die ein strengeres Signifikanzniveau voraussetzen, möglich sind, wird in unseren Tabellen jeweils angegeben, ob das 10%, 5%, 1% oder 0,1% Signifikanzniveau erreicht wird.

Die für die Überprüfung der Hypothesen zentrale Grösse ist der *relative Effekt*, d. h. der Unterschied der Veränderung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe, ausgedrückt in der Differenz der Effektstärke der beiden Gruppen ($d_i - d_k$). Der Wert 0.004 bei der Variable „soziale Kontakte“ bedeutet, dass sich die beiden Gruppen zwischen t_1 und t_2 gleich wenig verändert haben; der relative Effekt ist Null. Der Wert -0.302 bei der Variable „soziale Unterstützung“ bedeutet, dass die Unterstützung bei der Interventionsgruppe um diesen d -Betrag stärker abgenommen hat als in der Kontrollgruppe; der relative Effekt ist eine mittelstarke Abnahme. Dieses Ergebniss wird bestätigt durch den Wilcoxon-Signifikanztest: Die Veränderung ist nur bei der Interventionsgruppe signifikant. Im Querschnittsvergleich gibt es hingegen keine signifikanten Unterschiede in der sozialen Unterstützung, da die Interventionsgruppe in t_1 einen etwas höheren, in t_2 jedoch einen etwas tieferen Mittelwert als die

Kontrollgruppe hat. meines Erachtens ergibt nur die beschriebene Kombination von Signifikanztests und Effektstärke-Berechnung eine hinreichende statistische Basis zur Überprüfung unserer Effekt-Evaluations-Hypothesen.

Die erste untersuchte Variable „soziale Kontakte“ misst den Umfang des sekundären sozialen Netzes. Dieser Index ist die Summe der Antworten auf 8 Fragen nach dem Umfang verschiedener Teilnetze (Freunde, Arbeitskollegen, Verwandte, Nachbarn, Quartierkontakte, Vereinstätigkeit). Die entsprechende Forschungsfrage lautet: Verändert sich der Umfang der sozialen Kontakte wegen der Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe? Wir haben hier nur die *Nulleffekthypothese* formuliert. Es ist nicht zu erwarten, dass sich das ganze Beziehungsnetz einer Person wegen Aktionen zur Förderung der Nachbarschaftshilfe verändert. Dies hat sich auch bestätigt. In keiner Stichprobe bestehen signifikante Unterschiede zwischen t1 und t2 und die Effektstärke ist Null. Das soziale Netz scheint langfristig stabil zu sein. In beiden Senioren-Stichproben korreliert die Variable „Soziale Kontakte“ mit $r = .67$ zwischen t1 und t2.

Der Index „Soziale Unterstützung“ misst die subjektiv erwartete praktische und emotionale Unterstützung, die verschiedene Bezugsgruppen leisten können, namentlich die Verwandten, der Partner, erwachsene Kinder, Nachbarn, Freunde und Arbeitskollegen. Der Index ist die Summe der Antworten auf 12 Fragen wie z. B.: „Wieweit sind Verwandte persönlich für Sie da, im Fall dass Sie es nötig haben?“ (Die Formulierung entspricht dem Mundart-Interview).

Bei der sozialen Unterstützung zeigen sich interessante Veränderungen zwischen t1 und t2. Bei der Kontrollgruppe ergibt sich keine Veränderung. Im Gegensatz dazu stellen wir einen signifikanten, mittelstarken Rückgang ($d = -.30$) bei der Interventionsgruppe der Senioren fest. Eine ähnliche, aber weniger ausgeprägte Abnahme ($d = -.21$) besteht bei den Junioren; da diese Stichprobe mit $N = 207$ relativ gross ist, ist dieser Rückgang auch signifikant.

Eine separate Analyse bei den über die neue Nachbarschaftshilfestelle informierten Senioren der Interventionsgruppe ($N = 60$) ergibt, dass bei ihnen der Rückgang der sozialen Unterstützung stärker ist als bei der Untergruppe der Nichtinformierten ($N = 29$). Dies könnte heissen, dass durch das Wissen, dass es eine organisierte Nachbarschaftshilfe gibt, das Gefühl, im Bedarfsfall informell unterstützt zu werden, nachlässt. Dieser Befund ist konsistent mit der *Desaktivierungshypothese*. Das Ergebnis könnte bedeuten, dass die organisierte Nachbarschaftshilfe zu Zweifeln oder mindestens zur Reflexion über die eigenen informellen sozialen Ressourcen führt, etwa im Sinne des folgenden Gedankens: „Wenn Nachbarschaftshilfe organisiert werden muss, heisst das ja wohl, dass sie nicht mehr spontan funktioniert. Bei mir ist das vielleicht auch so.“ Eine negative Variante dieser Interpretation wäre, dass das Vertrauen der

Betroffenen auf ihre informellen Ressourcen abnimmt, oder auch, dass sich die betreffenden Personen weniger anstrengen, diese eigenen informellen Ressourcen zu mobilisieren. Die Desaktivierung würde dann Demotivierung und Resignation bedeuten. Als positivere Interpretationsvariante wäre auch denkbar, dass die gleichen, objektiv eher mangelhaften Ressourcen nach der Gründung der organisierten Nachbarschaftshilfe nüchterner, illusionsloser und realistischer eingeschätzt werden.

Der Index „soziale Unterstützung“ setzt sich aus je 2 Fragen zu 6 verschiedenen *sozialen Teilnetzen* zusammen. Wir haben untersucht, in welchen dieser Teilnetze der beschriebene Rückgang der subjektiven sozialen Unterstützung bei den Senioren stattfand. Das Teilnetz der Arbeitskollegen ist für die Senioren irrelevant. Der Rückgang ist mit relativen Effektstärken zwischen $-.24$ und $-.29$ etwa gleich stark bei den Freunden, Verwandten und Nachbarn, während es bei der Unterstützung durch die eigenen Kinder keine Veränderung gibt und der relative Effekt beim Lebenspartner sogar umgekehrt ist: in der Interventionsgruppe bleibt die Partnerunterstützung gleich, in der Kontrollgruppe geht sie zurück. Der Rückgang des Summenindex „soziale Unterstützung“ resultiert also aus der abnehmenden Unterstützung durch das sekundäre Netz (Freunde, Verwandte, Nachbarn), während die Unterstützung der Interventionsgruppe durch das primäre Netz (Kinder, Partner) gleich gut bleibt, beim Lebenspartner relativ zur Kontrollgruppe sogar besser wird.

Es ist plausibel, dass organisierte Nachbarschaftshilfe am ehesten in *Substitutionskonkurrenz* treten kann zur informellen Unterstützung durch das *sekundäre Netz*. Um Unterstützung durch Freunde, Verwandte und Nachbarn muss in der Regel aktiv nachgefragt werden, und es besteht wohl eine relativ starke *Reziprozitätsnorm*: Früher oder später wird eine Gegenleistung erwartet. Kinder und Partner entdecken eine Hilfebedürftigkeit eher von sich aus. Die Reziprozitätsnorm wird in der Kernfamilie (Eltern und Kinder, Partner) eher als eine lebenslange Verpflichtung gesehen, die für längere Zeit oder bei Hochbetagten für den Rest ihres Lebens ausgesetzt werden kann, wenn der Betroffene chronisch behindert oder krank und hilfebedürftig wird.

Durch die (potentielle) Beanspruchung von organisierter Nachbarschaftshilfe kann die Belastung durch reziproke Verpflichtungen, die durch Hilfe aus dem sekundären Netz entsteht, reduziert werden. Dies ist besonders willkommen für Betagte, die Mühe haben, für informelle Hilfe eine adäquate Gegenleistung zu erbringen.

4.3 Veränderungen der Hilfeangebote und der Hilfewünsche

Der Index „Hilfeangebote an Nachbarn“ misst das Ausmass an potentieller freiwilliger Hilfe für Nachbarn oder Quartierbewohner. Die Einleitungsfrage im Fragebogen lautet: „Würden Sie einem Nachbarn oder einem Quartierbewohner helfen?“ 90% der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (alle Altersgruppen) antworteten mit „ja“. Bei denjenigen, die mit „ja“ antworteten, wurde zusätzlich gefragt: „Bei was für Sachen?“. Den Befragten wurde dazu eine Liste von 10 Hilfearten vorgelegt wie Einkaufen, im Haushalt Helfen, Kinderhüten etc. Der Index „Anzahl Hilfeangebote“ misst die Anzahl dieser Hilfeangebote. Wer die Einleitungsfrage mit „nein“ beantwortet, erhält den Wert 0. Aufgrund der Aktivierungshypothese wäre zu erwarten, dass die Hilfeangebote im Interventionsquartier zunehmen, während die Desaktivierungshypothese postuliert, dass die Hilfeangebote eher zurückgehen.

Tabelle 3 enthält die Ergebnisse über die Veränderungen des Helfens von t1 zu t2, gemessen mit *ja/nein-Items*. Das Mass p (Proportion) drückt den Anteil der Befragten aus, die zur jeweiligen Hilfefrage mit ja geantwortet haben, p_1 in t1, p_2 in t2. 90,6% der Senioren-Interventionsgruppe waren in t1 grundsätzlich bereit, einem Nachbarn zu helfen (Variable Hilfeangebote). 3 Jahre später, in t2, waren es noch 83,5%. Dieser Rückgang ist gemäss McNemar-Test nicht signifikant. Der Koeffizient h drückt die Effektstärke der Veränderung der Proportionen aus. Die zentrale Grösse für die Überprüfung der Hypothesen ist auch in Tabelle 3 die Differenz der Effektstärke zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe ($h_i - h_k$). Da der Anteil der Kontrollgruppen-Probanden, die Hilfe anbieten, in t2 auch etwas kleiner ist als in t1, ist der relative Effekt so klein ($h_i - h_k = -.12$), dass wir ihn als Nulleffekt bezeichnen.

Tabelle 4 enthält die Veränderungen im *Ausmass* des informellen Helfens. Bei denjenigen Befragten, die bei der Einleitungsfrage mit ja antworteten, wurde zusätzlich das Ausmass der betreffenden Hilfeart erfragt. In allen drei Stichproben geht die Anzahl der Hilfeangebote an Nachbarn hochsignifikant und mittelstark bis sehr stark zurück. Die Abnahme der Hilfeangebote ist in der Interventionsgruppe nur einwenig stärker als in der Kontrollgruppe und kann deshalb kaum als spezifischer Interventionseffekt interpretiert werden.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass der Anteil der Senioren, die grundsätzlich bereit sind, einem Nachbarn zu helfen, sehr hoch bleibt (80% bis 90% der Befragten), während der Umfang der potentiellen Hilfe in allen befragten Gruppen sehr stark zurückgeht. Die Befragten werden selektiver in der Art der angebotenen Hilfe. Da der Rückgang in allen Gruppen recht massiv ist, während der relative Effekt nur sehr klein ist, können wir bezüglich der Intervention von einem Nulleffekt sprechen. Dieses Ergebnis bestätigt die grosse methodische

Relevanz der Kontrollgruppe. Ohne sie wäre die Abnahme der Hilfeangebote fälschlicherweise als Desaktivierungs-Effekt der Interventionen interpretiert worden!

Inhaltlich kann dieses Ergebnis der starken Abnahme der Hilfeangebote in beiden Quartieren nur schwer interpretiert werden. Denkbar wäre bei den Senioren ein Alterungs-Effekt. Aber diese Erklärung ist falsch, da wir auch bei den Junioren einen Rückgang in gleichem Ausmass feststellen können. Die Junioren umfassen das ganze Altersspektrum von 20 bis 64, in dem das Hilfeverhalten weitaus weniger altersabhängig ist als bei den Senioren. Oder ist der Rückgang der Hilfeangebote eine Zeiterscheinung, ein Ausdruck des sozialen Wandels, eine Abnahme der altruistischen Grundorientierung? Auch wenn eine langfristige Entwicklung in diese Richtung nicht unplausibel erscheint, ist es unwahrscheinlich, dass sich ein solcher langfristiger Trend in der kurzen Zeit von 3 Jahren so deutlich ausdrücken würde.

Der nachbarschaftliche Hilfebedarf wird gemessen mit dem Index „Hilfewünsche an Nachbarn“. Die Einleitungsfrage im Interview lautet: „Wären Sie jetzt froh, wenn Ihnen ein Nachbar helfen könnte?“. Bei den Ja-Antwortenden wurde zusätzlich gefragt, bei welchen Sachen und dabei die gleiche Liste mit den 10 Arten von Hilfeleistungen vorgelegt wie bei der Frage zum Hilfeangebot. Der Index „Anzahl Hilfewünsche“ ist die Anzahl der gewünschten Hilfeleistungen. Dies ist eine schief verteilte Variable, da rund 80% der Senioren gar keine solche Hilfe wünschen und deshalb in dieser Variable den Wert 0 erhalten.

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass der Anteil der Senioren, die von Nachbarn Hilfe wünschen, in der Kontrollgruppe von 20% auf 30% signifikant zunimmt, während dieser Anteil in der Interventionsgruppe gleich bleibt (23% bzw. 22%). Der relative Effekt ist somit eine kleine (relative) Abnahme der Hilfewünsche in der Interventionsgruppe, wenn wir die Zunahme in der Kontrollgruppe als eine „natürliche“, von Interventionen unbeeinflusste Zunahme von Hilfebedarf bei alternden Senioren verstehen. Tabelle 4 zeigt, dass sich die Anzahl der Hilfewünsche in der Kontrollgruppe nicht verändert, in der Interventionsgruppe jedoch signifikant zurückgeht. Der relative Effekt ist eine mittelstarke Abnahme der Hilfewünsche ($d_i - d_k = -.31$).

Zusammenfassend können wir feststellen, dass der Hilfebedarf im Interventionsquartier im Unterschied zu demjenigen im Kontrollquartier zurückgegangen ist. Dieses Ergebnis kann *unterschiedlich interpretiert* werden, wenn wir von der Frage ausgehen, weshalb der Bedarf zurückgegangen ist. Die erste Interpretation ist konsistent mit der *Aktivierungshypothese*: Der Bedarf könnte zurückgegangen sein, weil die Bevölkerung des Interventionsquartiers

Tabelle 3
Veränderungen im Helfen
Proportion der Ja-Antworten t1 – t2

	Proportion		r	sig.	h	Effekt	hi – hk	rel.
	t1	t2		McN.				Eff.
Hilfeangebote an Nachbarn ja/nein:								
Senioren Kontroll-quartier	0.896	0.865	0.264	0	–0.112	0		
Senioren Interven-tionsquartier	0.906	0.835	0.183	0	–0.236	–	–0.124	0
Junioren Interven-tionsquartier	0.970	0.950	0.094	0	–0.108	0		
Hilfewünsche an Nachbarn ja/nein:								
Senioren Kontroll-quartier	0.196	0.304	0.049	(*)	0.257	+		
Senioren Interven-tionsquartier	0.227	0.216	0.111	0	–0.028	0	–0.285	–
Junioren Interven-tionsquartier	0.301	0.248	0.188	0	–0.132	0		
Hilfe geleistet für Nachbarn ja/nein:								
Senioren Kontroll-quartier	0.642	0.684	0.201	0	0.099	0		
Senioren Interven-tionsquartier	0.675	0.518	0.257	*	–0.373	– –	–0.473	– –
sig. Chi-Quadrat	0	(*)						
Junioren Interven-tionsquartier	0.715	0.635	0.174	*	–0.188	–		
Hilfe bekommen von ausserhalb Haushalt ja/nein:								
Senioren Kontroll-quartier	0.273	0.394	0.388	*	0.329	++		
Senioren Interven-tionsquartier	0.261	0.386	0.272	(*)	0.315	++	–0.015	0
Junioren Interven-tionsquartier	0.420	0.353	0.211	0	–0.155	–		

Anmerkungen siehe folgende Seite.

Anmerkungen zu Tabelle 3:

- r: Pearson Korrelation t1 mit t2
- sig. McN.: Signifikanzniveau nach McNemar-Test, zweiseitig
0: nicht signifikant (über 10%); (*): 10%; *: 5%; **: 1%; ***: 0.1%
- h: Effect-Size nach Cohen (1988: 181), modifiziert für abhängige Stichproben, analog der Mittelwertsdifferenz:^{*}
- $$h = \frac{2 \cdot \arcsin \sqrt{p_2} - 2 \cdot \arcsin \sqrt{p_1}}{\sqrt{1 - r}} \quad \text{wobei } p_1, p_2: \text{Proportion t1 bzw. t2}$$
- Effekt: Effekt-Size und -Richtung nach folgenden Konventionen:
Richtung: +: Zunahme; -: Abnahme;
Size: 0: $|d| < 0.15$
+/-: „klein“: $0.15 \leq |d| < 0.3$
++/- -: „mittel“: $0.30 \leq |d| < 0.65$
+++/- -: „gross“: $|d| \geq 0.65$
- hi – hk: Differenz h(Senioren Interventionsquartier) – h(Senioren Kontrollquartier)
- sig. Chi-Quadrat: Querschnittsvergleich Senioren Kontrollquartier vs. Interventionsquartier, nur angegeben, falls Signifikanzniveau in t1 oder t2 mindestens 10%

viel Nachbarschaftshilfe erhalten hat, d. h. weil ihr Bedarf abgedeckt und gesättigt ist. Der Bedarf könnte auch einfach deshalb zurückgegangen sein, weil man im Interventionsquartier weiss, dass es eine funktionierende organisierte Nachbarschaftshilfe gibt.

Das Ergebnis, dass die Senioren der Interventionsgruppe in t2 weniger informelle Nachbarschaftshilfe wünschen als in t1, kann auch im Rahmen der *Desaktivierungshypothese* interpretiert werden. Ein Rückgang des Hilfebedarfs könnte interpretiert werden als eine Rücknahme von Ansprüchen an die spontane, informelle Nachbarschaftshilfe; eventuell sogar als eine Resignation der Hoffnung, dass spontan geholfen wird. Positiv formuliert könnten wir sagen, dass die Senioren im Interventionsquartier autonomer wurden. Diese Sichtweise ist allerdings insofern problematisch, als Autonomie im Sinne von „keine Hilfe wollen“ immer auch heissen kann, dass die Erwartung an Nachbarn, spontan zu helfen, als sozial unerwünscht erlebt wird. Dies würde eine Einstellung implizieren, die etwa heisst: „Ich möchte keinem anderen Menschen zur

* Die Grundformel von h mit der Arkussinus-Transformation wurde von Cohen (1988: 181) übernommen; die Modifikation für abhängige Stichproben erfolgt analog zum Effektgrössenmass d für Mittelwertsdifferenzen abhängiger Stichproben (vgl. die Formel in der Anmerkung zur Tab. 3). Die Masszahlen von h sind mit denjenigen von d direkt vergleichbar. Dementsprechend werden die gleichen Wertebereiche definiert, nach denen die Effektstärken als Null, klein, mittel oder gross bezeichnet werden. Die Tabelle 3 kann also grundsätzlich gleich gelesen werden wie die Tabelle mit den Mittelwertsvergleichen.

Tabelle 4
Veränderungen im Ausmass des informellen Helfens
Mittelwertsvergleiche t1 – t2

	Mittelwert t1	Mittelwert t2	Standardab- weichung t1	r	sig. Wil.	d	Effekt	di – dk	rel. Eff.
Anzahl Hilfeangebote an Nachbarn:									
Senioren Kon- trollquartier	4.094	2.969	2.497	0.262	***	–0.524	--		
Senioren Inter- ventionsquartier	4.094	2.729	2.680	0.431	***	–0.675	---	–0.151	–
Junioren Inter- ventionsquartier	5.836	4.463	2.590	0.309	***	–0.638	--		
Anzahl Hilfewünsche an Nachbarn:									
Senioren Kon- trollquartier	0.784	0.863	2.037	0.151	0	0.042	0		
Senioren Inter- ventionsquartier	1.068	0.534	2.222	0.177	(*)	–0.265	–	–0.307	--
Junioren Inter- ventionsquartier	1.248	0.811	2.428	0.099	*	–0.190	–		
Hilfe geleistet für Nachbarn:									
Senioren Kon- trollquartier	3.768	3.126	4.345	0.228	0	–0.168	–		
Senioren Inter- ventionsquartier	3.831	2.229	4.406	0.311	**	–0.438	--	–0.270	–
sig. T-Test	0	(*)							
Junioren Inter- ventionsquartier	6.030	3.340	6.413	0.251	***	–0.485	--		
Hilfe bekommen von ausserhalb Haushalt:									
Senioren Kon- trollquartier	1.687	2.424	3.658	0.153	0	0.219	+		
Senioren Inter- ventionsquartier	1.864	3.011	4.224	0.497	**	0.383	++	0.164	+
Junioren Inter- ventionsquartier	2.401	1.913	4.244	0.291	0	–0.137	0		

Anmerkungen: vgl. Tabelle 2

Last fallen.“ Diese Einstellung ist problematisch, da die meisten Betagten im vorgerückten Alter irgend einmal auf mitmenschliche Hilfe angewiesen sein werden und es sicher besser ist, wenn sie sich dessen nicht schämen müssen.

Der Rückgang der Hilfewünsche könnte auch eine Reaktanz auf die intensive Werbekampagne zur Förderung der Nachbarschaftshilfe sein. Durch die Propagierung der informellen und organisierten Nachbarschaftshilfe wurde implizit unterstellt, dass die Autonomie der Betagten und die Tragfähigkeit der familial-verwandtschaftlichen Hilfe ungenügend oder bedroht sind. Als Reaktanz auf diese Bedrohung könnte autonome Selbsthilfe und familial-verwandtschaftliche Hilfe aufgewertet werden, während die Nachbarschaftshilfe, ob informell oder organisiert, abgewertet und seltener gewünscht wird (Irle 1975: 372 ff.). Durch diese Reaktanz wird Nachbarschaftshilfe deaktiviert, familial-verwandtschaftliche Hilfe aber aktiviert. Diese Interpretation wird bestätigt durch die in der Interventionsgruppe im Unterschied zur Kontrollgruppe starke Zunahme der erhaltenen Hilfe von ausserhalb des Haushalts (siehe unten). Gemäss dieser Interpretation hätte die Werbung zwar einige Aktivisten und Benützer mobilisieren können, sie hätte aber auf die passive Mehrheit der Bevölkerung einen kontraproduktiven Bumerang-Effekt gehabt (Irle 1975: 292 f., 334 ff.).

4.4 *Veränderungen der Hilfeleistungen und der erhaltenen Hilfe*

In der Befragung wurde die Frage gestellt: „Wie oft haben sie in den letzten 12 Monaten diese Sachen für einen Nachbarn oder für Quartierbewohner gemacht?“ und dem Befragten wurde die Liste der 10 Hilfearten vorgelegt. Der Indikator „Hilfeleistung ja/nein“ misst den Anteil der Befragten, die überhaupt Hilfe gegeben haben. Der Index „(Ausmass der) Hilfeleistung“ ist ein Summenindex der 10 Items und misst die Häufigkeit verschiedener Hilfeleistungen für Nachbarn.

Im Interventionsquartier ist der Anteil der Senioren, die für Nachbarn Hilfe geleistet haben, von 67,5% auf 51,8% signifikant zurückgegangen, während er im Kontrollquartier praktisch gleich blieb (64,2% bzw. 68,4%). Das Ausmass der geleisteten Hilfe ging im Interventionsquartier ebenfalls mittelstark zurück; im Kontrollquartier ist der Rückgang klein und nicht signifikant. Der relative Effekt ist bei beiden Variablen eine Abnahme, mittelstark beim Anteil (–.47) und eher klein (–.27) beim Ausmass.

Im Interventionsquartier wird also nach der Einrichtung einer organisierten Nachbarschaftshilfe weniger spontane, informelle Nachbarschaftshilfe geleistet! Dieses Resultat ist konsistent mit der *Desaktivierungshypothese*. Es wäre be-

denklich, wenn dieses Resultat bedeuten würde, dass die Institutionalisierung von organisierter Hilfe dazu führt, dass die Menschen weniger informell helfen.

Möglicherweise sind besonders die Senioren des Interventionsquartiers *erleichtert*, dass sie sich *nicht mehr verpflichtet* fühlen müssen, ihren Nachbarn informell zu helfen. Dies würde bedeuten, dass die Helferrollennorm generell weniger verpflichtend gilt, wenn das Helfen an institutionalisierte Stellen delegiert werden kann.

Konsistent mit dieser Interpretation ist das im vorliegenden Artikel nicht näher dargestellte Ergebnis, dass die chronischen und akuten sozialen Belastungen bei den Senioren des Interventionsquartiers (nicht aber bei den Junioren) abnehmen, bei den Senioren des Kontrollquartiers jedoch unverändert bleiben. Die Verringerung der Hilfeleistung scheint mit einer stressreduzierenden Erleichterung verbunden zu sein. Diese *Stressreduktion* scheint ein unerwarteter, günstiger und indirekt auch gesundheitsförderlicher Nebeneffekt der Desaktivierung zu sein.

Der Index „Hilfe bekommen“ misst das Ausmass an erhaltener Hilfe von ausserhalb des eigenen Haushaltes in den letzten 12 Monaten. Die Einleitungsfrage lautet: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten von irgendwem, der nicht in ihrem Haushalt wohnt, Hilfe erhalten?“. Die Frage nach der erhaltenen Hilfe beschränkt sich also nicht auf Nachbarschaftshilfe, sondern schliesst auch die Hilfe von Freunden und Verwandten mit ein. Die Frage wurde deshalb so gestellt, weil das Empfangen von Nachbarschaftshilfe bei der (weitgehend gesunden) Durchschnittsbevölkerung ein recht seltenes Ereignis ist. Nach der Einleitungsfrage wurde zusätzlich gefragt: „Wie oft bei den folgenden Sachen?“ und es wurde wieder die Liste der 10 Hilfearten vorgelegt.

Beide Seniorengruppen erhalten in t2 mehr Hilfe als in t1. Der Anteil der Befragten, die überhaupt Hilfe erhalten, wird in beiden Seniorengruppen, aber nicht bei den Junioren signifikant und ziemlich stark grösser. Das Ausmass und die Häufigkeit der erhaltenen Hilfe nimmt in der Senioren-Interventionsgruppe relativ stark und signifikant zu, während die kleine Zunahme in der Kontrollgruppe nicht signifikant ist. Die Zunahme ist stärker bei den Senioren des Interventionsquartiers, die informiert sind über die Existenz der Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe. Dass die Senioren insgesamt mehr Hilfe erhalten, kann damit erklärt werden, dass bei ihnen mit zunehmendem Alter Behinderungen und Krankheiten stark zunehmen. Bei den Junioren im Interventionsquartier können wir einen kleinen Rückgang der erhaltenen Hilfe feststellen, der allerdings nicht signifikant ist.

Die Befunde bei den Senioren sind konsistent mit der *Aktivierungshypothese*. Die informierten Senioren des Interventionsquartiers erhalten mehr Hilfe; wir können annehmen, dass sie fähiger waren, informelle Hilfe zu mobilisieren. Zu beachten ist, dass solche Hilfe in erster Linie von Familienangehörigen und Verwandten, die ausserhalb des Haushaltes wohnen, geleistet wird und weitaus seltener von Nachbarn. Es scheint, dass die Bevölkerung des Interventionsquartiers 1989 (t1) mehr als 1986 (t2) motiviert war, den hilfebedürftigen Senioren zu helfen, und zwar primär informell im Rahmen der Verwandtschaft. Die über die Existenz der organisierten Nachbarschaftshilfe informierte Tochter einer betagten, hilfebedürftigen Frau könnte sich zum Beispiel sagen: „Meiner Mutter helfen, das kann ich doch selber, das muss doch nicht die Nachbarschaftshilfe-Stelle tun. Ich sollte mich vielleicht in der Hilfe für meine betagte Mutter wieder etwas mehr engagieren.“

Wenn wir die Resultate der Tabellen 3 und 4 vergleichen, ist folgende Interpretation möglich: Die informelle Hilfeleistung für Nachbarn geht eher zurück, da sie an die organisierte Nachbarschaftshilfe delegiert wird (Desaktivierung). Die familiäre, verwandtschaftliche und freundschaftliche informelle Hilfe an Senioren nimmt hingegen zu. Dies könnte ein Resultat der Öffentlichkeitsarbeit über Nachbarschaftshilfe sein, in der unter anderem auch auf die beträchtliche Hilfebedürftigkeit der betagten Mitbürger hingewiesen wurde. Davon haben sich dann wohl auch Verwandte und gute Freunde von hilfebedürftigen Senioren angesprochen gefühlt. Die Aktivierung der familialen, verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Hilfe der Gesamtbevölkerung für die Betagten und Hochbetagten kann als eine sehr erfreuliche und erwünschte Auswirkung der Aktionen für die Förderung von Nachbarschaftshilfe im Interventionsquartier gewertet werden. Dieses Ergebnis ist allerdings empirisch nicht sehr stark abgesichert, da das Ausmass an erhaltener Hilfe auch in der Kontrollgruppe ein wenig zugenommen hat und deshalb der relative Effekt nur gering ist.

5. Zusammenfassung und Diskussion

Die vorgestellten Resultate sind komplex, teilweise widersprüchlich und haben eine zu schmale empirische Basis (relativ kleine Stichproben), um als gesichert gelten zu können. Die Ergebnisse werden trotzdem pointiert zusammengefasst, weil sie sozialpolitisch so wichtig sind, dass sie diskutiert und weiter untersucht werden müssen. Es bleibt aber zu bedenken, dass die Frage „Aktivierung oder Desaktivierung der informellen Hilfe durch die Organisierung von Hilfe?“ noch nicht abschliessend beantwortet werden kann.

Im Interventionsquartier sind zwei Drittel der Senioren und drei Viertel der Junioren informiert über die Existenz der neuen lokalen Vermittlungsstelle für Nachbarschaftshilfe. Nur 1–2% der Bevölkerung nehmen allerdings aktiv daran teil als HelferInnen, BenützerInnen oder im Rahmen organisatorischer Aufgaben. Die mit verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsvariablen untersuchten Hypothesen der Aktivierung, Desaktivierung und des Nulleffektes beziehen sich auf die Mehrheit der informierten, aber bezüglich organisierter Nachbarschaftshilfe passiven Bevölkerung der Senioren. Das Kriterium, mit dem diese Hypothesen getestet werden, ist der relative Effekt, der definiert wird als der Unterschied der Veränderung zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe.

Konsistent mit der Nulleffekthypothese verändert sich der Umfang des sozialen Netzes in keiner Stichprobe. Die Struktur des sozialen Netzes scheint langfristig stabil zu sein. Bezüglich sozialer Unterstützung und informellem Hilfeverhalten ergeben sich hingegen verschiedene Veränderungen.

Die Senioren des Interventionsquartiers zeigen in der zweiten Befragung im Unterschied zur Kontrollgruppe folgendes Hilfeverhalten, das als Auswirkung der Aktionen zur Organisation von Nachbarschaftshilfe interpretiert werden kann:

- Die Senioren des Interventionsquartiers fühlen sich vom sekundären sozialen Netz (Freunde, Verwandte und Nachbarn) weniger gut unterstützt als drei Jahre zuvor, vor Beginn der Intervention. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der Desaktivierungshypothese und könnte sich ausdrücken in Demotivierung, Resignation, Zweifeln, oder in Reflexion und realistischerer Einschätzung.
- Die Hilfeangebote an Nachbarn gehen in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe gleichermassen stark zurück, dieses Ergebnis ist konsistent mit der Nulleffekthypothese.
- Im Vergleich zur Kontrollgruppe wünscht sich die Interventionsgruppe weniger Hilfe von Nachbarn. Dieses Ergebnis kann sowohl im Rahmen der Aktivierungshypothese (Bedarf abgedeckt, Entlastung, zunehmende Autonomie) als auch im Rahmen der Desaktivierungshypothese (Rücknahme von Ansprüchen, Resignation, Reaktanz) interpretiert werden.
- Die Senioren des Interventionsquartiers leisten weniger Hilfe für Nachbarn (Rückgang der informellen Hilfeleistungen in den letzten 12 Monaten). Das Ergebnis ist konsistent mit der Desaktivierungshypothese (Delegation des Helfens, Demotivierung).

- Die Interventionsgruppe erhält mehr Hilfe von Leuten, die nicht in ihrem Haushalt wohnen, wohl vorwiegend von Familienmitgliedern und von Verwandten (konsistent mit Aktivierungshypothese: mehr Hilfe mobilisiert).

Für welche Hypothesen sprechen die Ergebnisse? Sie sind mit sechs Dimensionen untersucht worden. Zwei Ergebnisse sind konsistent mit dem *Nulleffekt*: Die Grösse des sekundären sozialen Netzes hat sich im Verlaufe der drei Jahre in keiner untersuchten Stichprobe verändert und die Anzahl Hilfeangebote an Nachbarn sind in allen untersuchten Gruppen signifikant zurückgegangen. Zwei Resultate sind konsistent mit der *Desaktivierungshypothese*: Bei der Interventionsgruppe der Senioren sind die soziale Unterstützung und die Häufigkeit von Hilfeleistungen für Nachbarn im Unterschied zur Kontrollgruppe zurückgegangen. Ein Ergebnis ist konsistent mit der *Aktivierungshypothese*: Die Senioren des Interventionsquartiers erhalten mehr Hilfe von ausserhalb des Haushaltes. Das Ergebnis, dass die Hilfewünsche an Nachbarn im Interventionsquartier verglichen mit dem Kontrollquartier abgenommen haben, kann sowohl mit der Aktivierungs- als auch mit der Desaktivierungshypothese erklärt werden.

Das Forschungsteam hat sich bis zu einem gewissen Grad identifiziert mit dem Engagement der Träger der organisierten Nachbarschaftshilfe und hatte deshalb erwartet, oder doch mindestens gehofft, dass sich die Aktivierungshypothese bestätigen würde. Umso überraschender war es für uns, dass es insgesamt mehr Befunde gibt, die für die Desaktivierungshypothese sprechen. Auch wenn die Ergebnisse nicht gesichert sind, sollte überlegt werden, welche sozial- und gesundheitspolitischen Implikationen sie haben. Beim Aufbau und bei der Institutionalisierung von organisierter zwischenmenschlicher Hilfe kann offenbar spontane, informelle Hilfe deaktiviert werden. Dieser Effekt auf die Gesamtbevölkerung widerspricht dem engagierten Credo derjenigen Akteure, die sich einsetzen für organisierte, zwischenmenschliche Hilfe für Menschen, die dieser Hilfe ganz offensichtlich bedürfen. Umso wichtiger ist die empirische Evaluation von sozialen Programmen und Aktionen bezüglich unerwarteter Nebenwirkungen auf die Gesamtbevölkerung. Bei der Propagierung neuer organisierter Dienstleistungen sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass gleichzeitig immer auch die unorganisierte, informelle und spontane Hilfe gefördert und unterstützt wird. Freiwillige Hilfe sollte auf Quartierebene, d. h. im lokalen Nahraum, organisiert werden, da dort die Beteiligten eher auch informell in Kontakt bleiben, oder neue lokale Kontakte knüpfen können, als wenn die Organisierung freiwilliger Hilfe zentralisiert würde. Soweit möglich, sollte vermieden werden, dass die Abnahme informeller Hilfebeziehungen zu sozialer Isolierung führt.

Obschon uns die Substitution von informeller Hilfe durch organisierte Hilfe grundsätzlich problematisch scheint, darf nicht übersehen werden, dass sie neben *negativen* auch *positive* Effekte haben kann. Negativ zu werten ist, wenn die alten Leute weniger aktiv und sozial isolierter werden, und wenn sie sich deshalb überflüssig und wertlos fühlen, weil ihre spontane, informelle Hilfe weniger nötig wird, wenn es organisierte Hilfeangebote gibt. Positiv zu werten ist es hingegen, wenn alte Leute durch organisierte Hilfe von überfordernden Hilfeverpflichtungen entlastet werden.

Die *gesundheitlichen Auswirkungen* sind widersprüchlich. Einerseits beeinträchtigt die Abnahme der sozialen Unterstützung die Stressbewältigung (weniger Stress-Puffer-Kapazität) und ist damit gesundheitsschädlich (Meyer-Fehr 1988, Cohen/Syme 1985). Andererseits wirkt sich die Abnahme der sozialen Belastungen durch die verringerten Hilfeverpflichtungen positiv auf die Gesundheit aus. Per Saldo scheint sich die Desaktivierung bei den Betagten eher günstig auf die Gesundheit auszuwirken. Wie in einem ausführlichen Forschungsbericht im Detail dargestellt wird (Meyer-Fehr, i. V.), nehmen von t1 zu t2 die Alltagsbeschwerden in der Interventionsgruppe leicht ab, in der Kontrollgruppe hingegen leicht zu, was zu einem mittelstarken relativen Effekt der Intervention führt, durch den die Alltagsbeschwerden reduziert werden. Die durch die Organisierung von Hilfe verursachte Desaktivierung des informellen Helfens scheint für Betagte, die sich von Hilfeverpflichtungen überfordert fühlen, wohltuend und tendenziell gesundheitsfördernd zu sein.

LITERATURVERZEICHNIS

- BEHRENDT Jörn-Uwe, DENEKE Christiane, ESTORFF Astrid et al. (1983), Arbeitsweise von Gesundheitsselbsthilfegruppen und Anregungen zu ihrer sozialpolitischen Unterstützung. in: von FERBER Christian, BADURA Bernhard (Hrsg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Oldenbourg, München, 9–35.
- BRAND Karl-Werner (1988), Selbsthilfe und neue soziale Bewegungen. Historische und internationale Vergleichsaspekte. in: Selbsthilfezentrum München (Hrsg.), Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. Profil, München, 72–86.
- BRAND Karl-Werner (Hrsg.) (1985), Neue soziale Bewegungen in Westeuropa und in den USA. Frankfurt a. M.
- BUDOWSKI Monica, ROTHLIN Susanne, BÖSCH Jakob, MEYER-FEHR Peter C. (1989), Nachbarschaftshilfe Zürich-Altstetten 1986–1989. Schlussbericht. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 4/1989, Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik.
- BUDOWSKI Monica, ROTHLIN Susanne, MEYER-FEHR Peter, BÖSCH Jakob (1990), Möglichkeiten und Grenzen der Öffentlichkeitsarbeit beim Aufbau einer organisierten Nachbarschaftshilfe. Das öffentliche Gesundheitswesen, 52, 238–242.
- COHEN Jacob (1988), Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 2nd ed.

- COHEN Sheldon, SYME S. Leonhard (ed.) (1985), *Social Support and Health*. Academic Press, New York.
- FORSCHUNGSVERBUND Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg.) (1987): *Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik*. Springer, Berlin.
- GOTTLIEB Benjamin H. (1983), *Social Support Strategies. Guidelines for Mental Health Practice*. Sage, Beverly Hills.
- GRUNOW Dieter, BREITKOPF Helmut, GRUNOW-LUTTER Vera, PAULUS Wolfgang (1983), Zum Verhältnis von Selbsthilfe und medizinischer Fremdhilfe. in: von FERBER Christian, BADURA Bernhard (Hrsg.), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*. Oldenbourg, München, 51–77.
- HUBER Ellis (1987), Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung als realistische Utopie. in: BERGOLD Jarg, FALTERMAIER Toni, JAEGGI Eva u. a. (Hrsg.), *Veränderter Alltag und Klinische Psychologie*. DGVt, Tübingen, 140–145.
- IRLE Martin (1975), *Lehrbuch der Sozialpsychologie*, Hogrefe, Göttingen.
- KEUPP Heiner, RÖHRLE Bernd (Hrsg.) (1987), *Soziale Netzwerke*. Campus, Frankfurt.
- KEUPP Heiner (1988), *Risikante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Sozialpsychologische Studien*. Asanger, Heidelberg.
- MEYER-FEHR Peter, BÖSCH Jakob (1988), Gesundheitseffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei der einheimischen Bevölkerung und bei Immigranten. *Medizinsoziologie*, 2, 151–167.
- MEYER-FEHR Peter, BUDOWSKI Monica, ROTHLIN Susanne, BÖSCH Jakob (1990), Sozialer Hintergrund und Bedeutung von organisierter, freiwilliger Nachbarschaftshilfe. *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 52, 69–76.
- MEYER-FEHR Peter C., SUTER Christian, WILLI Jürg (1991), Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ). Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 4/1991, Psychiatrischen Poliklinik, Universitätsspital Zürich.
- MEYER-FEHR Peter C. (i. V.), Unterstützung und Stress durch soziale Rollen. Ergebnisse der Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit. Buchmanuskript, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich, in Vorbereitung.
- ROSSI Peter H., FREEMAN Howard E., HOFMANN Gerhard (1988), *Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Enke, Stuttgart.
- SUTER Christian, MEYER-FEHR Peter (1989), Operationalisierung von sozialer Schicht: Individualeinkommen, absolutes oder relatives Haushaltseinkommen? *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 15, 525–543.
- THIERSCH Hans (1987), Alltagsnöte, Selbsthilfe, professionelle Therapie: Was leistet das Angebot professioneller Therapie in Alltagsnöten und neben der Selbsthilfe? in: BERGOLD Jarg, FALTERMAIER Toni, JAEGGI Eva u. a. (Hrsg.), *Veränderter Alltag und Klinische Psychologie*. DGVt, Tübingen, 39–49.
- von FERBER Christian, BADURA Bernhard (Hrsg.) (1983), *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe*. Oldenbourg, München.
- WITTMANN Werner W. (1985), *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Springer, Berlin.

Adresse der Verfasser:

Peter C. Meyer, Christian Suter

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital, Culmannstr. 8, 8091 Zürich

WIDERSPRUCH

Beiträge zur
sozialistischen Politik

23

Krise des Sozialen **Armut - Sozialpolitik**

EG, Wohlfahrtsstaat, Frauen; Krisenpolitik in den 30er Jahren; Sozialstaatskrise, Garantiertes Mindesteinkommen und Neuer Gesellschaftsvertrag; Selbständige und Existenzrisiken; Soziale Ungleichheit, Verteilungsgerechtigkeit; Wohnungsnot; "Euthanasie"-Debatte; Biologische Psychiatrie

S. Schunter-Kleemann, H. Kleger, P. Niggli,
H. Zwicky, U. Ruckstuhl, G. Hischier, N. Scherr,
G. Enderle, P. Hug, Jürgmeier, M. Rufer

Diskussion

Drogenprohibition und Neue Weltordnung:
R. Strehle
Thesen zur anderen Drogenpolitik: SPS
Europapolitik, Staat, Demokratie: W. Schöni

Marginalien / Rezensionen / Zeitschriftenschau

12. Jg./Heft 23 – Juli 1992

Fr. 15.–

188 Seiten, Fr. 15.--
zu beziehen im Buchhandel oder bei
WIDERSPRUCH, Postfach 8026 Zürich