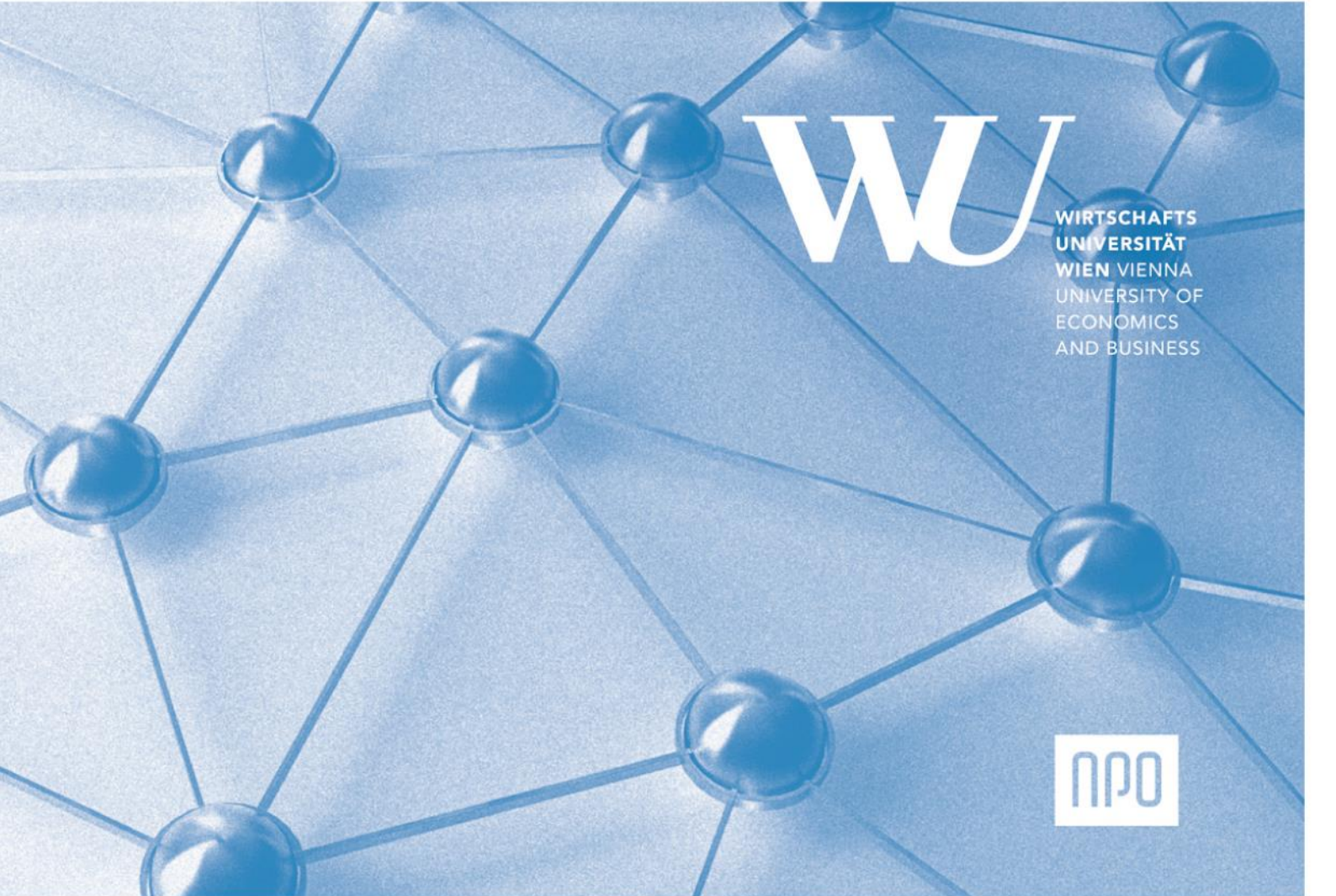


Studie

zum gesellschaftlichen Mehrwert der
stationären Pflege- und
Betreuungseinrichtungen in
Niederösterreich und der Steiermark
mittels einer SROI-Analyse

Ena Pervan, MSc
Dr. Christian Schober
Claudia Müller, MSc



WU

WIRTSCHAFTS
UNIVERSITÄT
WIEN VIENNA
UNIVERSITY OF
ECONOMICS
AND BUSINESS





Impressum:

NPO & SE Kompetenzzentrum

Welthandelsplatz 1
1020 Wien
Tel.: 01 31336 5539
Fax: 01 31336 5539
www.npo.or.at

Wien, Juni 2015

Kontakt: Ena Pervan, MSc, ena.pervan@wu.ac.at

Copyright © NPO & SE Kompetenzzentrum

VORBEMERKUNG

Die vorliegende Studie wurde vom NPO & SE Kompetenzzentrum der WU Wien im Auftrag des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs erstellt. Die Studie bedient sich der Methode der Social Return on Investment (SROI)-Analyse.

Die Ergebnisse beruhen auf Daten, die im Rahmen von Interviews und quantitativen Datenerhebungen ermittelt wurden. In diesem Zusammenhang gilt es all jenen zu danken, die hier mitgewirkt haben, allen voran den BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime, mit denen wir im Rahmen der leitfadenorientierten Interviews sehr umfassende Gespräche geführt haben und die uns einen spannenden Einblick in ihren Alltag gewährten.

Allen VertreterInnen des Sounding Boards, darunter, in alphabetischer Reihenfolge, Herr Bernreiter, Herr Dirnberger, Herr Glaser, Herr Dr. Hartinger, Herr Hauk, Herr Kabas, MBA, Herr Kahr, Frau Mag.(FH) Kühlmayer-Trittner, Herr Mattersberger, MMSc, MBA, Herr Pavlecka, Frau Schmid, Herr Schwarz, Herr Ing. Stockinger, Frau Strempl, BA MA, Herr Mag. Wallner, Herr Wieczorek, Frau Winkler, BA MA MSc und Herr Winkler, MBA, sei herzlichst für die stets produktive Zusammenarbeit in angenehmer Atmosphäre gedankt.

Auch Frau Reinisch-Gratzer, Frau Ambrosch und Frau Millner-Kurzbauer sind uns mit umfassenden Daten und Informationen behilflich gewesen. Herzlicher Dank gebührt vor allem Herrn Hauk von der Abteilung GS7 des Landes Niederösterreich für die sehr umfassenden und komplexen Datenauswertungen, die er uns zur Verfügung gestellt hat. Auch Herr Hofrat Dr. Huber hat uns im Rahmen dieser Studie unterstützt, wofür wir uns bedanken wollen.

Nicht zuletzt sei all den befragten MitarbeiterInnen, Angehörigen, LieferantInnen, VertreterInnen von mobilen Diensten und der öffentlichen Hand für die informativen Interviews gedankt.

Ohne das Zutun all dieser Personen wäre diese Studie von deutlich minderer Qualität.

Auf Seiten der AutorInnen war es ein spannendes und erkenntnisreiches Projekt. Es ist immer wieder eine Freude im Bereich Pflege- und Betreuung Projekte abzuwickeln. Herausfordernd auf Seiten der AutorInnen war einmal mehr die Vielfalt an Daten und Datenquellen, die bei genauerer Analyse manchmal Inkonsistenzen aufwiesen.

Wien, am 31. Mai 2015

Ena Pervan, MSc

Dr. Christian Schober

Claudia Müller, MSc

INHALT

Executive Summary	1
1 Einleitung	6
1.1 Ausgangssituation	6
1.2 stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen.....	6
1.3 Ziel der Studie	8
1.4 Aufbau des Berichts.....	9
2 Methodisches Vorgehen.....	10
2.1 Wirkungsanalyse	10
2.2 Social Return On Investment – Analyse	12
3 Umfang der Analyse	15
3.1 Konzeptionalisierung	15
3.2 Identifizierung der Stakeholder	16
3.3 Datenerhebung	19
4 Niederösterreich.....	21
4.1 Analyse der Einnahmen und Ausgaben.....	21
4.2 BewohnerInnenverteilung	22
4.3 Bewohnerinnen und Bewohner.....	27
4.3.1 Wirkungskette BewohnerInnen.....	28
4.3.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	30
4.4 Angehörige.....	38
4.4.1 Wirkungskette Angehörige.....	39
4.4.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	40
4.5 Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	44
4.5.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	45
4.5.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	46
4.6 Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	49
4.6.1 Wirkungskette Ehrenamtliche MitarbeiterInnen	49
4.6.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	50
4.7 Krankenhäuser	51
4.7.1 Wirkungskette Krankenhäuser.....	52
4.7.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	52
4.8 Bund	54
4.8.1 Wirkungskette Bund	54
4.8.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	55
4.9 Land Niederösterreich.....	56
4.9.1 Wirkungskette Land Niederösterreich	56

4.9.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	57
4.10	<i>Sozialversicherungsträger</i>	58
4.10.1	Wirkungskette Sozialversicherungsträger	58
4.10.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	59
4.11	<i>AMS</i>	59
4.11.1	Wirkungskette AMS	60
4.11.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	60
4.12	<i>Lieferantinnen und Lieferanten</i>	61
4.12.1	Wirkungskette LieferantInnen	61
4.12.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	61
4.13	<i>Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte</i>	62
4.13.1	Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	63
4.13.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	63
4.14	<i>Eigentümerinnen und Eigentümer</i>	64
4.14.1	Wirkungskette Eigentümerinnen und Eigentümer	64
4.14.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	64
4.15	<i>Einsatzorganisationen</i>	64
4.15.1	Wirkungskette Einsatzorganisationen	64
4.15.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	65
4.16	<i>Praktikantinnen und Praktikanten</i>	66
4.16.1	Wirkungskette Praktikantinnen und Praktikanten	66
4.16.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	66
4.17	<i>VermieterInnen, LiegenschaftseigentümerInnen und GebäudeerrichterInnen</i> 68	
4.17.1	Wirkungskette VermieterInnen	68
4.17.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	68
4.18	<i>Sachwalterinnen und Sachwalter</i>	70
4.18.1	Wirkungskette SachwalterInnen	70
4.18.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	70
4.19	<i>Allgemeine Bevölkerung von Niederösterreich</i>	71
4.19.1	Wirkungskette allgemeine Bevölkerung in Niederösterreich	71
4.19.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	72
4.20	<i>SROI-Wert – Gesamtberechnung und Szenarienberechnung</i>	73
4.21	<i>Zusammenfassung</i>	77
5	Steiermark	80
5.1	<i>Analyse der Einnahmen und Ausgaben</i>	80
5.2	<i>BewohnerInnenverteilung</i>	81
5.3	<i>Bewohnerinnen und Bewohner</i>	87
5.3.1	Wirkungskette BewohnerInnen	88
5.3.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	90
5.4	<i>Angehörige</i>	98
5.4.1	Wirkungskette Angehörige	99

5.4.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	100
5.5 Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	104
5.5.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	105
5.5.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	106
5.6 Krankenhäuser	109
5.6.1 Wirkungskette Krankenhäuser.....	109
5.6.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	110
5.7 Bund	111
5.7.1 Wirkungskette Bund	112
5.7.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	112
5.8 Land Steiermark	114
5.8.1 Wirkungskette Land Steiermark	114
5.8.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	114
5.9 Sozialversicherungsträger	116
5.9.1 Wirkungskette Sozialversicherungsträger	116
5.9.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	117
5.10 AMS.....	117
5.10.1 Wirkungskette AMS.....	118
5.10.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	118
5.11 Lieferantinnen und Lieferanten	119
5.11.1 Wirkungskette LieferantInnen.....	119
5.11.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	119
5.12 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	120
5.12.1 Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.....	121
5.12.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	121
5.13 Eigentümerinnen und Eigentümer	122
5.13.1 Wirkungskette Eigentümerinnen und Eigentümer	122
5.13.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	122
5.14 Einsatzorganisationen	123
5.14.1 Wirkungskette Einsatzorganisationen	123
5.14.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	123
5.15 Praktikantinnen und Praktikanten	124
5.15.1 Wirkungskette Praktikantinnen und Praktikanten	124
5.15.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	125
5.16 VermieterInnen, LiegenschaftseigentümerInnen und Gebäudeerrichter... 126	
5.16.1 Wirkungskette VermieterInnen	126
5.16.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	127
5.17 Sachwalterinnen und Sachwalter	128
5.17.1 Wirkungskette SachwalterInnen.....	129
5.17.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	129
5.18 Allgemeine Bevölkerung der Steiermark	129
5.18.1 Wirkungskette allgemeine Bevölkerung der Steiermark.....	130
5.18.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen	130

5.19	<i>SROI-Wert – Gesamtberechnung und Szenarienberechnung.....</i>	<i>132</i>
5.20	<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>136</i>
6	Resümee.....	139
7	Literaturverzeichnis.....	141
8	Anhang	149
8.1	<i>Wirkungsketten.....</i>	<i>150</i>
8.2	<i>Datentabelle</i>	<i>158</i>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 2-1: Wirkungskette.....	10
Abbildung 2-2: SROI-Analyse im Überblick	12
Abbildung 2-3: Grundlegende Schritte der SROI-Analyse.....	14
Abbildung 3-1: Für die Analyse wesentliche Stakeholder	16
Abbildung 4-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten	75
Abbildung 5-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten	134

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Gesamtbetrachtung Niederösterreich	2
Tabelle 0-2: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Gesamtbetrachtung Steiermark.....	4
Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse.....	15
Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder.....	17
Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder	18
Tabelle 3-4: Engagement-Plan	20
Tabelle 4-1: Einnahmen	21
Tabelle 4-2: Ausgaben	22
Tabelle 4-3: BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen in Niederösterreich.....	26
Tabelle 4-4: Wirkungskette BewohnerInnen.....	29
Tabelle 4-5: monetarisierte Wirkungen der BewohnerInnen	30
Tabelle 4-6: Wirkungskette Angehörige.....	40
Tabelle 4-7: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen	40
Tabelle 4-8: Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	45
Tabelle 4-9: monetarisierte Wirkungen der MitarbeiterInnen.....	46
Tabelle 4-10: Wirkungskette ehrenamtliche MitarbeiterInnen.....	50
Tabelle 4-11: monetarisierte Wirkungen der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen	50
Tabelle 4-12: Wirkungskette der Krankenhäuser	52
Tabelle 4-13: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser	53
Tabelle 4-14: Wirkungskette des Bundes.....	55
Tabelle 4-15: monetarisierte Wirkungen des Bundes.....	55

Tabelle 4-16: Wirkungskette des Land Niederösterreich.....	57
Tabelle 4-17: monetarisierte Wirkungen des Landes Niederösterreich	57
Tabelle 4-18: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger	58
Tabelle 4-19: monetarisierte Wirkungen der Sozialversicherungsträger	59
Tabelle 4-20: Wirkungskette des AMS	60
Tabelle 4-21: monetarisierte Wirkungen AMS.....	60
Tabelle 4-22: Wirkungskette der LieferantInnen	61
Tabelle 4-23: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen	62
Tabelle 4-24: Wirkungskette der ÄrztInnen.....	63
Tabelle 4-25: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen.....	63
Tabelle 4-26: Wirkungskette der EigentümerInnen	64
Tabelle 4-27: monetarisierte Wirkungen der EigentümerInnen	64
Tabelle 4-28: Wirkungskette der Einsatzorganisationen	65
Tabelle 4-29: monetarisierte Wirkungen der Einsatzorganisationen.....	65
Tabelle 4-30: Wirkungskette PraktikantInnen.....	66
Tabelle 4-31: monetarisierte Wirkungen der PraktikantInnen	66
Tabelle 4-32: Wirkungskette der VermieterInnen.....	68
Tabelle 4-33: monetarisierte Wirkungen der VermieterInnen	69
Tabelle 4-34: Wirkungskette der SachwalterInnen	70
Tabelle 4-35: monetarisierte Wirkungen der SachwalterInnen	71
Tabelle 4-36: Wirkungskette der allgemeinen niederösterreichischen Bevölkerung	71
Tabelle 4-37: monetarisierte Wirkungen der allgemeinen niederösterreichische Bevölkerung	72
Tabelle 4-38: Berechnung SROI-Wert	73
Tabelle 4-39: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Gesamtbetrachtung 2013	73
Tabelle 5-1: Einnahmen	80
Tabelle 5-2: Ausgaben	81
Tabelle 5-3: BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen in der Steiermark	86
Tabelle 5-4: Wirkungskette BewohnerInnen.....	89
Tabelle 5-5: monetarisierte Wirkungen der BewohnerInnen	90

Tabelle 5-6: Wirkungskette Angehörige	100
Tabelle 5-7: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen	100
Tabelle 5-8: Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	105
Tabelle 5-9: monetarisierte Wirkungen der MitarbeiterInnen.....	106
Tabelle 5-10: Wirkungskette der Krankenhäuser	110
Tabelle 5-11: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser	110
Tabelle 5-12: Wirkungskette des Bundes.....	112
Tabelle 5-13: monetarisierte Wirkungen des Bundes.....	113
Tabelle 5-14: Wirkungskette des Land Steiermark.....	114
Tabelle 5-15: monetarisierte Wirkungen des Landes Steiermark.....	115
Tabelle 5-16: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger	116
Tabelle 5-17: monetarisierte Wirkungen der Sozialversicherungsträger	117
Tabelle 5-18: Wirkungskette des AMS.....	118
Tabelle 5-19: monetarisierte Wirkungen AMS	118
Tabelle 5-20: Wirkungskette der LieferantInnen	119
Tabelle 5-21: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen.....	120
Tabelle 5-22: Wirkungskette der ÄrztInnen	121
Tabelle 5-23: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen	121
Tabelle 5-24: Wirkungskette der EigentümerInnen	122
Tabelle 5-25: monetarisierte Wirkungen der EigentümerInnen	122
Tabelle 5-26: Wirkungskette der Einsatzorganisationen.....	123
Tabelle 5-27: monetarisierte Wirkungen der Einsatzorganisationen.....	123
Tabelle 5-28: Wirkungskette PraktikantInnen	124
Tabelle 5-29: monetarisierte Wirkungen der PraktikantInnen.....	125
Tabelle 5-30: Wirkungskette der VermieterInnen	127
Tabelle 5-31: monetarisierte Wirkungen der VermieterInnen	127
Tabelle 5-32: Wirkungskette der SachwalterInnen.....	129
Tabelle 5-33: monetarisierte Wirkungen der SachwalterInnen.....	129
Tabelle 5-34: Wirkungskette der allgemeinen steirischen Bevölkerung	130
Tabelle 5-35: monetarisierte Wirkungen der allgemeinen steirischen Bevölkerung	130
Tabelle 5-36: Berechnung SROI-Wert	132

Tabelle 5-37: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Gesamtbetrachtung 2013	132
Tabelle 8-1: Wirkungsketten	150
Tabelle 8-2: Zuordnung von Daten und Quellenangaben.....	158

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AMS	Arbeitsmarktservice
APH	Alten- und Pflegeheime
DGKP/S	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/schwester
HH	Heimhilfe
iHv	in Höhe von
N/A	Nicht vorhanden
PH	PflegehelferIn
SROI	Social Return on Investment
TZ	Teilzeit
VZÄ	Vollzeitäquivalent

EXECUTIVE SUMMARY

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs den Auftrag die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark zu analysieren. Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2013.

Die Evaluation erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten. Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen des Projekts messen. Die vorliegende Analyse orientiert sich am von Schober/Then (2015) herausgegebenen „Praxishandbuch Social Return on Investment“. Ein wesentlicher Punkt ist die Identifikation der wichtigsten Stakeholder zu Beginn. Für jede Stakeholdergruppe wird der investierte Input dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) in einer Wirkungskette gegenübergestellt. Die solcherart identifizierten Wirkungen werden verifiziert, ergänzt, quantifiziert und zum Schluss soweit möglich und sinnvoll in Geldeinheiten bewertet. Somit kann letztlich der monetäre Wert der aggregierten Wirkungen dem gesamten in Geldeinheiten vorliegenden Input gegenübergestellt werden. Die sich ergebende Spitzenkennzahl ist der SROI-Wert, der als Verhältniskennzahl angibt, wie die monetarisierten Wirkungen proportional zu den investierten Geldern sind. Ein Wert von 1:2 signalisiert doppelt so wertvolle gesellschaftliche Wirkungen als Investitionen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden folgende Forschungsfragen gestellt und beantwortet:

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfalten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich bzw. der Steiermark bei den relevanten Stakeholdergruppen?“*

Die **Forschungsfrage 2** lautet: *„Lassen sich die im Rahmen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erzielten Wirkungen sinnvoll und valide messen und monetarisieren?“*

Die **Forschungsfrage 3** lautet: *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die niederösterreichischen bzw. steiermärkischen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich bzw. der Steiermark gibt. Die BewohnerInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Dies wären mobile Pflege- und Betreuungsdienste, betreutes Wohnen, 24h-Betreuung, Pflegeheime in angrenzenden Bundesländern, Krankenhäuser oder Zukauf von Diensten am Markt. Nachdem nicht alle BewohnerInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden pflegende Angehörige ebenfalls einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand übernehmen müssen und/oder es würde eine Verwahrlosung beziehungsweise ein früherer Tod bei den BewohnerInnen eintreten.

Die Studie zeigt welche vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark erfüllen. Sie identifiziert darüber hinaus vor allem Wirkungen für unterschiedliche Gruppen, die mit den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Kontakt stehen, sogenannten Stakeholdern. Als Stakeholder wurden folgende Gruppen identifiziert: BewohnerInnen, Angehörige, MitarbeiterInnen, Ehrenamtliche, Krankenhäuser, Bund, die Bundesländer Niederösterreich und Steiermark, andere Bundesländer, Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice, LieferantInnen, niedergelassene ÄrztInnen, EigentümerInnen, Einsatzorganisationen, PraktikantInnen, VermieterInnen, SachwalterInnen und die allgemeine Bevölkerung.

Im Verlauf der Studie zeigte sich relativ rasch, dass aufgrund der Datenlage bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie einer zufriedenstellenden Datenlage im Sekundärmaterialbereich vielfach eine sinnvolle Quantifizierung und Monetisierung der Wirkungen möglich ist.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2013 **monetarisierter Wirkungen in der Höhe von rund 1.190 Mio. Euro für Niederösterreich und 1.354 Mio. Euro für die Steiermark**. Demgegenüber stehen **Investitionen von rund 406 Mio. Euro für Niederösterreich und 459 Mio. Euro für die Steiermark**. Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2013 zur Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 2,93 für Niederösterreich. Der SROI-Wert für die Steiermark beträgt 2,95 Euro**. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 2,93 Euro für Niederösterreich und 2,95 Euro für die Steiermark schafft. Die Investitionen kommen somit als positive gesamtgesellschaftliche Wirkungen rund dreifach wieder zurück.

Die bedeutendsten positiven Wirkungen entstehen für die **BewohnerInnen**, gefolgt von den **Krankenhäusern**. **Beide Stakeholder vereinen gemeinsam um die 50% der Gesamtwirkungen auf sich.**

Zusammenfassend wird deutlich, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in beiden Bundesländern sehr wirkungsvoll sind. Die monetarisierten Wirkungen der Organisationen, bezogen auf das Jahr 2013, waren für Niederösterreich und für die Steiermark rund 2,9 Mal so hoch wie die getätigten finanziellen Investitionen.

Nachstehende Tabellen Tabelle 0-1 und Tabelle 0-2, stellen eine Gesamtbetrachtung der Investitionen und Profite (monetarisierter Wirkungen) der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark für das Jahr 2013 dar:

Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Gesamtbetrachtung Niederösterreich

Stakeholder	Investitionen in APH	Wirkungen und Profite von APH	Anteil am Profit
BewohnerInnen	Kostenbeiträge € 196.789.352	z.B. keine Gefahr der Verwahrlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre € 336.100.966	28,2%
Krankenhäuser	Vermittlung an APH -	z.B. weniger Procuratio-Fälle, geringerer Verwaltungsaufwand € 323.637.247	27,2%
MitarbeiterInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen -	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun) € 100.644.842	8,5%
Allgemeine Bevölkerung	Sonstige Einnahmen, Spenden € 15.266.505	Sicherheitsgefühl € 100.152.340	8,4%
Angehörige	-	z.B. verbesserte Beziehung zu Angehörigen, weniger psychische und physische Belastungen € 83.574.128	7,0%

AMS	-	-	Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 59.201.970	5,0%
SV	Inkontinenzprodukte und Medikamente	€ 10.884.975	zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	€ 55.461.330	4,7%
Bund	Förderungen	€ 7.903.689	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 40.823.629	3,4%
LieferantInnen	Produkte / Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 38.967.092	3,3%
VermieterInnen	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 30.863.502	2,6%
Land Niederösterreich	Förderungen	€ 173.741.443	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 6.028.532	0,5%
Ehrenamtliche	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. positives Gefühl, Wertschätzung	€ 5.248.516	0,4%
PraktikantInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 4.865.663	0,4%
Einsatzorganisationen	-	-	geringeres Einsatzaufkommen	€ 3.641.105	0,3%
SachwalterInnen	organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 678.549	0,1%
ÄrztInnen	-	-	weniger Hausbesuche	€ 438.434	0,0%
andere Bundesländer	Einnahmen von anderen Sozialhilfeträgern	€ 787.453	-	-	0,0%
EigentümerInnen	-	-	finanzieller Verlust; Auflösung von Rücklagen	-€ 89.753	-
SROI		€ 406.143.623		€ 1.190.238.091	2,93

Tabelle 0-2: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Gesamtbetrachtung Steiermark

Stakeholder	Investitionen in APH		Wirkungen und Profite von APH		Anteil am Profit
BewohnerInnen	Kostenbeiträge	€ 222.534.871	z.B. keine Gefahr der Verwahrlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre	€ 475.302.303	35,1%
Krankenhäuser	Vermittlung an APH	-	z.B. weniger Procuratio-Fälle, geringerer Verwaltungsaufwand	€ 252.914.605	18,7%
MitarbeiterInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	€ 155.302.692	11,5%
Angehörige	Einnahmen von Unterhaltsverpflichteten, Erben und Drittverpflichteten	€ 19.656.384	z.B. verbesserte Beziehung zu Angehörigen, weniger psychische und physische Belastung	€ 115.225.886	8,5%
AMS	-	-	Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 74.378.913	5,5%
Allgemeine Bevölkerung	Sonstige Einnahmen, Spenden	€ 389.401	Sicherheitsgefühl	€ 73.042.234	5,4%
SV	Inkontinenzprodukte und Medikamente	€ 21.566.255	zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparung im Gesundheitsbereich	€ 66.912.495	4,9%
LieferantInnen	Produkte / Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 47.888.113	3,5%
Bund	Förderungen	€ 4.384.141	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 46.483.176	3,4%
VermieterInnen	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 25.109.492	1,9%
Land Steiermark	Förderungen	€ 184.325.723	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24-Stunden-Pflegeförderung	€ 6.806.454	0,5%

PraktikantInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 5.494.587	0,4%
Einsatzorganisationen	-		geringeres Einsatzaufkommen	€ 5.192.305	0,4%
EigentümerInnen	-		finanzieller Verlust; Auflösung von Rücklagen	€ 2.100.150	0,2%
SachwalterInnen	organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 940.996	0,1%
ÄrztInnen	-	-	weniger Hausbesuche	€ 625.218	0,0%
andere Bundesländer	Einnahmen anderer Sozialhilfeträger	€ 5.715.568	-	-	0,0%
SROI		€ 458.572.343		€ 1.353.719.617	2,95

1 EINLEITUNG

1.1 AUSGANGSSITUATION

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs den Auftrag die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark zu analysieren. Konkret ist dabei Herr Dr. Hartinger von den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz als Projektinitiator und Förderorganisator an das NPO & SE Kompetenzzentrum der WU mit der Bitte herangetreten, ein Angebot für eine SROI-Analyse der Alten- und Pflegeheime in den einzelnen österreichischen Bundesländern zu legen und hat gemeinsam mit dem NPO & SE Kompetenzzentrum, das Projekt koordiniert. Dabei soll der soziale Mehrwert für die Gesellschaft sichtbar gemacht werden, der durch die Alten- und Pflegeheime in den beiden Bundesländern generiert werden konnte.

Um die Wirkung der angebotenen Dienstleistungen in der gewünschten Breite messen und analysieren sowie darstellen zu können, wurde entschieden eine Social Return on Investment (SROI) Analyse durchzuführen. Die Analyse wurde für das Jahr 2013 erstellt und hat den sogenannten SROI-Wert als Spitzenkennzahl für jedes der beiden Bundesländer zum Ergebnis. Diese Kennzahl basiert auf einer durchwegs komplexen Erhebung und Analyse der Wirkungen bei den einzelnen Stakeholdern, des analysierten Projekts, Programms bzw. der Organisation.

In der Betriebswirtschaft ist die Berechnung von ökonomischen Kennzahlen zur Bestimmung von Werten ein gängiges Vorgehen. Um auch das gesamte Tätigkeitsfeld sowie die erzeugten sozialen Effekte nicht-gewinnorientierter Organisationen abbilden zu können, wurden Modelle entwickelt, die neben betriebswirtschaftlichen auch soziale Faktoren berücksichtigen. In den vergangenen Jahren kam hierfür zunehmend die SROI-Analyse zum Einsatz, die versucht, den sozialen Nutzen von Investitionen in Organisationen und Projekten recht umfangreich greifbar zu machen und weitgehend zu monetarisieren. Der soziale Ertrag des Projekts bzw. die sozialen Profite für die Stakeholder können mittels dieser Analyse somit aggregiert den finanziellen Investitionen gegenübergestellt werden. Diese wiederum können damit vergleichsweise umfangreicher und besser beurteilt werden.

Bei der Erstellung des vorliegenden Berichts wurde höchster Wert darauf gelegt, gründlich und umfangreich zu recherchieren und die über das Internet und die wissenschaftliche Literatur zur Verfügung stehenden Informationen möglichst akkurat zu berücksichtigen. Aufgrund der Komplexität des Feldes und der damit verbundenen Wirkungen besteht jedoch immer die Möglichkeit Relevantes nicht beachtet zu haben. Falls somit den geschätzten LeserInnen relevante, nichtberücksichtigte Analysen, Studien oder Daten bekannt sind, würden sich die AutorInnen über eine Übermittlung derselben oder Hinweise darauf freuen. Solcherart können zukünftige Analysen verfeinert werden.

1.2 STATIONÄRE PFLEGE- UND BETREUUNGSEINRICHTUNGEN

Die Sozialstruktur hat sich hinsichtlich des Alters bereits in den letzten Jahren stark verändert und die demographischen Prognosen zeigen deutlich, dass es zukünftig einen weiteren Anstieg der alten und hochaltrigen Menschen geben wird. Gleichzeitig wird mit der Alterung der Gesellschaftsmitglieder und dem stetig wachsenden Anteil an Alten bzw. älteren Personen, die Bedeutung dieser Altersgruppe für das gesamtgesellschaftliche Gefüge zunehmend wichtiger. Die zunehmende Alterung der Gesellschaft geht auch mit einem

Anstieg an pflegebedürftigen Menschen einher. Die zunehmende Zahl an pflegebedürftigen Menschen lässt sich auf den demografischen Wandel bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung zurückführen. Damit verbunden kommt es zu einem drastischen Anstieg der Nachfrage an Pflegebereitstellung.

Die Frage der Altenbetreuung und -pflege stellt somit ein zentrales Element der Gesellschaftspolitik, das mit vielen anderen Feldern eng zusammenhängt, dar. Dazu zählt unter anderem die Arbeitsmarktpartizipation von Angehörigen der Pflegebedürftigen. Derzeit werden in Österreich immer noch rund 80 Prozent der Pflege- und Betreuungsleistungen zuhause (Weicht 2013), unter anderem von nahen Angehörigen, erbracht, wobei davon wiederum rund 68 Prozent der Pflegeleistungen von Frauen getätigt werden (Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013). Es wird auch deutlich, dass derzeit die Prämisse „mobil vor stationär“ vorherrscht. Allerdings erfüllen Alten- und Pflegeheime eine wesentliche und nicht ersetzbare Funktion in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Kann die Versorgung zuhause auf Grund eines mangelnden sozialen Netzwerkes oder mangelnder bedarfsgerechter Ausstattung in der bestehenden Wohnform nicht mehr gewährleistet werden, ist der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim oft unabdingbar, wo die notwendigen Pflege- und Unterstützungsleistungen gewährleistet werden.

Die Lebensqualität des Pflegebedürftigen hängt ab dem Eintritt in ein Alten- und Pflegeheim stark von den Rahmenbedingungen (Ausstattung, BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, etc.), in der jeweiligen Einrichtung ab (Horner 2011). Entsprechend bedeutend ist eine Analyse der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen um letztlich die gesamtgesellschaftliche Rolle der Alten- und Pflegeheime sichtbar zu machen.

In der vorliegenden Studie, die vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs in Auftrag gegeben wurde, werden die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen für die beiden Bundesländer, Niederösterreich und Steiermark, analysiert. Der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, Lebenswelt Heim, ist als Verein organisiert, dessen Mitglieder die Landesverbände sind. Alle Bundesländer mit Ausnahme der Steiermark sind mit einem Verband bzw. Verein vertreten. Die Steiermark ist mit zwei Vereinen (ARGE der Alten- und Pflegeheime der Steiermark; Landesverband Alten- und Pflegeheime Steiermark) Mitglied. Der Bundesverband vereint rund 600 LeiterInnen von Alten- und Pflegeheimen sowie ca. 30.000 MitarbeiterInnen (Lebenswelt Heim 2013).

Eine weitere bedeutende Entwicklung, die auch für die Alten- und Pflegeheime wesentliche Veränderungen bzw. Entwicklungen mit sich bringt, ist die deutliche Zunahme an BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen. Die Entwicklung diesbezüglich ist, laut dem aktuellen Österreichischen Demenzbericht, eindeutig: in den kommenden Jahren muss sich die österreichische Gesellschaft auf immer mehr Menschen mit Demenz einstellen, welche auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. Außerdem geht im Zuge dessen hervor, dass der größte Teil der betroffenen demenzkranken Personen älter als 80 Jahre und weiblich ist (Höfler et al. 2014).

Es wird zudem prognostiziert, dass die Betreuung der Pflegebedürftigen durch Angehörige in den kommenden Jahren deutlich abnehmen wird, was im Wesentlichen mit gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängt: Die Generation, die sich als pflegende Angehörige versteht, wird auf Grund demographischer Entwicklungen in Relation zu den pflegebedürftigen, meist älteren, Personen zahlenmäßig stark unterlegen sein. Außerdem hat die Anzahl der Kinder pro Familie, im Vergleich zu vergangenen Generationen, stark abgenommen. Zudem wird sich die Erwerbsquote der Frauen weiterhin erhöhen, was die Vereinbarkeit von möglicher informeller Pflege- und Erwerbsarbeit deutlich erschwert. Auch die steigende Mobilität trägt dazu bei, dass Kinder und Eltern bzw. andere Familienmitglieder häufig nicht mehr am selben

Ort leben, was die Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen deutlich erschwert bzw. ab einer bestimmten Pflegestufe unmöglich macht (Höfler et al. 2014).

Aktuell zeigt sich die Pflegelandschaft in Österreich sehr vielfältig. Je nach Pflegebedarf gibt es unterschiedliche Dienstleistungen und Wohnformen. Zu den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zählt einerseits die Langzeitpflege, für Menschen die über eine nicht zeitlich beschränkte Dauer hindurch intensive Pflege und Betreuung benötigen. Andererseits werden auch zeitlich beschränkte Aufenthalte angeboten, wie die Kurzzeitpflege, die zur Entlastung der pflegenden Angehörigen dient oder zur Überbrückung wenn diese/r durch Krankheit verhindert ist. Einige Personen nutzen die Kurzzeitpflege auch als „Schnupperaufenthalt“ um sich mit dem Heimalltag vertraut zu machen. Die Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflege beträgt eine bis maximal sechs Wochen und kann nur einmal im Jahr in Anspruch genommen werden. Als weitere zeitlich beschränkte Beschäftigungsform existiert die Übergangspflege, die als Betreuungsziel die Rehabilitation hat. Dieses Angebot soll die Genesung nach einer Operation oder schweren Krankheit fördern, um anschließend wieder selbstständig zu Hause leben zu können. Zusätzlich wird in vielen Alten- und Pflegeheimen auch eine sogenannte teilstationäre Tagesbetreuung, für hilfsbedürftige Menschen, die noch zu Hause leben, angeboten. Die Nacht verbringen die Tagesgäste zu Hause. Durch dieses Angebot werden pflegende Angehörige deutlich entlastet. Die unterschiedlichen Angebote der österreichischen Alten- und Pflegeheime bieten, in Kombination mit den teilstationären und mobilen Diensten der Pflege- und Betreuung, für die Betroffenen die Möglichkeit, eine passende Unterstützung für die jeweilige Situation zu finden.

In **Niederösterreich** lebten im Jahr **2013 12.016 Personen** in den niederösterreichischen Alten- und Pflegeheimen. Jedoch wurden aus der Analyse rund 500 Personen (474 VZÄ) mit psychosozialen Betreuungsschwerpunkt exkludiert. Werden die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage auf VZÄ umgelegt, ergeben sich rund **8.535 durchgängig belegte Plätze** exklusive der psychosozialen Fälle. In diesem Bundesland ist der Großteil der BewohnerInnen weiblich (76%) und knapp die Hälfte, rund 47%, der BewohnerInnen ist 85 Jahre alt und älter.

In der **Steiermark** wurden im Jahr **2013 13.273 Personen** in Alten- und Pflegeheimen betreut und gepflegt. Werden die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage von 4.344.220 auf VZÄ umgelegt, ergeben sich rund **11.902 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013. Dabei ist der Großteil, rund 71%, der BewohnerInnen weiblich und knapp die Hälfte der BewohnerInnen (49%) ist 85 Jahre alt bzw. älter.

1.3 ZIEL DER STUDIE

Ziel der hier skizzierten Studie ist die Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen des Bereichs der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Hierbei wird eine monetäre Bewertung der Wirkungen vorgenommen. Die monetarisierten Wirkungen werden im Sinne einer **Social Return on Investment Analyse** (SROI-Analyse) den Investitionen im Bereich der stationäre Pflege- und Betreuung gegenübergestellt. Als Analysezeitraum wird das Jahr 2013 herangezogen.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: „Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfalten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark bei den relevanten Stakeholdergruppen?“

Die **Forschungsfrage 2** lautet: „Lassen sich die im Rahmen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erzielten Wirkungen sinnvoll und valide messen und monetarisieren?“

Die **Forschungsfrage 3** lautet: „Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierten Euro?“

Wirkungen, die nicht sinnvoll monetarisiert werden können, werden als zusätzliche Effekte angeführt. Hierbei kommt es zu einer Unterschätzung der mit monetären Werten ausgedrückten Wirkungen. Aufgrund der bereits bestehenden Kenntnisse zum Themengebiet und der Situation von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf war bereits zu Studienbeginn absehbar, dass ein überwiegender Teil der Wirkungen monetarisiert werden kann, was sich im Laufe der Studie bestätigte.

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass der Bereich der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, ceteris paribus, nicht existiert. Die BewohnerInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Diese wären: alleine wohnen und zurechtkommen, bei Angehörigen wohnen, Betreuungsleistungen privat zukaufen, andere stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Anspruch nehmen, einen betreuten Wohnplatz bekommen, 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim in einem angrenzenden Bundesland unterkommen. All jene BewohnerInnen für die keine der oben genannten Alternativen in Frage kommen, würden in Folge verwahrlosen beziehungsweise früher versterben.

1.4 AUFBAU DES BERICHTS

Die Einleitung im Kapitel 1 beinhaltet die Ausgangssituation, die Beschreibung der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark, sowie die Ziele der vorliegenden Studie. Kapitel 2 beschreibt das methodische Vorgehen und erklärt die Social Return on Investment (SROI) Analyse. Kapitel 3 stellt den Umfang der Analyse, die Datenerhebung und die berücksichtigten Stakeholder vor. Die Berechnungen werden bundesländerspezifisch in eigenen Kapiteln dargestellt. Kapitel 4 beinhaltet die Berechnungen für Niederösterreich und Kapitel 5 für die Steiermark. Diese Kapitel bilden das Herzstück der Analyse und beinhalten die Analyse der Erträge und Aufwendungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie die Berechnungen der Wirkungen pro Stakeholder, wie sie für eine SROI-Analyse benötigt werden. Pro Stakeholder werden jeweils die Ziele bzw. der Nutzen, die Wirkungsketten und die Berechnungen der monetarisierten Wirkungen (Profite) dargestellt. Am Ende werden schließlich der SROI-Wert und eine Szenarioberechnung für beide Bundesländer wiedergegeben und es ist eine bundesländerspezifische Zusammenfassung zu finden. Das Resümee der gesamten Studie wird schließlich in Kapitel 6 gezogen. Quellenverzeichnis sowie Anhang komplettieren die Studie.

2 METHODISCHES VORGEHEN

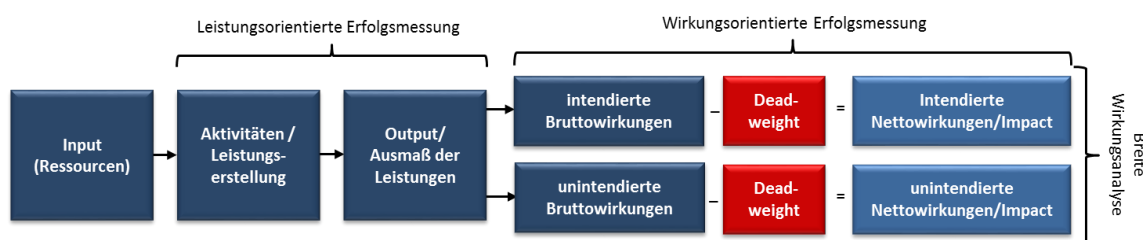
2.1 WIRKUNGSANALYSE

Wirkungen, Wirkungsanalyse, Wirkungsmessung und Social Impact sind in aller Munde. Wie Schober/Rauscher (2014a) aufzeigen wird das Thema Wirkungen und Wirkungsanalyse in der Evaluationsforschung, im Bereich des Rechnungswesens, der Umwelt- und Sozialverträglichkeitsprüfung, der NPO-Forschung, im Zusammenhang mit sozialem Unternehmertum und hinsichtlich des Themas Corporate Social Responsibility (CSR) bzw. Ethik bei Unternehmen diskutiert.

Nun gibt es allerdings eine Reihe von Analysemethoden, die den Anspruch erheben Wirkungen zu identifizieren und/oder zu messen und/oder zu bewerten. Die Methoden kommen zum Teil aus völlig unterschiedlichen Traditionen bzw. Themenbereichen und haben daher auch verschiedene inhaltliche wie konzeptionelle Schwerpunkte. Einen Überblick über ausgewählte Methoden geben Schober/Rauscher (2014:38-42).

Vielen Methoden und auch der hier angewandten SROI-Analyse liegt das Denken in Wirkungsketten zugrunde. Eine solche Wirkungskette ist nachfolgend in Abbildung 2-1 dargestellt.

Abbildung 2-1: Wirkungskette



Quelle: Schober/Rauscher 2014: 9

Zur Missionserreichung werden mittels der in die Organisation investierten Ressourcen (**Input**) regelmäßig Aktivitäten gesetzt werden, die **Leistungen** unterschiedlichster Art erstellen. Hieraus lässt sich schon der Unterschied zwischen Leistungen und Wirkungen herauslesen. Leistungen werden in der Regel nicht als Selbstzweck erstellt, sondern dienen dazu, die in der Mission definierten Wirkungen zu erreichen. Wirkungen entfalten sich somit aus der Leistungserstellung. Leistungen sind den Wirkungen vorgelagert. Der **Output** stellt das Ausmaß der erbrachten Leistungen dar. Ist die Leistung eine Beratung von pflegenden Angehörigen, ist der Output die Anzahl der Beratungsstunden.

Wirkungen bezeichnen im Gegensatz dazu jene positiven und/oder negativen Veränderungen, die an Begünstigten bzw. Betroffenen nach erbrachter Aktivität bzw. konsumierter Leistung (z.B. Menschen, Gruppen, Gesellschaft) oder in der Umwelt festzustellen sind. Stehen die Wirkungen im Fokus, wird es nochmals komplexer. Wirkungen können intendiert oder nicht-intendiert sein. Sind sie intendiert, also für den angestrebten Erfolg wesentlich, handelt es sich um geplantes zielorientiertes Handeln. Sind sie nicht-intendiert, können sie dennoch bedeutsam sein und einen positiven oder auch negativen Einfluss auf die Gesamtwirkung der gesetzten Aktivitäten bzw. erbrachten Leistungen haben. Dies ist von zentraler Relevanz hinsichtlich der Art und Breite einer allfälligen Wirkungsanalyse. Wird nur auf intendierte Wirkungen fokussiert, handelt es sich um einen zielbasierten Ansatz. Dieser hat zwangsläufig einen engeren Fokus und kann lediglich Aussagen über einzelne Wirkungsdimensionen machen. Zudem werden (Wirkungs-)Ziele

meist entlang von wünschenswerten Kategorien etabliert und negative Wirkungen bewusst oder unbewusst außer Acht gelassen.

Als **Deadweight** werden jene Wirkungen bezeichnet, die ohnehin eingetreten wären, auch ohne die konkreten Aktivitäten. In der Evaluationsliteratur wird in diesem Zusammenhang auch vom Programmeffekt (Rossi et al. 2004: 207) oder kontrafaktischer Evaluation gesprochen. Diese Wirkungen müssen konsequenterweise von den Bruttowirkungen abgezogen werden, um schließlich jene Wirkungen zu erhalten, die ausschließlich durch die Organisation bzw. das Projekt generiert werden.

Nur wenn unintendierte und auch negative Wirkungen sowie der Deadweight in die Analyse inkludiert werden, kann von einer umfangreichen Beurteilung im Sinne einer Gesamtwirkungsbetrachtung ausgegangen werden. Eine breite Wirkungsanalyse umfasst daher immer die Betrachtung der intendierten und der unintendierten Wirkungen. Die SROI-Analyse ist eine solch breite Form der Wirkungsanalyse.

Die skizzierte Wirkungskette wird für jeden Stakeholder des analysierten Projekts, Programms oder der Organisation aufgestellt. Diese logische Kette zeigt auf was ein Stakeholder investiert (Input), welche Aktivitäten mit den Ressourcen gesetzt werden, welcher Output damit produziert wird und welche Wirkungen (Brutto und Netto) hierdurch letztlich für den Stakeholder zustande kommen. Die Summe der identifizierten Wirkungsketten der Stakeholder stellt das Wirkungsmodell der analysierten Organisation bzw. des Projekts dar.

Wirkungen entfalten sich als Folgen von Handlungen oder Leistungen in vielfältiger Hinsicht. Sie sind in der Regel nicht eindimensional. So hat die Heilung der Krankheit einer bestimmten Person nicht nur Folgen für die körperliche Gesundheit der betroffenen Person sondern auch ökonomische und soziale Folgen. Es werden mehr oder weniger Folgekosten im Gesundheitssystem anfallen und die sozialen Kontakte der geheilten Person werden zunehmen.

Wirkungen können somit in unterschiedlichen inhaltlichen Dimensionen zum Tragen kommen. Auf aggregierter Ebene können dies folgende sechs Dimensionen sein (Rauscher et al. 2015:48):

- kulturell
- politisch
- sozial
- ökonomisch
- ökologisch
- psychisch und physiologisch

Die identifizierten Wirkungen von NPOs oder auch anderen Organisationen, Unternehmen oder Individuen, können also in einer oder mehrerer dieser inhaltlichen Dimensionen verortet werden. Zusätzlich spielt auch die zeitliche und strukturelle Dimension eine Rolle.

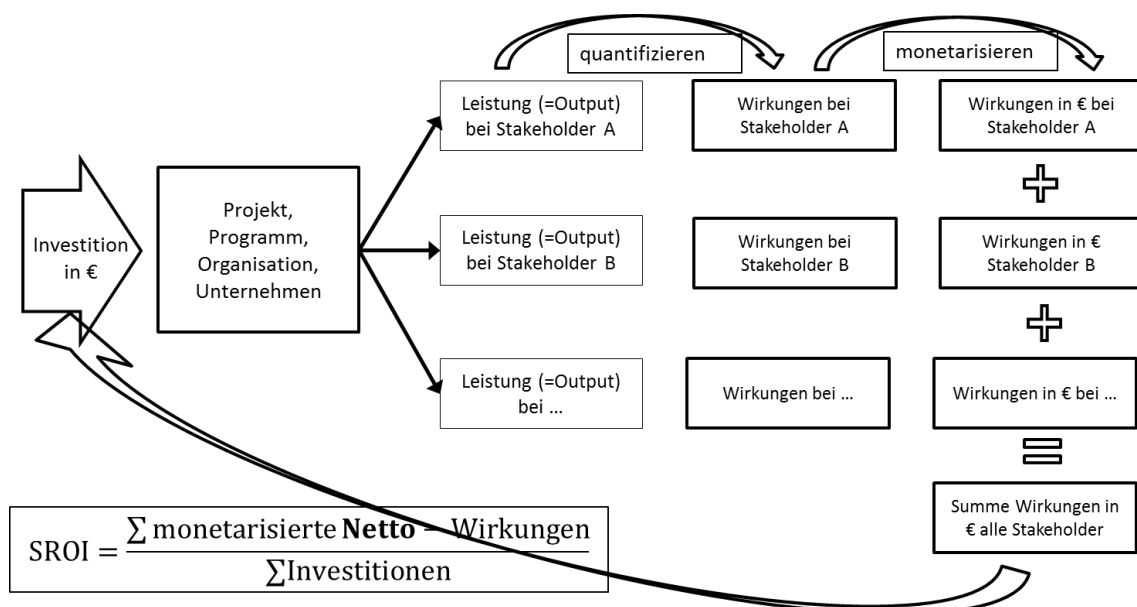
Gesellschaftliche Relevanz entfalten die Wirkungen, wenn sie, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, entweder viele Individuen betreffen und daher Kraft ihrer Breite relevant werden oder kollektive Bedürfnisse befriedigen. Um gesellschaftliche Kernwirkungen wird es sich wiederum handeln, wenn sie direkt auf breit akzeptierte Werte oder allgemein anerkannte Normen positiv einwirken (Schober/Rauscher 2014).

2.2 SOCIAL RETURN ON INVESTMENT – ANALYSE

Die SROI-Analyse ist aktuell die am weitesten verbreitete Form eine umfassende Wirkungsanalyse durchzuführen.

Im Rahmen einer SROI-Analyse wird das Wirkungsmodell, also die Summe der identifizierten Wirkungsketten mit Kausalzusammenhängen, für ein bestimmtes Projekt, ein Programm oder eine Organisation erstellt. Im konkreten Fall handelt es sich um die Alten- und Pflegeheime in den Bundesländern Niederösterreich und Steiermark. Die identifizierten Wirkungen in den einzelnen Wirkungsketten werden quantifiziert und, wo möglich, monetarisiert. Die SROI-Analyse verfolgt im Kern den Ansatz, nach Möglichkeit, in Geldeinheiten dargestellte Wirkungen dem dort investierten Kapital gegenüberzustellen. Das Ergebnis wird in Form einer hochaggregierten Kennzahl, dem SROI-Wert, dargestellt. Hierbei wird stark auf die Stakeholder fokussiert, die eine konkrete Leistung erhalten, die wiederum Wirkungen auslöst. Folgende Abbildung gibt diesen grundlegenden Zusammenhang wieder.

Abbildung 2-2: SROI-Analyse im Überblick



Quelle: Schober/Then 2015: 8; Schober/Rauscher 2014: 36

Konkret fließt in eine bestimmte analysierte Organisation, hier die Alten- und Pflegeheime, eine bestimmte Summe Geld. Mit diesen Investitionen werden Leistungen für unterschiedliche Stakeholder erbracht, beispielsweise die BewohnerInnen oder deren Angehörige. Die erbrachten Leistungen sind aber nicht Selbstzweck sondern bewirken etwas. Beispielsweise sind die betreuten BewohnerInnen gesundheitlich besseren Zustands und haben mehr soziale Kontakte. Die Wirkungen müssen im Rahmen der SROI-Analyse zunächst identifiziert und anschließend quantifiziert werden. Es ist also darauf zu achten, wie viele KlientInnen tatsächlich eine bessere Gesundheit haben.

Die quantifiziert vorliegenden Wirkungen werden in einer SROI-Analyse dann unter Verwendung verschiedenster Methoden in Geldeinheiten bewertet. Einen Überblick über gängige Verfahren gibt Schober (2015). Das Modell versucht somit explizit auch nicht-pekuniäre Effekte, wie die verbesserte Lebenssituation durch geringere soziale Ausgrenzung der BewohnerInnen sowie das höhere psychische Wohlbefinden mit einzubeziehen.

Grundsätzlich ist bei Identifikation, Quantifizierung und Monetarisierung der Wirkungen immer darauf zu achten, ob im Falle der Nicht-existenz der beobachteten Intervention nicht alternative Möglichkeiten existiert hätten, die gleiche oder ähnliche Leistungen und Wirkungen hervorgerufen hätten. Hätten also, gäbe es die Alten- und Pflegeheime nicht, tatsächlich alle BewohnerInnen keine der identifizierten Wirkungen? Vermutlich hätten einige BewohnerInnen alternative Angebote in Anspruch nehmen können. Diesen Personen sind dann die Leistungen und Wirkungen nicht zuzuschreiben. Damit wird im Rahmen der SROI-Analyse auf die Nettowirkungen bzw. den Impact fokussiert, wie in Kapitel 2.1 beschrieben.

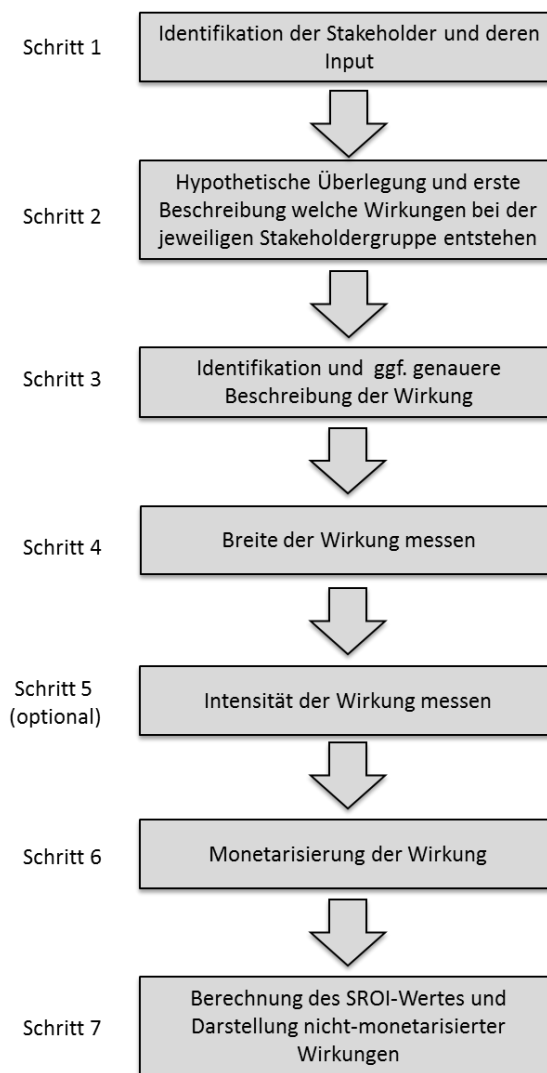
Sind am Ende der Analyse die Nettowirkungen der Stakeholder erhoben und monetarisiert worden, werden sie addiert und den investierten, meist finanziellen, Ressourcen gegenübergestellt. Daraus ergibt sich der SROI-Wert, der als Kennzahl die soziale Rendite bzw. den Profit oder eben gesellschaftlichen Mehrwert angibt.

Die Herangehensweise der SROI-Analyse ähnelt herkömmlichen Kosten-Nutzen-Analysen, die in manchen Ausprägungen ebenfalls Nutzen in Geldeinheiten darstellen (cost-benefit-Analysen). Die SROI-Analyse ist hierbei allerdings wesentlich breiter und berücksichtigt explizit gesellschaftliche Wirkungen von einer Reihe von Stakeholdern, wohingegen die CBA primär einzelne Wirkungsdimensionen und Stakeholder im Fokus hat. Meist ist es der Staat und dessen Einsparungen bzw. Mehrausgaben.

Zusammengefasst steht am Ende der Analyse ein monetärer Wert, der angibt, welche monetären und monetär bewerteten Rückflüsse sich aus einem in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierten Euro ergeben.

Die hier vorgeschlagene Analyse orientiert sich am nachfolgenden, von Then/Schober (2015: 221) vorgeschlagenen, Vorgehen. Der Fokus dieses Modells liegt bei den Stakeholdern und den für sie durch das Projekt generierten Wirkungen. Dies bringt Folgendes mit sich:

Abbildung 2-3: Grundlegende Schritte der SROI-Analyse



Quelle: Then/Schober 2015:221

Es handelt sich somit um einen stark stakeholderfokussierten Ansatz. Zunächst werden die relevanten Stakeholder des betrachteten Projekts, der Organisation oder Unternehmens, hier der Alten- und Pflegeheime, identifiziert (siehe Kapitel 3.2) und deren Input eruiert. Anschließend wird hypothetisch und anhand von Vorwissen und vorhandener Literatur überlegt, welche positiven und negativen gesellschaftlichen Wirkungen bei den Stakeholdern eintreten könnten. In qualitativen Erhebungen, häufig mittels Leitfadeninterviews durchgeführt, wird erhoben ob die vermuteten Wirkungen tatsächlich eintreten und welche weiteren Wirkungen allenfalls noch zusätzlich existieren. In weiteren Schritten werden die Wirkungen quantifiziert und monetarisiert. Zur Messung und Monetarisierung der Wirkungen werden diesen aussagekräftige Indikatoren zugeordnet und mit Daten belegt. In diesem Schritt werden verbal beschriebene Wirkungen in verschiedene Indikatoren „übersetzt“. Häufig wird mit sogenannten „Proxy-Indikatoren bzw. Proxys“ gearbeitet, die in einer Annäherung, die Wirkungen zu quantifizieren bzw. monetär zu bewerten versuchen. Bei Proxys handelt es sich um Hilfskonstruktionen, die nicht direkt mess- und/oder monetarisierbare Größen möglichst akkurat abbilden.

Die hier angewendete Art der Monetarisierung ist beim jeweiligen Stakeholder im entsprechenden Subkapitel beschrieben. Für die Berechnung der Gesamtwerte ist weiters die BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen relevant, damit eine

realistische Quantifizierung gegeben ist. Auf die Berechnung der BewohnerInnenverteilung und deren Ergebnis wird für Niederösterreich im Kapitel 4.2 und für die Steiermark im Kapitel 5.2. eingegangen.

Zum Schluss der SROI-Analyse werden die monetarisierten Wirkungen aggregiert und dem Input gegenübergestellt, um den SROI-Wert darzustellen. Nicht-monetarisierte Wirkungen werden extra angeführt. Die Berechnung des SROI-Werts der niederösterreichischen Alten- und Pflegeheime befindet sich in Subkapitel 4.20 und für die Steiermark in Subkapitel 5.19.

Eine SROI-Analyse kann zukunftsorientiert, im Sinne einer Prognose, oder vergangenheitsorientiert, im Sinne einer Evaluation, durchgeführt werden. Da der Beobachtungszeitraum gemeinsam mit dem Auftraggeber auf das Jahr 2013 festgelegt wurde, wurde eine ex-post Analyse durchgeführt. Was die Datensammlung für die monetäre Bewertung und Berechnung des SROI-Werts betrifft, wurden, soweit vorhanden, Daten aus diesem Zeitraum (2013) recherchiert und erhoben. Die Entscheidung für das Jahr 2013 wurde aus Gründen der Aktualität und Verfügbarkeit der Daten gewählt. Der eruierte Gesamtprofit (monetarisierte Wirkungen) der Stakeholder bezieht sich nur auf dieses Jahr. Werden entfaltete Wirkungen mehreren Stakeholder zuteil, wie dies z.B. bei verbesserten sozialen Kontakten mit Angehörigen der Fall ist, werden die Wirkungen (Outcome) nur einem Stakeholder zugerechnet oder geteilt, um eine unzulässige Doppelzählung zu vermeiden.

3 UMFANG DER ANALYSE

3.1 KONZEPTIONALISIERUNG

Die vorliegende SROI-Analyse bezieht sich ausschließlich auf die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Steiermark und in Niederösterreich. Wobei in dieser Studie die Bezeichnung „stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen“ synonym mit der Bezeichnung „Alten- und Pflegeheime“ (APH) verwendet wird. In Niederösterreich wurden all jene Pflegeheime die ihren Schwerpunkt auf psychosoziale Betreuung gelegt haben aus der Analyse exkludiert, da diese BewohnerInnen von anderen Wirkungen profitieren als die „typischen“ Alten- und PflegeheimbewohnerInnen.

Der Analysezeitraum umfasst das Jahr 2013, d.h. der eruierte Gesamtprofit der Stakeholder bezieht sich grundsätzlich nur auf dieses Jahr. Was die Datensammlung für die monetäre Bewertung und Berechnung des SROI-Werts betrifft, wurden, soweit vorhanden, Daten aus diesem Zeitraum (2013) recherchiert und erhoben.

Verfolgen zwei oder mehrere Stakeholder zumindest teilweise dieselben Ziele bzw. genießen dieselben Wirkungen, dürfen die Wirkungen nur einem Stakeholder zugerechnet werden, um eine Doppelzählung zu vermeiden.

Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse

Analysesubjekt	„stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark“
Projektträger	Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs
Dauer der Analyse	8 Monate
Berechnungszeitraum	1 Jahr (2013)

3.2 IDENTIFIZIERUNG DER STAKEHOLDER

Wie in Kapitel 2.2 skizziert ist die Sicht der Stakeholder bei der SROI-Analyse zentral, weshalb in einem ersten Schritt die für die Analyse wesentlichen Interessensgruppen identifiziert werden mussten. Gemeint sind damit all jene Gruppen, die besonders von den Leistungen und damit verbundenen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen profitieren. Die Ziele der Stakeholder bestimmen letztendlich die Erfolgskriterien für die SROI-Analyse.

Nach einer Sichtung des vorhandenen Sekundärmaterials zu den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark, wurden, gemeinsam mit dem Auftraggeber, die relevanten Stakeholder identifiziert. Im Laufe der Analyse wurden die konkret in die Analyse einzubeziehenden wesentlichen Stakeholder fixiert. Diese sind in nachfolgender Abbildung 3-1 angeführt.



Abbildung 3-1: Für die Analyse wesentliche Stakeholder

Die Gründe für die Inklusion der einzelnen Stakeholdergruppen sind in komprimierter Form in nachfolgender Tabelle dargestellt. In den Kapiteln 4 und 5 werden die einzelnen Stakeholder genauer beschrieben.

Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder

Stakeholder	Hauptgründe für Inklusion (Nutzen)
BewohnerInnen	Profitieren durch eine fachgerechte Pflege und Betreuung.
Angehörige	Profitieren durch die Abnahme der Pflege und/oder Betreuung, sowie Unterbringung ihrer Angehörigen.
Hauptamtliche MitarbeiterInnen	Profitieren durch eine feste Beschäftigung und ein fixes Einkommen und dem Wissen „etwas Gutes zu tun“.
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen	Profitieren vom Wissen „etwas Gutes zu tun“.
Krankenhäuser	Profitieren von einer Reduktion der Procuratio-Fälle.
Bund	Profitiert von zusätzlichen Steuer- und Abgabeneinnahmen.
Land Niederösterreich/Steiermark	Profitieren durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages.
Andere Bundesländer	Wurden nur auf der Input-Seite berücksichtigt.
Sozialversicherungsträger	Profitieren von zusätzlichen SV-Beiträgen.
AMS	Profitiert durch Einsparung von Arbeitslosengeld.
LieferantInnen	Profitieren von (zusätzlichen) Aufträgen.
ÄrztInnen	Profitieren von weniger Behandlungs- und Organisationsaufwand und weniger Hausbesuchen.
EigentümerInnen	Profitieren durch Gewinn bzw. haben Verlust zu tragen
Einsatzorganisationen	Profitieren von geringerem Einsatzaufkommen.
PraktikantInnen	Profitieren von Know-how Gewinn und der Zurverfügungstellung eines Praktikumsplatzes.
VermieterInnen und Immobilieninvestoren	Profitieren von Mieterlösen, einer möglichen Mietpreisanpassung und der Verhinderung der Verwahrlosung der Wohnung.
SachwalterInnen	Profitieren von geringerem Zeitaufwand.
Allgemeine Bevölkerung	Profitieren von Sicherheitsgefühl in Bezug auf die eigene Versorgung im Alter.

Der tatsächlich ermittelte Nutzen auf Basis der empirischen Erhebungen, Quantifizierungen und Monetarisierungen ist ausführlich in Kapitel 4 für Niederösterreich und Kapitel 5 für die Steiermark dargestellt.

Im Allgemeinen werden in einer SROI-Analyse auch Gruppen aus der Analyse exkludiert, wenn der Erhebungsaufwand aufgrund der Datenlage bzw. der Möglichkeit empirische Erhebungen durchzuführen im Verhältnis zum vermuteten Nutzen zu groß ist oder sich im Verlauf der Analyse herausstellt, dass kein nennenswerter Nutzen existiert.

Im vorliegenden Fall wurden lediglich einige wenige Stakeholder exkludiert, die zudem nur marginal mit den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu tun haben. Nachfolgende Tabelle 3-3 führt diese Gruppen und die Gründe für die Exklusion an. In Summe ist die vorliegende Analyse hinsichtlich der berücksichtigten Stakeholdergruppen und Wirkungen somit sehr umfangreich.

Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder

Exkludierte Stakeholder	Gründe für Exklusion
Psychosoziale Betreuungsstationen (NÖ)	Sind wirkungsmäßig nicht wie Alten- und Pflegeheimstationen zu behandeln.
Tageszentren	Überschreitet das Ausmaß der Analyse.
Betreutes Wohnen	Überschreitet das Ausmaß der Analyse.
Externe EssensbezieherInnen	Überschreitet das Ausmaß der Analyse. Nutzen spielt keine entscheidende Rolle in der Analyse.
Zivildienstler	Würden allesamt in einem Alternativszenario ebenfalls einen Zivildienstplatz bekommen und dort ähnliche Nutzen haben

In den **niederösterreichischen** Alten- und Pflegeheimen gibt es die Besonderheit, dass **psychosoziale Betreuungsstationen** in den Pflegeheimen als Einzelbereiche vorhanden sind. Diese wurden aus der Analyse ausgeschlossen, da es sich hierbei um keine „typischen“ Alten- und Pflegeheimstationen handelt, sondern vornehmlich Personen mit psychischen Erkrankungen, aber auch Menschen mit Behinderung, betreut werden. Für diese BewohnerInnen würden andere Wirkungen entstehen und wurden somit aus der Analyse ausgeschlossen. Diese Personen haben personell und finanziell einen bedeutenden Anteil an der Gesamtsituation der niederösterreichischen Alten- und Pflegeheime.

Für die **Tageszentren** und **Betreutes Wohnen** Einrichtungen ergeben sich Synergien mit den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, wenn diese direkt an ein Alten- und Pflegeheim angebunden sind. Dies kann für den Betrieb des Tageszentrums beziehungsweise der Betreutes Wohnen Einrichtung entscheidend sein, wie beispielsweise eine gemeinsame Essensversorgung, gemeinsame Energieversorgung, Bereitstellung von Fachpersonal, Abbau von Schwellenängsten, KundInnenbindung, Entlastung für pflegende Angehörige, die auch in dieser Phase schon eine gute Beziehung zur Einrichtung aufbauen können, was die künftige Angehörigenarbeit erheblich erleichtert, um nur einige zu nennen. Jedoch mussten diese beiden Stakeholdergruppen aus der Analyse exkludiert werden, da keine ausreichenden Daten zur Verfügung standen und sehr viele Annahmen getroffen hätten werden müssen.

Auch die **externen EssensbezieherInnen** profitieren von den Alten- und Pflegeheimen da sie günstiger Essen beziehen können. Jedoch musste auch diese Stakeholdergruppe exkludiert werden, da das Datenmaterial, welches zur Verfügung stand, nicht ausreichend war und das Ausmaß der Analyse überschreiten würde.

Zivildienstler wurden aus der Analyse exkludiert, da diese auch ohne Alten- und Pflegeheime ihren Zivildienst absolvieren würden und somit ein Deadweight von nahezu 100 Prozent abgezogen werden müsste.

Mobile Dienste, Betreutes Wohnen Einrichtungen, 24h-Betreuungsangebote und Privatanbieter von Pflege- und Betreuungsdiensten haben in erster Linie keine direkten Wirkungen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Jedoch sind diese Stakeholder für das Alternativszenario relevant. Im Alternativszenario wird angenommen, dass BewohnerInnen, die jetzt in den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen

untergebracht sind, bei Nichtexistenz dieser, in diesen Alternativen unterkommen würden. Die BewohnerInnenverteilung bei Inexistenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen wird in Kapitel 4.2. für Niederösterreich und Kapitel 5.2. für die Steiermark beschrieben.

3.3 DATENERHEBUNG

Nachfolgender Engagement-Plan gibt pro Stakeholdergruppe die jeweilige Methode zur Datengewinnung sowie die Anzahl der Befragten pro Interessensgruppe wieder. Aufgrund der Thematik wurden neben einer **Sekundärmaterialrecherche** vor allem **persönliche Interviews und Telefoninterviews** mit den VertreterInnen der Stakeholdergruppen geführt.

Insgesamt wurden 25 Leitfadeninterviews und Gespräche mit VertreterInnen der jeweiligen Stakeholdergruppe durchgeführt. 22 Interviews wurden persönlich, 3 telefonisch geführt. Die jeweilige Anzahl an Interviews pro Stakeholdergruppe ergab sich, einem qualitativen Forschungsparadigma folgend, aus der notwendigen Anzahl bis eine theoretische Sättigung mit Information eintrat (Flick 2002). Anders gesagt: Wenn ein zusätzliches Interview keine neuen relevanten Informationen brachte. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte nach typischen Fällen.

Die Interviews, sowie der Großteil der anderen Stakeholderinterviews, wurden aufgezeichnet, transkribiert, teilweise verkodiert, und daraus Wirkungen und Nutzen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen abgeleitet.

Eine weitere wichtige Datenquelle für die vorliegende Analyse war die Pflegedienstleistungsstatistik der Statistik Austria (2014c). Jedoch ist anzumerken, dass nicht alle vorhandenen Daten schlüssig waren. Es traten viele Ungereimtheiten auf, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass die Dateneingabe der einzelnen Alten- und Pflegeheimen nicht einheitlich erfolgt. Da die Pflegedienstleistungsstatistik erst seit 2011 durchgeführt wird, weist sie noch Kinderkrankheiten auf, die sich nach Aussage eines/einer ExpertIn zukünftig verringern werden. Eine Vergleichbarkeit der Daten zwischen dem Land Niederösterreich und dem Land Steiermark ist somit nicht immer möglich. Viele Daten wurden von den einzelnen Pflege- und Betreuungseinrichtungen optional eingegeben. So ist zum Beispiel die Anzahl der SelbstzahlerInnen und deren Kostenbeiträge in der Pflegedienstleistungsstatistik unterschätzt. In den steiermärkischen Daten hingegen, wurden die Zahlen der SelbstzahlerInnen bereits inkludiert, wohingegen diese eigentlich separat erfasst werden müssten. Auch die Daten zum Pflege- und Betreuungspersonal sind in den Kategorien Kurzzeit- und Übergangspflege häufig im Gesamtpersonal der Langzeitpflege inkludiert, da es hier bei den meisten Pflegeheimen keine separate Erfassung gibt.

Alle Ungereimtheiten wurden mit Hilfe von VertreterInnen der Länder abgestimmt und zusätzliche Daten erhoben. Von den steirischen Alten- und Pflegeheimen wurden zusätzlich zu den Daten der Pflegedienstleistungsstatistik umfassende Daten einer Vollerhebung der Alten- und Pflegeheime zur Verfügung gestellt. Diese enthielten neben Daten zu den BewohnerInnen, die Erträge und Aufwendungen der Organisationen. Von Seiten des Landes Niederösterreich wurden zusätzlich komplexe Auswertungen der BewohnerInnendaten als auch Ein- und Ausgaben vom Controlling der Abteilung GS7 für die niederösterreichischen Landespflegeheime zur Verfügung gestellt. Von den niederösterreichischen privaten Alten- und Pflegeheimen wurden ebenfalls die Bilanzen der einzelnen Einrichtungen herangezogen.

Zudem wurden **Geschäftsunterlagen und interne Dokumente** der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen herangezogen, sowie eine intensive **Recherche** durchgeführt. Diese umfasste Literatur- und Internetrecherche, spezifische telefonische und persönliche Gespräche sowie E-Mails zur Informationsgewinnung.

Tabelle 3-4: Engagement-Plan

Stakeholder	Methode zur Informationsgewinnung	Anzahl der Befragten pro Gruppe
BewohnerInnen	persönliche Interviews, Dokumentenanalyse, Recherche	9 BewohnerInnen
Angehörige	persönliche Interviews, Dokumentenanalyse	6 Angehörige
Hauptamtliche MitarbeiterInnen	persönliche Interviews Dokumentenanalyse, Recherche	6 MitarbeiterInnen
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen	Dokumentenanalyse	
Krankenhäuser	Dokumentenanalyse, Persönliches Interview	Schober et al. 2013
Bund	Dokumentenanalyse, Recherche	-
Land	Dokumentenanalyse, Recherche	-
SV	Dokumentenanalyse, Recherche	-
AMS	Dokumentenanalyse, Recherche	-
LieferantInnen	Telefoninterview, Dokumentenanalyse	1 LieferantIn
ÄrztInnen	persönliches Interview Dokumentenanalyse, Recherche	1 ÄrztIn
EigentümerInnen	Dokumentenanalyse	-
PraktikantInnen	Dokumentenanalyse	-
VermieterInnen und Liegenschafts-eigentümerInnen	Telefoninterview, Dokumentenanalyse, Recherche	1 VertreterIn von VermieterInnen
SachwalterInnen	Telefoninterview, Dokumentenanalyse, Recherche	Schober et al. 2013
Allgemeine Bevölkerung	Persönliches Interview, Dokumentenanalyse	Schober et al. 2013
Mobile Dienste	Telefoninterview, eigene Erhebungen, Recherche	1 VertreterIn von mobilen Diensten

4 NIEDERÖSTERREICH

4.1 ANALYSE DER EINNAHMEN UND AUSGABEN

Um den Social Return on Investment berechnen zu können, müssen alle aufgewendeten finanziellen Mittel, die getätigt wurden, um die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu betreiben, erhoben werden. Ebenso gilt es die Ausgaben, die direkt in Zusammenhang mit den Wirkungen stehen, zu identifizieren. Hierfür wurden die Daten zu den Einnahmen und Ausgaben von den Alten- und Pflegeheimen zur Verfügung gestellt.

Die für die Berechnung der Ausgaben erforderlichen Daten wurden in einem Excel-file direkt von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übermittelt. Da nicht alle Alten- und Pflegeheime die Daten zur Verfügung gestellt haben, wurden Hochrechnungen vorgenommen.

Insgesamt haben die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich im Jahr 2013 406.143.623 Euro an Einnahmen erzielt, sowie 426.199.423 Euro an Ausgaben getätigt. Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Datenlage und den durchgeführten Hochrechnungen.

Die nachfolgende Tabelle 4-1 zeigt die relevanten Unterkategorien bei den Einnahmen an. In Tabelle 4-2 werden die Gesamtaufwendungen aufgeschlüsselt.

Tabelle 4-1: Einnahmen

Art der Erträge	Höhe der Erträge	Anteil an Erträgen in %
Einnahmen von BewohnerInnen (einschl. Bundes-Pflegegeld)	€ 168.268.505	41,4%
Einnahmen aus Förderungen vom Land Niederösterreich	€ 161.076.812	39,7%
Einnahmen von SelbstzahlerInnen ¹	€ 28.520.847	7,0%
Sonstige Einnahmen	€ 15.266.505	3,8%
Einnahmen aus Förderungen vom Land Niederösterreich für die Errichtung	€ 12.664.631	3,1%
Einnahmen von Sozialversicherungsträgern	€ 11.655.181	2,9%
Einnahmen aus Förderungen vom Bund	€ 7.903.689	1,9%
Einnahmen anderer Sozialhilfeträger ²	€ 787.453	0,2%
Summe Einnahmen	€ 406.143.623	100%

Quelle: Basis: Pflegedienstleistungsstatistik 2013 (Statistik Austria 2014c), eigene Berechnungen

Bei den Einnahmen von Sozialversicherungsträgern, den Einnahmen für Errichtungskosten und den Einnahmen aus dem Bundesbeihilfen-Gesetz handelt es sich um hochgerechnete Daten.

Es ist deutlich zu sehen, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zum größten Teil über das Bundes-Pflegegeld der BewohnerInnen und das Land Niederösterreich

¹ Die Einnahmen der SelbstzahlerInnen sind geschätzt. Es liegen nur eingeschränkt Daten vor. Es wurde anhand der durchschnittlichen Kosten von 120 Euro pro Platz pro Kopf hochgerechnet.

² Es konnte nur ein Bruchteil der Einnahmen anderer Sozialhilfeträger herausgerechnet werden, der Rest ist in den Einnahmen der BewohnerInnen enthalten.

finanziert werden. Aufwandseitig ist es vor allem Personalaufwand, der mit 66,1% der Aufwendungen besonders stark ins Gewicht fällt.

Tabelle 4-2: Ausgaben

Art der Ausgaben ³	Höhe Aufwendung	Anteil an Aufwendungen in %
Personalaufwand	€ 268.164.538	66,1%
Sonstige Aufwendungen	€ 95.100.826	23,4%
Mietaufwand	€ 28.611.849	7,1%
Abschreibungen	€ 7.441.730	1,8%
Sachaufwand für Pflege und Betreuung	€ 6.059.501	1,5%
Steuern / Abgaben	€ 293.409	0,1%
Summe Ausgaben	€ 405.671.852	100%

Quelle: Erhebung bei stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Hochrechnungen

4.2 BEWOHNERINNENVERTEILUNG

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, berechnet die vorliegende SROI-Analyse die Wirkungen immer auf Basis eines Alternativszenarios. Im vorliegenden Fall ist dies das völlige Fehlen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen ohne Ersatzleistung bei gleich bleiben aller anderen Betreuungssettings. Die jetzigen BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen müssten in anderen, bereits bestehenden, Betreuungssettings betreut werden. Hierbei ist vor allem auf deren Verfügbarkeit (Kapazitäten) zu achten. Zudem sind die BewohnerInnen hinsichtlich ihres Bedarfes an Pflege und Betreuung zu verteilen.

Die Verteilung der BewohnerInnen im Alternativszenario ist für viele nachgelagerte Wirkungen von großer Bedeutung und kann daher als zentral in der vorliegenden Analyse angesehen werden. Konkret wurde auf Basis unterschiedlicher Daten und durch Setzung einiger Annahmen ermittelt, was mit den 8.535⁴ im Jahr 2013 betreuten BewohnerInnen ohne den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen passieren würde.

Ausgangspunkt der Überlegungen und Berechnungen sind die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Varianten einer alternativen Pflege und Betreuung. Hier erscheinen für Niederösterreich im Jahr 2013 folgende Varianten plausibel:

- BewohnerInnen kommen alleine zurecht
- BewohnerInnen kommen mit Hilfe durch Angehörige zurecht
- BewohnerInnen kommen mit Hilfe der mobilen Dienste zurecht
- BewohnerInnen müssten/könnten private Pflege und Betreuung zukaufen
- BewohnerInnen müssten/könnten 24h-Betreuung zukaufen
- BewohnerInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall
- BewohnerInnen kommen in Pflegeheimen in angrenzenden Bundesländern unter
- BewohnerInnen verwahrlosen
- BewohnerInnen erleiden einen früheren Tod

³ Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Datenlage und den durchgeführten Hochrechnungen.

⁴ Es wurde mit VZÄ-BewohnerInnen gerechnet. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Verpflegstage durch 365 dividiert wurde.

Zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungsintensität standen im vorliegenden Projekt die Anzahl der betreuten Personen pro Pflegegeldstufe (0-7) zur Verfügung. Die dafür relevanten Daten wurden von der österreichischen Pflegedienstleistungsstatistik verwendet.

Für die konkrete Verteilung der BewohnerInnen im Alternativszenario wurden Annahmen auf Basis der bestehenden Pflegegeldstufe getroffen. Dies erfolgte unter Berücksichtigung einer ökonomischen Beschränkung (Alternativsetting nicht leistbar) und unter Berücksichtigung des Kapazitätseffekts (BewohnerInnen kommen im für sie bestmöglichen Setting nur unter, wenn genug Kapazitäten vorhanden sind).

Nachdem BewohnerInnen in niedrigen PG-Stufen teilweise noch **alleine zurechtkommen**, wurde dies entsprechend bei den Annahmen berücksichtigt. Dies kommt jedoch nur für all jene in Frage, die eine Pflegegeldstufe von 1 oder 2 beziehen und von keiner Demenz betroffen sind.

Andernfalls würden die BewohnerInnen, falls **Angehörige** vorhanden sind, versuchen bei diesen unterzukommen, beziehungsweise von diesen Pflege in Anspruch zu nehmen. Es wurde jedoch angenommen, dass nur Angehörige mit denen kein Konflikt besteht, die Pflegeleistungen übernehmen würden. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit wird es für die Angehörigen jedoch immer schwieriger ohne zusätzliche Unterstützung die Pflege der Angehörigen zu übernehmen. Es wurde die Annahme getroffen, dass all jene BewohnerInnen bis einschließlich Pflegegeldstufe 5 von ihren Angehörigen gepflegt werden könnten, ohne zusätzliche Dienste in Anspruch zu nehmen. Diese Annahme wurde aus den Daten der Qualitätserhebung von pflegenden Angehörigen abgeleitet (BMASK 2014b) und solcherart eine Verteilung vorgenommen.

Als weitere Alternative stehen für die Betroffenen mit niedrigen Pflegegeldstufen die mobilen Dienste zur Verfügung oder ein Zukaufen von Pflege- und Betreuungsdiensten am Markt. 24h-Betreuung kommt annahmegemäß in dieser niedrigen Kategorie noch nicht in Frage, da sie überproportional teuer im Vergleich zur benötigten Betreuungsintensität wäre.

Mobile Pflege- und Betreuungsdienste kommen ebenfalls nur bis zur Pflegegeldstufe 5 in Frage. Zusätzlich mussten hier Kapazitätsbeschränkungen berücksichtigt werden. Nach Telefonaten mit VertreterInnen von mobilen Diensten wurde eine Einschätzung getroffen, wie viele BewohnerInnen mit den vorhandenen Kapazitäten aus dem Jahr 2013 zusätzlich betreut werden könnten. In Niederösterreich wären dies rund 557 Personen. All jene Personen aus Pflegegeldstufe 1 und 2, die nicht alleine zurechtkommen können oder bei denen keine Angehörigen vorhanden sind, würden im Alternativszenario von den mobilen Diensten betreut werden. Die restlichen freien Kapazitäten bei den mobilen Diensten wurden den Personen aus der Pflegegeldstufe 3 zugeteilt.

Privater Zukauf kommt nur für wenige als Alternative in Frage, da hier bei den meisten BewohnerInnen eine ökonomische Einschränkung berücksichtigt werden muss. Hierfür wurde das Einkommen der BewohnerInnen berücksichtigt und angenommen, dass 222,25 Euro an Verbrauchsausgaben für Essen benötigt werden (Statistik Austria 2011a). Dieser Betrag bezieht sich auf die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben eines PensionistInnenhaushaltes. Zusätzlich wurde noch ein durchschnittlicher Mietaufwand von 418,9 Euro für Niederösterreich hinzugezählt (Statistik Austria 2014b). Das Einkommen setzt sich in der Berechnung aus drei Komponenten zusammen: Pflegegeld-Einnahmen, durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen beziehungsweise durchschnittliche Pension und Einnahmen aus Vermögen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen der BewohnerInnen wurde explizit erhoben und liegt mit 1.159,15 Euro weit unter dem niederösterreichischen Durchschnitt von 2.056 Euro (Statistik Austria 2013a). Für die Berechnung der Einnahmen aus Vermögen wurden 200 Euro pro Monat angesetzt, die sich aus dem Median des Nettovermögens einer ÖsterreicherIn (Finanzvermögen abzüglich anteiliger Finanzschulden) zusammensetzt (ÖNB 2012, Statistik Austria 2012c). Es kann weiters davon ausgegangen werden, dass durch

innerfamiliäre Unterstützung private Pflege und Betreuung zugekauft werden kann und keine zusätzlichen Ausgaben für Miete und Lebenserhaltungskosten anfallen.

Einige BewohnerInnen könnten sich unter den geschilderten Bedingungen zwar den Zukauf nicht finanzieren, aber, aufgrund einer weiter bestehenden Förderung, eine **24h-Betreuung** leisten. Diese kommen somit in die Kategorie 24h-Betreuung. Es gibt jedoch auch Personen, die sich, aufgrund ihrer Einkommenssituation, eine 24h-Betreuung nicht leisten können, beziehungsweise kein zusätzliches Zimmer für eine 24-BetreuerIn zur Verfügung haben. Es wird davon ausgegangen dass all jene BewohnerInnen, die in der Stadt wohnen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit ein Zimmer zur Verfügung stellen können, als Personen die am Land in einem Einfamilienhaus wohnen.

Es verbleiben somit Personen, die sich weder Dienste am Markt im benötigten Ausmaß noch eine 24h-Betreuung zukaufen könnten. Diese würden primär versuchen einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung in einem der angrenzenden Bundesländer zu bekommen, oder in einem Krankenhaus unter zu kommen. Diese Verteilung würde allerdings nur zustande kommen, wenn es keine kapazitätsmäßigen Beschränkungen beim Zukauf über den Markt und in der 24h-Betreuung gäbe.

Um die Kapazitäten abschätzen zu können wurden im Rahmen der Studie „zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien mittels einer SROI-Analyse“ (Schober et al. 2013) im Zeitraum von 18.9.2012 bis 20.09.2012 bei 6 privaten AnbieterInnen von 24h-Betreuung, Schätzungen der freien Kapazitäten über Telefoninterviews abgefragt. Binnen kürzester Zeit (ein bis wenige Tage) könnte ein/e 24h-Betreuung AnbieterIn rund 30 Personen mehr betreuen. In einem etwas längeren Zeitraum (bis zu einem Monat) lag der Durchschnitt bei rund 120 Personen, die zusätzlich betreut werden könnten. Die Verzögerung liegt allerdings primär am anfallenden hohen Verwaltungsaufwand und weniger am mangelnden Angebot. Grundsätzlich gäbe es, den privaten 24h-BetreuungsanbieterInnen zufolge, quasi sofort, nahezu unbegrenzte Kapazitäten, da nach Angabe der AnbieterInnen sehr viele Fachkräfte zur Verfügung stehen würden. Hinzu kommt, dass sehr viele AnbieterInnen auf dem Markt 24h-Betreuungskräfte vermitteln. Viele dieser Agenturen vermitteln auch stundenweise Personal und auch hier bestünde, den Erhebungen zufolge, kein Kapazitätsproblem. In der vorliegenden Studie wird somit davon ausgegangen, dass die am Markt entweder stundenweise oder in Form von 24h-Betreuung nachgefragten Leistungen vollständig erfüllt werden könnten. Es gibt also keine Kapazitätsbeschränkungen in diesen beiden Alternativsettings.

Etwas anders sieht es hingegen bei den angrenzenden Pflegeheimen und Krankenhäusern aus. Hier sind sehr wohl Kapazitätsbegrenzungen im Jahr 2013 zu verzeichnen.

In den **Krankenhäusern** wurden auch freie Kapazitäten in fachfremden Abteilungen hinzugezählt, in denen es halbwegs realistisch erschien, dass diese Plätze mit Pflegefällen belegt werden würden, sodass in Summe freie Kapazitäten von 1.513 Betten (Statistik Austria 2014a) zur Verfügung stehen würden.

In **Alten- und Pflegeheimen der angrenzenden Bundesländer** Wien, Burgenland und Oberösterreich gab es im Jahr 2013 insgesamt 163 freie Plätze (Firgo et al. 2014). Wobei die freien Kapazitäten in Burgenland und Oberösterreich nur zur Hälfte berücksichtigt wurden, da diese Bundesländer auch an die Steiermark angrenzen und annahmegemäß die Hälfte der Plätze im Alternativszenario von steiermärkischen PflegeheimbewohnerInnen belegt werden würden.

Somit können von den BewohnerInnen, die sich einen stundenweisen Zukauf oder eine 24h-Betreuung nicht leisten können, 1.676 in einem stationären Setting (Krankenhaus oder Pflegeheim in einem angrenzenden Bundesland) untergebracht werden. Die verbleibenden Personen würden verwahrlosen und zum Teil einen früheren Tod finden.

Zusammengefasst werden die in Tabelle 5-3 dargestellten Varianten unterschieden und entsprechend der skizzierten Annahmen die sich daraus ergebende Anzahl an BewohnerInnen zugeordnet:

- **BewohnerInnen kommen alleine zurecht:** Alleine kommen jene zurecht, die aufgrund einer niedrigen Pflegegeldstufe verhältnismäßig wenig Betreuungsbedarf haben.
- **BewohnerInnen kommen mit Hilfe durch Angehörige zurecht:** Mit Hilfe der Angehörigen kommen jene aus, die aufgrund einer niedrigen Pflegegeldstufe verhältnismäßig wenig Betreuungsbedarf haben und bei denen Angehörige verfügbar sind, die pflegerische Aufgaben übernehmen können.
- **BewohnerInnen kaufen sich mobile Dienste zu:** Mit Hilfe der mobilen Dienste kommen all jene zurecht bei denen der Betreuungsbedarf nicht so hoch ist (in h), sofern freie Kapazitäten vorhanden sind.
- **BewohnerInnen müssten/könnten private Pflege und Betreuung zukaufen:** Private Pflege und Betreuung kaufen jene zu, bei denen der Betreuungsbedarf nicht so hoch ist und keine ökonomische Beschränkung besteht.
- **BewohnerInnen müssten/könnten 24h-Betreuung zukaufen:** 24h-Betreuung wird zugekauft, wenn die notwendige Betreuungsintensität (in h) so hoch ist, dass es billiger kommt als einzelne Stunden über den Markt zuzukaufen und kein zusätzliches Zimmer für einen/eine 24-Stunden-BetreuerIn zur Verfügung gestellt werden kann.
- **BewohnerInnen kommen ins Pflegeheim in angrenzenden Bundesländern:** All jene Personen, die eine hohe Betreuungsintensität haben und mit ihrem Einkommen/Vermögen keine 24h-Betreuung für intensive Pflegefälle zukaufen können und einen sehr hohen Pflegebedarf haben.
- **BewohnerInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall⁵:** Procuratio sind jene Fälle, die eine hohe Betreuungsintensität haben und mit ihrem Einkommen/Vermögen keine 24h-Betreuung für intensive Pflegefälle zukaufen können und für die in einem Pflegeheim keine Plätze zur Verfügung stehen.
- **BewohnerInnen verwahrlosen:** Das sind jene Fälle, die „durch das Netz fallen“ würden und bei denen keine Betreuungssituation sichergestellt werden kann.
- **BewohnerInnen erleiden einen früheren Tod:** Es wird angenommen, dass im ersten Jahr der ferneren Lebenserwartung von durchschnittlich 2,2 Jahren (eigene Erhebung in ausgewählten Pflegeheimen) 50% jener BewohnerInnen aus den Pflegegeldstufen 3 und 4 nach einem halben Jahr einen früheren Tod erleiden würden, die dem Risiko einer Verwahrlosung ausgesetzt wären. Alle jene BewohnerInnen aus den Pflegegeldstufen 5 und 6 würden nach Einschätzung von ExpertInnen innerhalb weniger Tage versterben, wenn sie einer Verwahrlosung ausgesetzt wären. In der nachfolgenden Tabelle ist es einfachheitshalber so dargestellt, dass die Hälfte verwahrlost und die andere Hälfte früher verstirbt.

Die verteilte Gesamtanzahl von 8.535 BewohnerInnen dient als Basis für die weiteren Berechnungen der Wirkungen, der davon betroffenen Stakeholdern in den folgenden Kapiteln.

⁵ Kommt es zum Wegfall der Anstaltsbedürftigkeit, die Patientin oder der Patient kann aber aufgrund chronischer Pflegebedürftigkeit nicht mehr in häusliche Pflege und Betreuung entlassen werden, übernimmt der zuständige Sozialversicherungsträger keine Kosten für den Aufenthalt in der Krankenanstalt (WPPA 2010). Die nicht mehr anstaltsbedürftigen Patientinnen und Patienten werden dann als pflegebedürftige Personen behalten und zum sogenannten Procuratio-Fall erklärt (WPPA 2010).

Tabelle 4-3: BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen in Niederösterreich

	Gesamt	PGST 1	PGST 2	PGST 3	PGST 4	PGST 5	PGST 6	PGST 7
Anzahl der BewohnerInnen im Jahr 2013	8.535	66	333	751	2.503	2.757	1.187	938
kommen alleine zurecht	158	24	134	-	-	-	-	-
durch Angehörige	1.375	24	113	236	602	400	-	-
Mobile Dienste	557	18	86	325	128	-	-	-
privater Zukauf	29	-	-	-	11	18	-	-
24-Stunden Betreuung	1.180	-	-	-	292	478	410	-
Krankenhäuser	1.513	-	-	-	-	-	575	938
andere Pflegeheime in anderen Bundesländern	163	-	-	-	-	-	163	-
verwahrlosen	830	-	-	95	735	-	-	-
versterben früher	2.730	-	-	95	735	1.861	39	-

4.3 BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

Die bedeutendste Stakeholdergruppe der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime in Niederösterreich.

Im Jahr 2013 haben **12.016 Personen** in den niederösterreichischen Alten- und Pflegeheimen gelebt. Jedoch wurden aus der Analyse rund 500 Personen (474 VZÄ) mit psychosozialen Betreuungsschwerpunkt exkludiert. Legt man die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage auf VZÄ um, ergeben sich rund **8.535 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013. In Niederösterreich gibt es die Besonderheit, dass es Pflegeheime mit psychosozialen Schwerpunkt gibt. Alle psychosozialen Fälle wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen. Die Anzahl der SelbstzahlerInnen wurde in den Niederösterreichdaten geschätzt.

Der Großteil der BewohnerInnen ist weiblich (76%). Knapp die Hälfte (47%) der BewohnerInnen ist 85 Jahre alt und älter.

Um die Wirkungen für die BewohnerInnen einschätzen zu können, wurden neun persönliche Interviews mit BewohnerInnen geführt. Diese fanden in unterschiedlichen Alten- und Pflegeheimen in Niederösterreich und der Steiermark, im November 2014 statt. Um die Wirkungen analysieren zu können, wurden die Interviews aufgezeichnet und transkribiert. Aus den geführten Interviews konnten wesentliche Nutzendimensionen abgeleitet werden. Neben den Interviews wurden Dokumente und Daten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen herangezogen, um die Wirkungen für die BewohnerInnen zu verdeutlichen und zu analysieren. Bei Gesprächen mit anderen StakeholdervertreterInnen wurde ebenfalls darauf geachtet, Wirkungen für die BewohnerInnen auf Basis ihrer Sichtweisen zu erheben. Zwei bereits durchgeführte Studien zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien (Schober et. al 2013) und der Miteinander leben – Organisation für Betreutes Wohnen GmbH mittels SROI-Analyse (Pervan-Al Soqauer et al. 2013) halfen zusätzlich bei der Einschätzung der Hauptwirkungen für die BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Die wohl bedeutendste Wirkung für die BewohnerInnen stellt das Sicherheitsgefühl dar, welches durch das Eintreten in ein Alten- und Pflegeheim deutlich zunimmt. Die Zunahme an körperlichen Beeinträchtigungen bei den BewohnerInnen führt häufig dazu, dass sie sich zuvor im eigenen zu Hause nicht mehr sicher gefühlt haben, was mit dem Wunsch nach Sicherheit durch das Pflegepersonal einhergeht. *„In der Nacht, wenn man alleine in der Wohnung ist, was ist wenn dann was ist?“* (Interview 12) meint eine der befragten BewohnerInnen diesbezüglich. Dies bestätigt sich durchgängig in allen durchgeführten Interviews: *„Das ist beruhigend (...) da kommt der Arzt immer, wenn man ihn braucht“* (Interview 2). Das Sicherheitsgefühl in den Alten- und Pflegeheimen wird somit von allen befragten BewohnerInnen als sehr hoch eingestuft: *„Wir sind hier sicher“* (Interview 7).

Eine weitere bedeutende Rolle spielt die Zunahme an sozialen Kontakten für die BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen, von denen sie wesentlich profitieren. *„Daheim wäre ich alleine in der Wohnung, hier habe ich immerhin die Leute“* (Interview 8), betont eine der befragten BewohnerInnen. *„Mir war noch gar nie fad hier“* (Interview 11), erzählt eine der BewohnerInnen und weist des Weiteren auf das große Freizeitangebot hin, welches in den Alten- und Pflegeheimen wahrgenommen werden kann: *„Ununterbrochen wird bei uns gefeiert und gebastelt“* (Interview 11). Neben dem Basteln wurden von den befragten BewohnerInnen häufig Singrunden, Ausflüge und das Kartenspielen als favorisierte Freizeitangebote genannt. Außerdem wurde in den Interviews des Öfteren auf das gemeinschaftliche Gefühl hingewiesen, welches durch den Kontakt mit den anderen

BewohnerInnen und den PflegerInnen entsteht, was durch die Aussage *„Es gibt eine sehr familiäre Geborgenheit hier“* (Interview 11) zusätzlich betont wird. Allerdings geht aus den Interviews auch hervor, dass es für manche BewohnerInnen durchaus schwierig ist, neue Freundschaften bzw. Kontakte im Alten- und Pflegeheim zu knüpfen, da diese im hohen Alter keine Lust und Energie mehr haben, neue Beziehungen aufzubauen.

Neben einer Zunahme an sozialen Kontakten innerhalb der Alten- und Pflegeheime, lässt sich durch die Interviews mit den BewohnerInnen auch auf eine Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen schließen. Die Familienmitglieder kommen in den meisten Fällen häufig zu Besuch, da sie auf Grund der Entlastung durch das Alten- und Pflegeheim die verbleibende Zeit mit den zu pflegenden Angehörigen qualitativ hochwertiger nützen können. Folgende Aussage macht deutlich, dass die Entscheidung für ein Alten- oder Pflegeheim keineswegs einen Bruch für die Beziehung zu den Angehörigen bedeuten muss, ganz im Gegenteil: *„Profitieren? Ich hab was zu essen, ich hab's warm und meine Kinder schauen auf mich“* (Interview 18).

Im Rahmen der Gespräche wurde auch eine eingeschränkte Privatsphäre auf Grund von Doppelzimmern thematisiert und der Vorteil eines Einbettzimmers wurde hervorgehoben. Beispielsweise betont eine der BewohnerInnen im Interview, dass der Rückzugsort auf Grund des Doppelzimmers durchaus fehlt: *„Man gewöhnt sich mit der Zeit dran, bleibt einem nichts anderes über“* (Interview 12). Der Vorteil eines Einzelzimmers liegt dabei darin, dass die BewohnerInnen ihr Zimmer als Rückzugsort empfinden und dort zur Ruhe kommen können: *„Ich lebe alleine, aber bin nicht alleine“* (Interview 7) und *„Man wird alleine gelassen, wenn man es will“* (Interview 7). Allerdings wurde deutlich, dass sich ein Großteil der befragten BewohnerInnen ein Einzelzimmer wünschen würde, dieses aber nur schwer zu bekommen ist.

In diesem Zusammenhang wurde in den Befragungen häufig die Schwierigkeit mit demenzkranken BewohnerInnen genannt, die von nicht betroffenen BewohnerInnen meist als anstrengend wahrgenommen werden. Vor allem im Hinblick auf die Situationen in den Doppelzimmern wurden dabei Schwierigkeiten genannt: *„Die Leute, die Demenz haben, sind oft sehr böse. Das ist unangenehm“* (Interview 11). Zudem wird dabei das Fehlen von Gemeinsamkeiten bzw. einer gemeinsamen Gesprächsbasis mit den ZimmerbewohnerInnen betont: *„Es fehlt an Gesprächspartnern“* (Interview 18).

Zusammengefasst ergibt sich für die BewohnerInnen somit eine im nachfolgenden Abschnitt dargestellte Wirkungskette.

4.3.1 Wirkungskette BewohnerInnen

Der Input, den die BewohnerInnen in die Alten- und Pflegeheime einbringen, sind ihre Kostenbeiträge. Die Alten- und Pflegeheime stellen wiederum barrierefreie Alten- und Pflegeheime und qualifiziertes Pflegepersonal für die Betreuung der BewohnerInnen zur Verfügung, was eine gewisse Anzahl an Verrechnungstagen als Leistung zur Folge hat. Die erzielten Wirkungen sind nachfolgender Wirkungskette zu entnehmen und werden in Kapitel 4.3.2 genauer beschrieben und berechnet.

Tabelle 4-4: Wirkungskette BewohnerInnen

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Kosten-beiträge	Pflege und Betreuung	Anzahl an Verrechnungstagen	keine Gefahr der Verwahrlosung erhöhtes Sicherheitsgefühl eingeschränkte Individualität eingeschränkte Privatsphäre (Zweibettzimmer) keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können verändertes psychisches Wohlbefinden verbesserter allg. physischer Zustand höhere Infektionsgefahr als zuhause längere Lebenserwartung ausgewogene und regelmäßige Ernährung höhere/geringere Kosten im Vergleich zum Alternativszenario geringerer Organisationsaufwand mehr soziale Kontakte adäquate Freizeitangebote Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit Gewährleistung eines sauberen Umfelds Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt hätten (vgl. BewohnerInnenverteilung Alternativszenario)

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, die der Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zuzurechnen sind. Diese Wirkungen werden auch als Impact oder Nettowirkung bezeichnet. Der Impact liegt der Berechnung der stakeholder-spezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben. Die hierfür notwendige Berechnung des Deadweights basiert auf der im vorangegangenen Kapitel dargestellten BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen, bei Inexistenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Der Deadweight wurde somit in den folgenden Berechnungen bereits inkludiert und nicht nochmals extra ausgewiesen und abgezogen.

4.3.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** der BewohnerInnen, die durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich erreicht werden, liegen insgesamt bei **€ 336.100.966 Euro** und verteilen sich, wie in nachfolgender Tabelle ausgeführt.

Tabelle 4-5: monetarisierte Wirkungen der BewohnerInnen

BewohnerInnen	
Keine Gefahr der Verwahrlosung Stundenlohn eines/einer privaten Hausbedieners/Hausbedienerin multipliziert mit Zeitverwendung für Hygiene multipliziert mit 365 für das ganze Jahr multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst verwahrlosen würden	€ 6.501.749
Erhöhtes Sicherheitsgefühl Kostenquote im Bereich Krankenzusatzversicherung einer privaten Versicherungsgesellschaft multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die von einem erhöhten Sicherheitsgefühl profitieren	€ 3.323.821
Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sich bevormundet fühlen	-€ 8.579.661
Eingeschränkte Privatsphäre Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer pro Jahr multipliziert mit 365 für das ganze Jahr multipliziert mit Anteil der BewohnerInnen, die im Alternativszenario in einem Einzelzimmer wären	-€ 73.492.372
Keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können Abfindungszahlung für den Verzicht auf Hauptmietrechte multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen, welche im Alternativszenario in ihrer eigenen Wohnung verbleiben könnten	-€ 1.306.552
Verändertes psychisches Wohlbefinden durchschnittliche Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie) multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, deren psychisches Wohlbefinden sich verbessert bzw. verschlechtert hat	€ 4.604.472
Verbesserter allg. physischer Zustand Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur Folgekosten eines Harnwegsinfektes Folgekosten einer Gastroenteritis Folgekosten von Mangelernährung Folgekosten von Medikamentenverwechslung Folgekosten von Dekubitalgeschwüren multipliziert jeweils mit der Anzahl BewohnerInnen, die im Alternativszenario von den oben genannten Pflegerisiken betroffen wären	€ 135.797.382

Höhere Infektionsgefahr als Zuhause Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ansonsten Zuhause wären multipliziert mit Wahrscheinlichkeit an Infektion im KH/PH zu erkranken	-€ 1.953.458
Längere Lebenserwartung Wert eines gesunden Lebensjahres (QALY) multipliziert mit dem Nutzwert der Lebensqualität multipliziert mit der durchschnittlichen fernerer Lebenserwartung eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin multipliziert mit der Anzahl BewohnerInnen, die ohne APH einen frühen Tod erleiden	€ 108.404.935
Ausgewogene und regelmäßige Ernährung Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr Multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen welche von einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung profitieren	€ 14.766.701
Unzufriedenheit mit dem Essen Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen und einem À la carte – Menü Multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen, die mit dem Essen unzufrieden sind	-€ 2.704.230
Höhere/geringer Kosten im Vergleich zum Alternativszenario Differenz der Kostenbeiträge bei Existenz der APH im Vergleich zum Alternativszenario (alleine, bei Angehörigen, MD, Zukauf privater Betreuung, 24h-Betreuung, AWF, Pflegeheim, Krankenhaus)	-€ 31.554.654
Geringerer Organisationsaufwand Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten Multipliziert mit den Kosten für eine persönliche Assistenz Multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen, welche von einem geringeren Organisationsaufwand profitieren	€ 37.314.200
Mehr soziale Kontakte Zeitverwendung für soziale Kontakte Multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sonst alleine oder mit extrem spärlich Besuchen durch Angehörige zu Hause wären	€ 42.993.118
Adäquate Freizeitangebote Kosten für zwei Stunden Seniorenanimation pro Woche für ein Jahr Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario keine adäquaten Freizeitangebote in Anspruch nehmen könnten Abzüglich Deadweight (BewohnerInnen, die nicht an Aktivitäten teilnehmen)	€ 37.711.887
Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit Kosten für eine Wohnassistenz für ein Jahr, täglich 1 Stunde Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die von einer verbesserten Wohnsituation profitieren	€ 57.829.689

Gewährleistung eines sauberen Umfelds

Stundenlohn eines/einer privaten Hausbedieners/Hausbedienerin
multipliziert mit Zeitverwendung für Hygiene
multipliziert mit 365 für das ganze Jahr
multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ansonsten alleine
wären

€ 6.065.913

Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen

Dauer einer systemischen Familientherapie
multipliziert mit Stundensatz einer Familientherapieeinheit
multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die verbesserte soziale
Kontakte zu Angehörigen haben

€ 378.026

Gesamtprofit der BewohnerInnen

€ 336.100.966

Die Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen trägt einen wesentlichen Teil zur Vermeidung von Verwahrlosung bei älteren Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf bei. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen profitieren insbesondere jene Personen, die sonst kein soziales Netz hätten. Somit besteht **keine Gefahr der Verwahrlosung**. Für die Berechnung des Profits wird nur die Anzahl der BewohnerInnen, die sonst verwahrlosen würden, herangezogen. Als Proxy für die Monetarisierung wurde die jährlich aufgewendete Zeit für Hygiene und Haushaltsführung herangezogen. Darunter fallen: Körperpflege, Geschirr waschen, Küchenarbeiten, Aufräumen, Reinigen der Wohnung, Müllentsorgung, Wäsche waschen, Wäsche bügeln, Sortieren und Suchen im Haushalt in Höhe von 626 Stunden und 35 Minuten laut Zeitverwendungserhebung 2008/09 (Statistik Austria 2010a). Weiters wurde der Stundensatz von privat zugekauftem Reinigungspersonal in Höhe von 12,50 Euro (Interview mit zwei privaten HausbedienerInnen) verwendet.

Das Sicherheitsbedürfnis zählt zu einem der elementarsten Grundbedürfnisse für pflegebedürftige Menschen. Der Verlust von Kontrolle stellt eine erhebliche Belastung für das seelische und körperliche Wohlbefinden dar. Eine zunehmende Sturzgefahr in der eigenen Wohnung beziehungsweise eine eingeschränkte Mobilität und das steigende Bedürfnis nach Sicherheit sind häufige Einzugsgründe für viele BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen. Für das **erhöhte Sicherheitsgefühl** wurden als Proxy die Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung verwendet. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie, bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit, bei 100 Euro (Schober et. al 2013). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird. Auf die Kosten der Versicherung wird fokussiert, da dies der Wert ist, der benötigt wird, um die Leistungen und damit das Sicherheitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Für die meisten Menschen ist der Umzug in eine stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung die letzte Alternative. Erst wenn alle anderen Alternativen ausgeschöpft sind, kommt für viele Betroffene ein Pflegeheim in Frage, da dieses oft mit dem Verlust von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit assoziiert wird und den BewohnerInnen bewusst wird, dass es die letzte Wohnstätte ist. Viele Menschen haben Angst, sich von ihrer vertrauten Umgebung zu trennen und haben das Gefühl von ihren Angehörigen in eine stationäre Einrichtung "abgeschoben" zu werden. Diese Negativwirkung wird unter der **Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung** zusammengefasst. Für die Monetarisierung wurden die Kosten, die man auf sich nehmen würde, um staatlicher Bevormundung (bspw. Schul- bzw. Unterrichtspflicht) zu entgehen, angewendet. Es handelt sich dabei wieder um einen Hilfsindikator. In Österreich gibt es die

gesetzlich geregelte Möglichkeit, die Unterrichtspflicht des Kindes während seiner ganzen Schulzeit durch den sogenannten "häuslichen Unterricht" zu erfüllen (Erziehung 2013). Dieser Nutzen berechnet sich aus dem Schulgeld für eine Privatschule in Höhe von 1.460 Euro für 10 Monate (Albertus Magnus Volksschule 2013) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario von keiner Bevormundung betroffen wären.

Für all jene BewohnerInnen die im Alten- und Pflegeheim in keinem Einzelzimmer untergebracht sind entsteht zusätzlich die Negativwirkung der **eingeschränkten Privatsphäre**. Intimität kann in Alten- und Pflegeheimen aufgrund eingeschränkter Rückzugsmöglichkeiten, kaum gewährleistet werden, wenn der/die BewohnerIn in keinem Einzelzimmer untergebracht ist. Jeder Mensch benötigt ein gewisses Maß an Privatsphäre. In einem Zweibettzimmer gibt es jedoch kaum Rückzugsmöglichkeiten. Der Trend geht laut ExpertInnen eindeutig in Richtung Einbettzimmer. Es gibt kaum Personen die sich freiwillig in einem Zweibettzimmer anmelden, die Ausnahme sind Paare oder Personen, die sich aus Sicherheitsgründen dafür entscheiden, da sie Angst haben alleine zu sein. Diese Wirkung wurde mit den Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer für all jene BewohnerInnen berechnet, die im Alternativszenario in einem Einzelzimmer untergebracht wären. (Statistik Austria 2014a, Wiener Städtische 2014). Die Kosten für ein Einzelzimmer pro Jahr pro Person belaufen sich auf 19.524,60 Euro.

Als weitere Negativwirkung, die durch die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim entsteht, wurde **keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können** identifiziert. Besonders für ältere Menschen ist es schwierig sich auf ein neues Umfeld einzulassen. In den eigenen vier Wänden zu wohnen hängt stark mit einem erhöhten Wohlbefinden zusammen. Um diese Wirkung monetarisieren zu können, wurde die Abfindungszahlung für den Verzicht auf die Hauptmietrechte herangezogen. Dafür wurden durchschnittliche Umzugskosten (eigene Erhebung), die Marktpreisdifferenz für ein Jahr (Statistik Austria 2011b, Statistik Austria 2014b, ÖHGB 2014) und drei Monatsmieten für die durchschnittlichen Maklergebühren berechnet (Statistik Austria 2011b). Dieser Wert wurde mit dem Anteil all jener BewohnerInnen multipliziert, welche im Alternativszenario in ihrer eigenen Wohnung verbleiben könnten.

Studien zufolge verbessert sich das **psychische Wohlbefinden** bei einem Anteil von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen, da ihre Betreuung sichergestellt ist und regelmäßig mit den MitarbeiterInnen beziehungsweise anderen BewohnerInnen kommuniziert wird. Es gibt aber auch Personen, bei denen sich nach Einzug in ein Alten- und Pflegeheim der psychische Zustand verschlechtert, da häufig eine Perspektivlosigkeit eintritt. Als Proxy wurden die Kosten für eine Psychotherapie herangezogen und mit der Anzahl jener BewohnerInnen multipliziert, die sonst alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen zu Hause wären. Ausgehend von einer Kurztherapie (25 Einheiten pro Jahr) bei 110 Euro Kosten pro Einheit, ergibt sich ein Outcome von 4.604.472 Euro (Psyonline 2013, Ellviva 2013).

Durch die Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim kann sich ebenfalls die **Gefahr an einer Infektion zu erkranken** erhöhen. Als Proxy wurden die Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion in Höhe von 18.636,36 Euro (Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009) herangezogen. Diese wurde auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario in keiner stationären Einrichtung untergebracht werden würden, hochgerechnet und um die Wahrscheinlichkeit an einer Infektion im Krankenhaus bzw. Pflegeheim zu erkranken (= 2,1%) (Oe24 2009), bereinigt.

Durch die Bereitstellung von barrierefreien Heimen leisten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen einen wichtigen Beitrag zur **Verbesserung des allgemeinen physischen Zustandes** der BewohnerInnen. Ein Faktor, der dazu beiträgt, ist beispielsweise die Beseitigung von Sturzgefahren und Stolperfallen (weniger Stürze). Zusätzlich wird für einen Flüssigkeitsmangel (weniger Exsikkose) und Lebensmittelvergiftungen vorgesorgt. Durch die hohe fachliche Qualifikation des Pflegepersonals in Pflegeheimen wird zudem einer

Mangelernährung vorgebeugt. Da die Medikamente vom Pflegepersonal an die BewohnerInnen vergeben werden, wird auch eine Medikamentenverwechslung ausgeschlossen, die häufig bei demenziell erkrankten Personen oder sehbeeinträchtigten Menschen auftritt. Ein weiteres Pflegerisiko, welches schwerwiegende Gesundheitsprobleme darstellt, ist das Auftreten von Dekubituswunden. Diese führen zu verlängerten Liegezeiten, einem erhöhten Pflegeaufwand und reduzierter Lebensqualität (vgl. Medizinische Universität Graz 2011). Für die Faktoren wurden unterschiedliche Proxys für die Berechnungen herangezogen und eine fachliche Einschätzung zur Eintrittswahrscheinlichkeit dieser medizinischen Probleme von zwei Pflegedienstleitungen eingeholt.

Die Kosten wurden auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario alleine zurechtkommen müssten oder durch Angehörige betreut werden würden hochgerechnet. Es wurde zusätzlich die Annahme getroffen, dass auch ein Anteil all jener Personen (50%) die im Alternativszenario mobile Dienste, private Pflegefachkräfte oder 24h-Betreuung in Anspruch nehmen müssten, häufiger von diesen Pflegerisiken betroffen wären, da in Alten- und Pflegeheimen eine ständige Präsenz und Erreichbarkeit von einem interdisziplinären und hochqualifizierten Team vorhanden ist. Die Ausbildungsstandards in den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen garantieren eine qualitativ hochwertige Pflege. Zusätzlich werden durch Gesetze die Pflegeheimausstattung und die Ausbildung der MitarbeiterInnen geregelt und sichergestellt.

Die monetarisierten Wirkungen von 135.797.381,99 Euro errechnen sich aus der Summe folgender Teilprofite für die Folgekosten der jeweiligen pflegerischen bzw. medizinischen Probleme:

- **Weniger Stürze:** Durch die Sturzprophylaxe, können geschätzte 65% der Stürze und somit auch ein erheblicher Anteil an Frakturen vermieden werden. Zumal Frakturen wesentlich für die Kosten von Stürzen verantwortlich sind (Heinrich/König 2010, Hoffmann 2010), wurden für die Monetarisierung als Proxy die medizinischen Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur in Höhe von 11.250 Euro angesetzt (Huhn 2010, Osteoporose 2013). Dieser Wert wurde um die Häufigkeit der Stürze ohne APH und der Wahrscheinlichkeit, dass der Sturz einer medizinischen Betreuung bedarf, (= 80%) (Huhn 2010) bereinigt. Dies ergibt einen Teilprofit von 34.958.369,65 Euro.
- **Weniger Exsikkose/Harnwegsinfekte:** Mit zunehmendem Alter verringert sich das Durstgefühl, was zu einem Flüssigkeitsmangel und in Folge zu schweren gesundheitlichen Problemen führen kann (Medizininfo 2013). Das Risiko für Harnwegsinfektionen, wenn Niere, Harnleiter, Blase und Harnröhre nicht regelmäßig "gespült" werden, steigt und kann eine Folge von Exsikkose (Austrocknung) sein (Medizininfo 2013, Reiche 2011). Durch die hohe Pflegequalität in Alten- und Pflegeheimen können der Einschätzung einer Pflegedienstleitung zufolge 90% der Exsikkose-Fälle und somit auch ein erheblicher Anteil an Harnwegsinfekten vermieden werden. Als Proxy wurden hierfür die Folgekosten eines Harnwegsinfektes in Höhe von 425 Euro pro Fall angesetzt (Thiesmann 2005). Diese Kosten wurden auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet und um die Häufigkeit der Exsikkose Fälle ohne APH bereinigt. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 2.286.073,00 Euro.
- **Weniger Lebensmittelvergiftungen/Magen-Darm-Entzündungen:** Da alle BewohnerInnen von einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung in den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen profitieren, wird Lebensmittelvergiftungen und Magen-Darm-Entzündungen vorgebeugt. Mit steigendem Alter verändern sich sowohl Seh- Geschmacks- und Geruchsvermögen (Ernährungs- und 2003), was dazu führen kann, dass ältere Menschen auch verdorbene Lebensmittel zu sich nehmen und an einer Magen-Darm-Entzündung (Gastroenteritis) erkranken. Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Gastroenteritis pro Fall in Höhe von 77 Euro (Van Den Brandhof et al. 2003)

angesetzt. Diese Kosten wurden auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet und um die von einer Pflegedienstleitung geschätzte Häufigkeit einer Magen-Darm-Entzündung ohne APH (= 80%) bereinigt. Daraus resultiert ein Teilprofit von 368.108,64 Euro.

- **Weniger Mangelernährung:** Mangelernährung tritt vor allem bei älteren Menschen auf. Oft wird diese Mangelernährung nicht erkannt und vielfach werden ältere Menschen nicht adäquat ernährt. Daten klinischer Studien belegen, dass der Ernährungszustand einen wichtigen Einfluss auf die individuelle Mortalität hat (Frei 2006). Europäische Prävalenzen von PatientInnen reichen bis hin zu 84% bei älteren Menschen (vgl. Medizinische Universität Graz 2011). Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Mangelernährung in Höhe von 3.146,61 Euro (Frei 2006) herangezogen und auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet und auf die geschätzte Häufigkeit einer Mangelernährung ohne APH (60%) bereinigt. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 11.282.072,19 Euro.
- **Verhinderung von Medikamentenverwechslung:** Ein weiteres Pflegerisiko von dem vor allem demenziell erkrankte und sehbeeinträchtigte Personen betroffen sind, ist eine Medikamentenverwechslung. Diese wird in den Alten- und Pflegeheimen ausgeschlossen, da die Medikamente durch das Pflegepersonal an die BewohnerInnen verabreicht werden. Die Einnahme altersinadäquater Medikation erhöht nicht nur das Risiko stationärer Aufnahme, sondern auch das Risiko zu versterben signifikant. Hierfür wurden die Folgekosten von Medikamentenverwechslung in Höhe von 4.545,45 Euro (Grandt et al. 2005) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario hiervon betroffen wären (60%), hochgerechnet. Dies ergibt einen Teilprofit von 16.297.608,23 Euro.
- **Weniger Dekubitalgeschwüre:** Vor allem für ältere, pflegebedürftige und immobile Menschen stellen Dekubitalgeschwüre ein häufiges Pflegeproblem dar, welches großes Leid bei den Betroffenen einerseits und hohe Kosten für unsere Gesellschaft andererseits verursacht. Durch frühzeitige Risikoeinschätzung des Pflegepersonals in Alten- und Pflegeheimen und wirksamer Präventionsmaßnahmen kann das Auftreten von Dekubitalgeschwüren weitestgehend vermieden werden. Für die Berechnung dieser Wirkung wurden die durchschnittlichen Folgekosten von Dekubitalgeschwüren pro Person in Höhe von 19.692,00 Euro (Eibel 2012) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario hiervon betroffen wären (60%), hochgerechnet. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 70.605.150,27 Euro.

Die hier bewerteten Pflegerisiken stellen nur einen Bruchteil an Pflegeproblemen dar, von denen pflegebedürftige Personen betroffen sind. Es konnte im Rahmen dieser Studie nur auf die Hauptpflegerisiken eingegangen werden. Zusätzlich muss festgehalten werden, dass durch die hohe medizinische und pflegerische Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen, Krankheitsbilder wie Herz- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, des Verdauungstrakts, der Nieren, Ernährung- und Stoffwechselerkrankungen, Diabetes Mellitus, Erkrankungen des Nervensystems, der Atemwege, Krebs, psychische Erkrankungen, Schlaganfälle, um nur einige zu nennen, behandelt werden und der hier monetarisierte Nutzen für einen verbesserten physischen Gesundheitszustand unterbewertet ist.

Eine weitere Wirkung ist die **höhere Lebenserwartung**. Diese wurde nur für jene BewohnerInnen berechnet, die bei Inexistenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen keine alternative Betreuungslösung erhalten würden und innerhalb des ersten Jahres einen frühen Tod erleiden würden. Für die Bewertung eines gesunden Lebensjahres in Relation zur Gesundheit wurde die Kennzahl des qualitätskorrigierten Lebensjahres (englisch: quality-adjusted-life-year, QALY) aus der Gesundheitsökonomik (Phillips 2009, Dolan et al. 2004) in Höhe von 36.937,50 Euro (Nice 2010) herangezogen.

Der Wert eines gesunden Lebensjahres wird anschließend mit dem Nutzwert der Lebensqualität/Gesundheitszustandes (= 0,5) (Phillips 2009) und der durchschnittlichen fernerer Lebenserwartung gemäß der Verweildauer der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen (= 2,2 Jahre, eigene Erhebungen) multipliziert und auf die Anzahl der BewohnerInnen, die sonst einen frühen Tod erleiden, hochgerechnet.

Des Weiteren profitieren die BewohnerInnen von einer **ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung** im Alten- und Pflegeheim. Die Kosten für eine regelmäßige Ernährung wurden mit den Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr monetarisiert. Da die BewohnerInnen in den Alten- und Pflegeheimen dreimal täglich (Frühstück, Mittagessen und Abendessen) von einem Essen profitieren und bei den Essen auf Rädern-Angeboten nur ein Mittagessen enthalten ist, wurde der Wert mal 2 multipliziert und beträgt somit 75,80 Euro pro Woche (Samariterbund 2014).

Ein Anteil der BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime ist **unzufrieden mit dem Essen**. Um diese Negativwirkung zu monetarisieren wurde die Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen (Eurest 2014) und einem À la carte – Menü (Das Campus 2014) herangezogen und mit der Anzahl an BewohnerInnen die mit dem Essen unzufrieden sind (NÖ Heime 2010) multipliziert. Dies wurde jedoch nur für all jene BewohnerInnen angenommen, welche im Alternativszenario mit dem Essen zufrieden wären.

Die monetäre Wirkung der **höheren/geringeren Kosten im Vergleich zum Alternativszenario** errechnet sich aus der Differenz der Kostenbeiträge, die die BewohnerInnen in die Alten- und Pflegeheime leisten und dem finanziellen Beitrag, den sie für die alternative Betreuungslösung leisten würden. Es wurde davon ausgegangen, dass Personen, bei denen keine Angehörigen zur Verfügung stehen und die **alleine zurechtkommen müssten**, monatliche Kosten von 641,15 Euro anfallen würden. Diese Kosten setzen sich aus dem durchschnittlichen Mietaufwand in Niederösterreich inklusive Betriebskosten von 418,9 Euro (Statistik Austria 2014b) und den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten eines/einer PensionistIn von 222,25 Euro (Statistik Austria 2011a) im Monat zusammen. Zusätzlich müssen all jene Personen, die im Alternativszenario in keiner stationären Einrichtung betreut werden würden, von durchschnittlichen Kosten für Pflegeprodukte und Medikamente in Höhe von 2.174,39 Euro pro Jahr (eigene Erhebung Pflegeheime) rechnen. Für all jene BewohnerInnen, welche **Angehörige** zur Verfügung haben, die Pflegeleistungen übernehmen würden, wurde die Annahme getroffen, dass der/die Pflegebedürftige beim Angehörigen unterkommen würde und somit die durchschnittlichen Mietkosten eingespart werden. Für die Berechnung der Kosten der **mobilen Dienste**, wurden die durchschnittlichen Kostenbeiträge pro KlientIn (vgl. Schober et. al 2013) zuzüglich dem durchschnittlichen Mietaufwand, den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten und Kosten für Pflegeprodukte und Medikamente herangezogen. Hier wurde wieder für all jene BewohnerInnen, die bei Angehörigen wohnen würden, jedoch zusätzlich Unterstützung von mobilen Diensten erhalten, der durchschnittliche Mietaufwand abgezogen. Die gleiche Berechnungsweise wurde für all jene, die stundenweise **private Pflege- und Betreuung** zukaufen müssten, herangezogen. Hier belaufen sich die durchschnittlichen Kosten pro Stunde auf 23,50 Euro (Pflegedienst24 2014). Die Kosten einer **24-Stunden-BetreuerIn** belaufen sich auf durchschnittlich 74,47 Euro pro Tag (Schober et. al 2013), zuzüglich dem durchschnittlichen Mietaufwand, falls der/die BewohnerIn alleine lebt, den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten für den/die BewohnerIn selbst und die/den 24-Stunden-BetreuerIn und den Kosten für Medikamente und Pflegeprodukte. Wenn die pflegebedürftige Person zu einem **Procuratio-Fall** erklärt wird, dann hat diese grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt selbst für die Kosten der Pflege und des Aufenthaltes aufzukommen (WPPA 2010). Falls Pflegegeld, Einkommen und verwertbares Vermögen, wie Sparguthaben und Liegenschaften, nicht ausreichen, hat die pflegebedürftige Person nur einen Teilbetrag zu entrichten (vgl. ebd.). Dieser setzt sich aus 80 Prozent des Nettoeinkommens inklusive des anteiligen Pflegegeldes zusammen. 20 Prozent des Nettoeinkommens, der 13. und 14. Monatsbezug und 10 Prozent der Pflegegeldstufe 3

verbleiben der betroffenen Person (vgl. ebd.). Für all jene BewohnerInnen, die im Alternativszenario in einem Pflegeheim eines angrenzenden Bundeslandes unterkommen würden, wurden die durchschnittlichen Kosten pro BewohnerIn in einem Alten- und Pflegeheim herangezogen. Für all jene BewohnerInnen, die ohne Alten- und Pflegeheime verwahrlosen würden, wurden die Kosten für den durchschnittlichen Mietaufwand und durchschnittliche Lebenserhaltungskosten verwendet.

Die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren des Weiteren von einem **geringeren Organisationsaufwand**. Dieser wurde mit der Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten, darunter fallen: persönliche medizinische Versorgung; Wege - Persönliches; Kochen, Essen zubereiten; backen, konservieren von Lebensmitteln; einkaufen; Behördengänge; Bank-, Postdienstleistungen; Arzt-, Therapiebesuche; Haushaltsplanung und -organisation; Wege - Hausarbeit; Wege - Einkaufen (Statistik Austria 2010a) und den Kosten für eine persönliche Assistenz pro Stunde in Höhe von 22 Euro (WAG 2014) monetarisiert.

Zur Bewertung der **Verbesserung der sozialen Kontakte** wurde die Zeitverwendung für soziale Kontakte: Gespräche im Familienkreis; telefonieren; E-Mails schreiben, lesen, chatten; Briefe schreiben, lesen; Gespräche außerhalb der Familie; Besuche bei/von Freunden/Verwandten; Ausgehen in Lokale, private Partys; formelle Freiwilligenarbeit; informelle Hilfe, Freiwilligenarbeit; Teilnahme an religiösen, politischen u.ä. Veranstaltungen; Wege - soziale Kontakte; Wege - Freiwilligenarbeit (Statistik Austria 2010a) mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 12,79 Euro (Statistik Austria 2010b) multipliziert. Dies wurde nur für all jene BewohnerInnen angenommen, welche im Alternativszenario alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen durch Angehörige zu Hause wären.

Adäquate Freizeitangebote wurden als Profit all jenen Personen zugerechnet, die in den Alten- und Pflegeheimen an den angebotenen Aktivitäten teilnahmen. Personen, die diese Wirkung auch hätten, würden die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen nicht existieren, wurden aus der Berechnung ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um BewohnerInnen, die in einem Pflegeheim in einem anderen Bundesland leben würden. Bewertet wurde die Wirkung Seniorenanimation mit den Kosten für eine/n Altenbetreuer/in in Höhe von 50 Euro für zwei Stunden Seniorenanimation pro Woche, im Zeitraum von einem Jahr (eigene Erhebung).

Die monetarisierte Wirkung für die **Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit** ergibt sich für BewohnerInnen, die körperlich nicht mehr in der Lage sind in einem nicht-barrierefreien Umfeld zu leben. Personen die im Alternativsetting ebenfalls barrierefrei leben würden, wurden aus der Bewertung exkludiert. Um die Wirkung zu monetarisieren und die monetarisierte Wirkung zu berechnen wurde ein Proxy verwendet. Eine Dienstleistung, die quasi als Ersatz für Barrierefreiheit im Kontext von Menschen mit Behinderung dient, ist die persönliche Assistenz oder Wohnassistenz. Wohnassistenz wird in der vorliegenden Studie somit als Hilfsindikator für den monetären Wert von Barrierefreiheit verwendet. Es wird nicht davon ausgegangen, dass BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, wenn diese nicht existieren würde, tatsächlich Wohnassistenz in Anspruch nehmen würden. Für die Berechnungen wurden die Kosten für täglich eine Stunde Wohnassistenz für ein Jahr angesetzt (SDE 2013).

Die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren ebenfalls von der **Gewährleistung eines sauberen Umfelds**. Für die Berechnung der monetarisierten Wirkungen wird nur die Anzahl der BewohnerInnen, die sonst alleine leben würden/müssten, herangezogen. Als Proxy für die Monetarisierung wurde die jährlich aufgewendete Zeit für Hygiene und Haushaltsführung (Körperpflege; Geschirr waschen, Küchenarbeiten; Aufräumen, Reinigen der Wohnung; Müllentsorgung; Wäsche waschen; Wäsche bügeln; Sortieren, Suchen im Haushalt) in Höhe von 626 Stunden und 35 Minuten aus der

Zeitverwendungserhebung 2008/09 (Statistik Austria 2010a) sowie der Stundensatz, von privat zugekauftem Reinigungspersonal, in Höhe von 12,50 Euro, verwendet.

Weiters bewirken die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, durch die Entlastung der Angehörigen in der Pflege und Betreuung, hinsichtlich der dahinterstehenden Verantwortung und Minderung von Konfliktpotential, eine **Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen**, sodass das bestehende gute Naheverhältnis nicht gefährdet wird. Als Proxy liegt hier die Verwendung der Kosten für eine systemische Familientherapie nahe. Eine Dauer von 6 Einheiten pro Jahr wird dafür angesetzt (Stangl-Taller 2013, Hainz 2013). Da diese Wirkung in gleichen Maßen den Angehörigen zugerechnet werden kann, wird sie bei beiden Stakeholdern jeweils zur Hälfte angesetzt, zumal die Familientherapie auf Paare bzw. größere Personenkreise ausgerichtet ist.

4.4 ANGEHÖRIGE

Eine wesentliche Stakeholdergruppe stellen die Angehörigen dar. Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Die Hälfte der pflegenden Angehörigen ist zwischen 55 und 72 Jahre alt (Schneider et al. 2009)⁶. Rund 33.900 (43%) Personen waren gleichzeitig erwerbstätig (Jung/Trukeschitz et al. 2007).

Mit Angehörigen der BewohnerInnen wurden sechs persönliche Interviews geführt. Die Interviews bestätigten die Ergebnisse zu pflegenden Angehörigen in der Literatur und Praxis (vgl. z.B. Schneider et al. 2009, Pochobradsky et al. 2005, Hofstätter 2013, IG-Pflege 2013). Belastungen für die Angehörigen lassen sich im Zuge dessen grob in drei Bereiche einteilen:

- Soziale Belastungen: zu wenig Freizeit, zu wenig Zeit für Hobbys, zu wenig Zeit für soziale Kontakte
- Physische Belastungen: Rücken- und Nackenschmerzen, Schmerzen in den Gelenken
- Psychische Belastungen: Überforderung, Einsamkeit, Depression

Allgemein ist festzuhalten, dass die Angehörigen oft mit Schuldgefühlen zu kämpfen haben, weil sie die Pflege in andere, fremde Hände gegeben haben. Die Schuldgefühle hängen dabei vor allem mit dem fehlenden Wissen darüber, was die zu pflegenden Angehörigen in einem Alten- und Pflegeheim erwartet, zusammen, was auch durch die Aussage einer Angehörigen deutlich wird: *„Solange man nicht damit konfrontiert wird, schiebt man es von sich weg“* (Interview 3). Zusätzlich werden stationäre Pflegeeinrichtungen in der Öffentlichkeit noch immer mit einem negativen Image in Verbindung gebracht, was die Angehörigen zusätzlich unter Druck setzt: *„Du glaubst auch, du musst das schaffen (...) bei uns in der kleinen Ortschaft sagt sonst jeder, oh, in ein Heim!“* (Interview 4). Eine andere Angehörige berichtet im Rahmen der Interviews von Konfrontationen mit außenstehenden Personen, die ihr vorwurfsvoll *„Was? Du gibst deine Mama ins Heim?“* (Interview 19), entgegneten, was durchaus den – nach wie vor vorherrschenden – negativen Ruf der Alten- und Pflegeheime unterstreicht.

Eine der wohl bedeutendsten Wirkungen für die Angehörigen, stellt die psychische Entlastung durch die Aufnahme der pflegebedürftigen Angehörigen in ein Alten- und Pflegeheim dar. *„Wenn man das mitgemacht hat, weiß man was das wert ist“* (Interview 4), betont eine der befragten Angehörigen in Bezug auf die Bedeutung des Alten- und Pflegeheimes. Diese

⁶ Diese Angaben beziehen sich allerdings nur auf pflegebedürftige Personen über 60 Jahre, die Pflegegeld beziehen. Jüngere Personen und Personen ohne Pflegegeld wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

psychische Entlastung geht unter anderem damit einher, zu wissen, dass die zu pflegenden Angehörigen im Alten- und Pflegeheim gut aufgehoben sind: *„Für mich ist es eine wahnsinnige Erleichterung“* (Interview 19). Vor allem die Zunahme an Zeit für die eigene Familie (PartnerIn/ Kinder) ist für die pflegenden Angehörigen besonders entlastend: *„So ist es eine Entlastung für die Familie, auf jeden Fall“* (Interview 9). In den geführten Interviews wird dabei zudem deutlich, wie groß die Überforderung für die pflegenden Angehörigen war, bevor die Entscheidung für den Eintritt in ein Alten- und Pflegeheim getroffen wurde: *„Mir war es auch schon zu viel. Ich konnte ihn nicht immer bespaßen“* (Interview 13). Außerdem wurde in den Interviews deutlich, wie sehr die Pflege der eigenen Angehörigen an die Substanz der Befragten ging: *„Es war wirklich schon so, ich bin am Zahnfleisch dahergekommen“* (Interview 4) und wie groß die Entlastung durch die Alten- und Pflegeheime im Zuge dessen ist: *„Ich weiß nicht was ich machen würde (...) für mich wäre das eine wahnsinnige Einschränkung, das wäre keine Lebensqualität mehr“* (Interview 3).

Ein ausschlaggebendes Kriterium dafür, die pflegebedürftigen Angehörigen in die Obhut eines Alten- und Pflegeheimes zu geben, ist die Sicherheit, dass die Angehörigen dort gut aufgehoben sind. Dies geht auch aus den Interviews hervor: *„Ich weiß, wenn was ist dann ist jemand da“* (Interview 9). *„Sie kommen immer wieder mal rein, sie kriegt pünktlich ihre Medikamente (...) das funktioniert alles“* (Interview 3) und *„Hier ist alles geregelt“* (Interview 19), betonen zudem die Angehörigen in unseren Gesprächen. Allerdings wird im Zuge dessen auch der Zeitmangel des Pflegepersonals deutlich, welcher in den Interviews des Öfteren angesprochen wurde: *„Da müsstest sie das Personal ein bisschen aufstocken (...) das einzige was schön wäre, wenn es ein bisschen mehr Personal gäbe und die sich ein bisschen persönlicher kümmern könnten, dafür ist keine Zeit da“* (Interview 9).

Vor allem die zeitliche Entlastung wurde in den Interviews häufig thematisiert und als großer Vorteil der Alten- und Pflegeheime betont. Für die Angehörigen bietet die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim die Möglichkeit, einen eigenen Alltag aufzubauen und zu leben. *„Meine Freiheit wäre eingegrenzt. Dann hätte ich überhaupt keine Freizeit mehr“* (Interview 19), betont eine der Angehörigen in Bezug auf die große zeitliche Belastung, wenn die Möglichkeit einer Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim nicht gegeben wäre.

Eine zudem bedeutende Wirkung, die sich im Rahmen der Interviews manifestiert hat, ist die veränderte Beziehung zu den zu pflegenden Angehörigen. Aus einigen Interviews ging in diesem Zusammenhang hervor, dass sich die Beziehung zu den Angehörigen entlastet hat und so entspannter geworden ist: *„Daheim hat man alles gemacht, aber es ist halt kein Dank zurückgekommen, es wird eh gemacht, aber es war immer zu wenig (...) die anderen haben dann eh gesagt, du kannst sie ja eh besuchen fahren und dann bist du die Gute – und das stimmt auch“* (Interview 4).

Zusammengefasst ergibt sich für die Angehörigen somit eine im nachfolgenden Kapitel dargestellte Wirkungskette.

4.4.1 Wirkungskette Angehörige

Die Angehörigen investieren die Bereitschaft den/die Angehörige/n in einem Alten- und Pflegeheim unterzubringen. Die stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung wiederum übernimmt für die Angehörigen die Pflege und Betreuung und bezieht die Angehörigen mit ein. Der Output ist die Anzahl der von den Alten- und Pflegeheimen übernommenen Verpflegstage. Der für die Berechnung besonders relevante Outcome wird im folgenden Kapitel beschrieben.

Tabelle 4-6: Wirkungskette Angehörige

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Bereitschaft den/die Angehörige/n im APH unterzubringen	Übernahme der Pflege und Betreuung Einbeziehen der Angehörigen	Anzahl der von APH übernommenen Verpflegungstage	weniger physische, psychische und soziale Belastungen Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen Schuldgefühle, den/die Angehörige/n "abgeschoben" zu haben Möglichkeit auf Urlaub zu fahren Zeitliche Entlastung Veränderte Beziehung zum Angehörigen (unbelastete Begegnung) Veränderte Beziehung zum Partner/der Partnerin (Beziehungskonflikte)	Anzahl der Angehörigen, deren Angehörige/r ohne APH anders fremdbetreut wäre

4.4.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die monetarisierten Wirkungen der Angehörigen liegen, wie Tabelle 5-7 zeigt, insbesondere in der Reduktion von sozialen, physischen und psychischen Belastungen, der Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen und in der Verbesserung der Beziehung zu betreuten Angehörigen und betragen insgesamt **83.574.128 Euro**.

Tabelle 4-7: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen

Angehörige	
Geringere psychische Belastung	
Folgekosten Burn-out	
multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die psychisch belastet sind	
abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	
€ 27.661.807	
Geringere physische Belastung	
Folgekosten von Rückenproblemen (Physiotherapiekosten)	
multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die physisch belastet sind	
abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	
€ 2.598.181	

Verbesserte soziale Beziehungen Zeitverwendung für soziale Kontakte multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn eines/einer ÖsterreicherIn multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die sozial belastet sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	€ 5.643.387
Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung pro Jahr multipliziert mit Anzahl der Angehörigen deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH nicht fremdbetreut wären	€ 1.093.883
Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen Durchschnittliches Bruttojahresgehalt multipliziert mit der Anzahl der Personen, die im erwerbsfähigen Alter sind und aufgrund der Pflegetätigkeit nicht erwerbstätig sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	€ 1.715.892
Schuldgefühle den Angehörigen „abgeschoben“ zu haben Höhe der Kosten für Geldgeschenke von Eltern an ihre Kinder multipliziert mit Anzahl der Angehörigen die Schuldgefühle haben (Annahme: 50%) Abzüglich Deadweight (Angehörige, die im Alternativszenario ebenfalls Schuldgefühle hätten)	-€ 4.995.734
Möglichkeit auf Urlaub zu fahren Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne APH die Pflegetätigkeit übernehmen müssten multipliziert mit Anzahl der Urlaubsreisenden im Alter von 55 bis 64 Jahren in Österreich multipliziert mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Urlaub	€ 279.578
Zeitliche Entlastung Durchschnittlicher Zeitaufwand, der pflegenden Angehörigen für Pflegetätigkeiten pro Jahr entsteht multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die ohne APH die Pflegetätigkeit übernehmen müssten Multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	€ 48.934.233
Verbesserte Beziehung zum Angehörigen Dauer einer systemischen Familientherapie Multipliziert mit Stundensatz einer Familientherapieeinheit Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die verbesserte soziale Kontakte zu Angehörigen haben	€ 378.026

Verbesserte Beziehung zum Partner/zur Partnerin

Kosten einer Paartherapie

multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die ohne APH die
Pflegetätigkeit übernehmen müssten

Multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen mit familiären
Problemen

€ 264.875

Gesamtprofit der Angehörigen

€ 83.574.128

Die **psychische Belastung** betrifft insbesondere das ständige Gefühl der Verantwortung, das Gefühl der Überforderung und auch durch die Belastung entstehende Depressionen (Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy wurden hier die Folgekosten eines Burn-outs (Psychotherapiekosten und Krankenstandstage) verwendet und ein Mischindikator aus den Folgekosten eines Burn-outs bei Früherkennung, einer zeitverzögerten Diagnose und einer späten Diagnose in Höhe von 16.850 Euro gebildet (Schneider 2013).

Die **physische Belastung** betrifft insbesondere Kreuzschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich und in den Gelenken. Durch die Alten- und Pflegeheime, in denen die pflegebedürftigen Angehörigen betreut werden, kommt es hier zu einer Entlastung der ehemals betreuenden Angehörigen (Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy wurden hier die Folgekosten von Rückenproblemen (Physiotherapiekosten) in Höhe von 2.303 Euro (Göbel 2001) verwendet.

Pflegende Angehörige klagen zudem über wenig Zeit für sich selbst und ihre Hobbys, wenig Zeit für soziale Kontakte und Isolation. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben die Angehörigen eine deutliche **Verbesserung der sozialen Beziehungen**. Sie profitieren durch mehr Freizeit und haben so mehr Zeit für Hobbys und soziale Kontakte und sind damit weniger isoliert (IG-Pflege 2012, Hofstätter 2012, Schneider 2009, Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy für diesen Nutzen wurde die durchschnittliche Zeitverwendung für soziale Kontakte, darunter fallen Gespräche im Familienkreis; telefonieren; E-Mails schreiben, lesen, chatten; Briefe schreiben; lesen; Gespräche außerhalb der Familie; Besuche bei/von Freunden/Verwandten; Ausgehen in Lokale; private Partys; Formelle Freiwilligenarbeit; Informelle Hilfe; Freiwilligenarbeit; Teilnahme an religiösen, politischen u.ä. Veranstaltungen; Wege - soziale Kontakte; Wege - Freiwilligenarbeit (Statistik Austria 2010a) mit dem Bruttostundenlohn einer/eines Österreicherin in Höhe von 12,79 Euro (Statistik Austria 2010b) multipliziert.

Des Weiteren profitieren die Angehörigen von dem **Wissen, dass ihr Angehöriger gut betreut ist**. Diese Wirkung wurde mit den Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung monetarisiert. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie, bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit, bei 100 Euro (Schober et. al 2013). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird. Auf die Kosten der Versicherung wird fokussiert, da dies dem Wert entspricht, den es benötigt, die Leistungen und damit das Sicherheitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Ein weiterer Profit ist, dass die Angehörigen durch die Alten- und Pflegeheime die **Möglichkeit bekommen einer Erwerbsarbeit, uneingeschränkt oder auch teilweise, nachzugehen**. 17,4% der pflegenden Angehörigen sind im erwerbsfähigen Alter, üben aber keine Erwerbstätigkeit aus. 17,9% wiederum geben die Pflegetätigkeit als Grund an, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen (Schneider et al. 2009). Bezogen auf das durchschnittliche Bruttojahresgehalts einer/eines unselbstständig Erwerbstätigen, sowohl für Teilzeit (Statistik Austria 2010b) wie auch Vollzeit (Land Steiermark 2013a), ergibt dies eine Nettowirkung, Outcome, von **€ 1.715.892** Euro. Die Aufteilung Vollzeit-Teilzeit wird analog zur

tatsächlichen Aufteilung bei den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen verwendet (Schneider et al. 2009). Es ist jedoch zu beachten, dass all jene pflegenden Angehörigen, die durch die Alten- und Pflegeheime ihre Berufstätigkeit aufnehmen können, andere Personen am Arbeitsmarkt verdrängen. Dies wurde beim Stakeholder allgemeine Bevölkerung berücksichtigt.

Eine weitere Wirkung die in den geführten Interviews mit den Angehörigen identifiziert und auch durch die Literatur bestätigt wurde, sind die **Schuldgefühle**, den Angehörigen ins Pflegeheim „abgeschoben“ zu haben. Schuldgefühle entstehen, wenn wenig Zeit innerhalb der Familie verbracht wird. Dies existiert auch in einem anderen Kontext, bei Kindern und Jugendlichen und wird unter dem Phänomen der „Wohlstandsverwahrlosung“ zusammengefasst. Es ist zu beobachten, dass Eltern ihren Kindern als Ersatz für die mangelnde (zeitliche) Zuneigung entsprechend hohe Taschengelder und Geldgeschenke machen. Gabanyi et al. (2007) kommen zum Ergebnis, dass 5% der Jugendlichen alles von den Eltern bekommen was sie brauchen. Dies deckt sich mit jener Anzahl an Jugendlichen, die über 150 Euro Taschengeld bekommen und mit jener Anzahl an Jugendlichen, die hohe Geldgeschenke bekommen. Um sich von einem Schuldgefühl „freizukaufen“ wurden für die Berechnungen der vorliegenden Studie 180 Euro Taschengeld pro Monat und 360 Euro Geldgeschenke pro Jahr herangezogen und auf die Anzahl an jenen Angehörigen, die Schuldgefühle haben (Annahme: 50%), hochgerechnet (vgl. Gabanyi et al. 2007). Für die Angehörigen ergibt sich somit eine Negativwirkung von **4.995.734** Euro.

Durch die Unterbringung der Angehörigen in einem Alten- und Pflegeheim, haben die Angehörigen auch eine **Möglichkeit auf Urlaub zu fahren**. Diese Wirkung wurde mit der Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison monetarisiert (Statistik Austria 2013b, Urlaub 2014), da die Annahme getroffen wurde, dass Personen bereit sind für einen gleichwertigen Urlaub in der Hauptsaison deutlich mehr auszugeben, wenn sie nicht auf die Nebensaison ausweichen können, beispielsweise durch Kinder. Dies kann als ein Äquivalent dafür gesehen werden, dass ein gewisser Zwang finanziell ausgeglichen wird. Dieser Wert wurde mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne die Alten- und Pflegeheime die Pflegetätigkeit übernehmen müssten, multipliziert. Es wurden nur all jene Personen berücksichtigt, die im Alter von 55 bis 64 Jahren auf Urlaub fahren und mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer eines Urlaubs einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert (Statistik Austria 2013b).

Zusätzlich profitieren die Angehörigen von einer **zeitlichen Entlastung**, da sie die Pflegetätigkeit nicht mehr übernehmen müssen. Um diese Wirkung in Geldeinheiten zu bewerten, wurde der durchschnittliche Zeitaufwand, der für pflegende Angehörige für Pflegetätigkeiten pro Jahr in Höhe von 2.340 Stunden (Schneider et al. 2009) entsteht, mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert.

Weiters bewirken die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen durch die Entlastung der Angehörigen in der Pflege und Betreuung, hinsichtlich der dahinterstehenden Verantwortung und Minderung von Konfliktpotential, eine **Verbesserung der Beziehung zwischen dem/der Betreuten und dem/der Angehörigen**, sodass das bestehende gute Naheverhältnis nicht gefährdet wird. Als Proxy wurden die Kosten für eine systemische Familientherapie für eine Dauer von 6 Einheiten pro Jahr herangezogen (Stangl-Taller 2013, Hainz 2013). Da diese Wirkung in gleichen Maßen den BewohnerInnen zugerechnet werden kann, wird sie bei beiden Stakeholdern jeweils zur Hälfte angesetzt, zumal die Familientherapie auf Paare bzw. größere Personenkreise ausgerichtet ist.

Die Angehörigen profitieren ebenfalls von einer **verbesserten Beziehung zum Partner/zur Partnerin**, da die Übernahme von Pflegetätigkeiten oft zu Konflikten innerhalb der Familie führt. Um diese Wirkung zu bewerten, wurden die Kosten einer Paartherapie in Höhe von 900 Euro (Psychotherapiepraxis 2014) mit der Anzahl der Angehörigen die ohne

den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen die Pflegetätigkeit übernehmen müssten und mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen mit familiären Problemen (Pochobradsky et al. 2005) multipliziert.

Als Deadweight wurde jeweils jener Anteil an Angehörigen abgezogen, dessen betreute Personen ohne den Alten- und Pflegeheimen anders fremdbetreut wären.

4.5 HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Einen weiteren bedeutenden Stakeholder der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen die MitarbeiterInnen dar. Im Jahr 2013 waren insgesamt 5.699 Pflege- und Betreuungspersonen (4.682 Vollzeitäquivalente) beschäftigt.

Insgesamt wurden sechs persönliche Interviews mit den MitarbeiterInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geführt. Aus den geführten Interviews konnten deutliche Nutzendimensionen abgeleitet werden.

Zentraler Nutzen für die Beschäftigten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist der fixe Arbeitsplatz und das damit verbundene Erwerbseinkommen. Darüber hinaus ziehen die MitarbeiterInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine besondere Motivation daraus, eine sinnvolle und soziale Tätigkeit zu leisten, wie dies eine Mitarbeiterin eindrücklich schilderte: *„Man bekommt sehr viel zurück. Man gibt nicht nur, sondern man bekommt auch viel“* (Interview 20). Abgesehen davon spielen auch die Akzeptanz der BewohnerInnen und das gute Miteinander eine Rolle, was sich unter dem Oberbegriff „gutes Gefühl“ subsumieren lässt. Folgende Aussagen der befragten MitarbeiterInnen unterstreichen dies: *„Wir helfen uns gegenseitig (...) wir reden auch sehr viel miteinander, wir tauschen uns wirklich sehr viel aus“* (Interview 16) und *„es ist sehr freundlich und familiär“* (Interview 6).

Neben diesen äußerst positiven Wirkungen für die MitarbeiterInnen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, wurde im Rahmen der Interviews deutlich, dass die psychische Belastung für die MitarbeiterInnen im Arbeitsalltag sehr hoch ist. Vier MitarbeiterInnen beschreiben dies folgendermaßen:

- *„eine psychische Belastung ist es auch, natürlich“* (Interview 6).
- *„der Job ist anstrengend, körperlich und psychisch sowieso“* (Interview 15).
- *„wenn die Bewohner teilweise aggressiv oder unruhig sind, dann wird es schon schwierig (...) es ist wirklich schwer zwischendurch, wenn man die zweite Watschen bekommen hat, oder den dritten Kratzer“* (Interview 10).
- *„manchmal ist die Arbeit mit den Angehörigen psychisch schwieriger, als mit den BewohnerInnen (...) die Arbeit mit den Angehörigen braucht sehr viel Zeit“* (Interview 16).

Weiters wurde in den Interviews der vorherrschende Zeitmangel und die für den hohen Arbeitsaufwand durchaus niedrige Bezahlung thematisiert. Vor allem vor dem Hintergrund der großen Verantwortung, die von den MitarbeiterInnen getragen wird, empfinden diese ihr Gehalt in den meisten Fällen als zu gering eingestuft. Dies zeigen auch folgende Aussagen, die aus den geführten Interviews hervorgehen:

- *„das ist kein Job den man macht, um Geld zu verdienen“* (Interview 16).
- *„die Einsparungen sind halt schon extrem (...) der Zeitmangel ist schon ein großes Thema (...) auch zu Lasten des Personals. Man steht wirklich unter Stress. Es wollen vier etwas und man weiß gar nicht was man zuerst machen soll“* (Interview 20).
- *„Man würde sich wünschen, dass man sich mehr Zeit für die Bewohner nehmen könnte“* (Interview 10).
- *„Verbesserungswürdig wäre sicher die Bezahlung von Feiertags- und Wochenendstunden“* (Interview 6).

- „Das Gehalt natürlich, das könnte mehr sein (...) ich finde es auf alle Fälle zu wenig, man hat sehr viel Verantwortung (...) für die Verantwortung die wir haben, ist das Gehalt viel zu niedrig angesetzt“ (Interview 5).

Außerdem wurde im Rahmen der Interviews eine Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für das Thema Alter deutlich, was sich als bedeutende Wirkung zeigt. So wird deutlich, dass die MitarbeiterInnen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen durch die Arbeit mit den pflegebedürftigen BewohnerInnen ständig mit dem Thema Alter(n) konfrontiert werden, was den Weitblick für das eigene „Älterwerden“ deutlich verstärkt und auf diese Weise bewusst gemacht wird. Beispielsweise geht aus einem der Interviews folgende Aussage hervor: „Man lebt bewusster (...) von einem Tag auf den anderen kann alles anders sein“ (Interview 16). Und auch die Konfrontation mit dem Thema Tod ist ständiger Begleiter des Arbeitsalltages: „Was natürlich auch dazu gehört, ist das Abschied nehmen“ (Interview 20), was von BewohnerIn zu BewohnerIn unterschiedlich wahrgenommen wird und deshalb von den MitarbeiterInnen individuell und sehr sensibel behandelt werden muss. Dies lässt zudem auf eine Verbesserung der Sozialkompetenz der MitarbeiterInnen schließen.

Zusammengefasst ergibt sich für MitarbeiterInnen somit eine im nachfolgenden Kapitel dargestellte Wirkungskette.

4.5.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Hauptamtliche MitarbeiterInnen investieren ihre Zeit und ihre Fähigkeiten in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen wiederum bezahlte Arbeitsplätze sowie die benötigten Arbeitsmittel zur Verfügung und bieten Weiterbildungsmöglichkeiten. Der unmittelbare Output der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Bezug auf die MitarbeiterInnen ist die Anzahl an bezahlten Arbeitsstunden sowie die Anzahl bzw. Qualität der Weiterbildungen.

Tabelle 4-8: Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes Bereitstellung von Arbeitsmitteln Weiterbildungsmöglichkeiten	Anzahl an bezahlten Stunden Anzahl/Qualität an Weiterbildungen	Feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen erhöhte physische Beeinträchtigung höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz erhöhte psychomentele Belastung Teamarbeit im Vergleich zu MD Know-how Gewinn durch Zusatzqualifikationen	Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich Möglichkeit eines Alternativjobs im Hilfskräftebereich (nur für nicht qualifizierte MA)

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind jedoch die Wirkungen, die durch die Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hervorgerufen werden. Dieser liegt der Berechnung der stakeholderspezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

4.5.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die MitarbeiterInnen haben durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 100.644.842 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 4-9: monetarisierte Wirkungen der MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen	
Feste Beschäftigung und fixes Einkommen	
Jährl. durchschnittliche Bruttogehälter der MitarbeiterInnen (in VZÄ)	
abzügl. durchschnittl. Arbeitslosengeld	
abzügl. Sozialversicherungsbeitrag (DN-Beitrag)	
abzügl. Lohnsteuer	
zuzüglich freiwilliger Sozialaufwendungen	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe differenziert)	€ 41.105.177
Erhöhte physische Beeinträchtigung	
Folgekosten von Rückenbeschwerden	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ)	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	-€ 8.663.594
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	
Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	€ 17.919.413
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	
Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	€ 54.170.892

Verbesserung der Sozialkompetenz

Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)

€ 5.642.810

Erhöhte psychomenteale Belastung

Folgekosten von Burnout

multipliziert mit Burnout-Rate in Pflegeberufen

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)

-€ 11.755.854

Teamarbeit – enge Zusammenarbeit

Kosten für ein Weiterbildungspaket „Teambuilding“

Multipliziert mit Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe

Abzüglich Deadweight Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)

€ 1.702.512

Know-how Gewinn / Weiterbildungsmöglichkeiten

Aufwand für Aus- und Weiterbildungen

Abzüglich Deadweight (Anteil der Unternehmen die Weiterbildungen anbieten)

€ 523.487

Gesamtprofit der hauptamtlichen MitarbeiterInnen

€ 100.644.842

Die monetarisierten Wirkungen für eine **festе Beschäftigung und ein fixes Einkommen** werden ausgehend vom jährlichen Nettoeinkommen einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters abzüglich des Arbeitslosengeldes bzw. Notstandshilfe (AMS 2013a), das sie/er ohne die Beschäftigung erhalten würde, zuzüglich des freiwilligen Sozialaufwandes berechnet. Das durchschnittliche, zusätzliche Netto-Einkommen wird schließlich auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet.

Als Deadweight muss der Profit für jenen Anteil an Personen abgezogen werden, die sonst auch einen Arbeitsplatz entsprechend ihrer Qualifikation in einer anderen Organisation bekommen und somit ebenfalls ein zusätzliches Einkommen erhalten hätten. Dem Interview mit Vertretern des AMS und WAFF zufolge ist bei der Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes zwischen qualifiziertem und nicht qualifiziertem Bereich der Pflegeberufe zu differenzieren. Während sich die Möglichkeit eines Alternativjobs für diplomierte Gesundheitskrankenschwestern und PflegehelferInnen auf den Bereich der qualifizierten Pflegeberufe beschränkt, könnten dem Vertreter des AMS zufolge MitarbeiterInnen, die als Heimhilfe (nicht qualifizierter Bereich) tätig sind, zusätzlich noch in den Hilfskräftebereich (insbesondere Einzelhandel und Gastronomie) vermittelt werden. Bezugnehmend auf Daten des AMS (Anzahl offener Stellen für qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Pflegeberufe und Hilfskräfteberufe für aufnahmefähige Wirtschaftsklassen) sowie Screening von Stellenangeboten in Print- und Onlinemedien konnten Anteile von 12,62% (DGKP/S, PflegehelferInnen) bzw. 32,35% (Heimhilfe) für die Möglichkeit eines Alternativjobs errechnet werden (AMS 2013a). Für das hauswirtschaftliche Personal wurde ebenfalls die Arbeitslosenquote im Hilfskräftebereich herangezogen. Für die Berechnung des Deadweights für MitarbeiterInnen der Verwaltung wurde die Arbeitslosenquote für Niederösterreich von 2013 auf Basis der nationalen Berechnungen verwendet. Der Deadweight, die Möglichkeit eines Alternativjobs, für MitarbeiterInnen der Verwaltung liegt somit bei 90% (AMS 2013). Dieser Deadweight wurde auch für die Geschäftsführung, die Pflegedienst- und Heimleitung, sowie für sonstiges Personal wie ÄrztInnen oder TherapeutInnen herangezogen. Für das

Küchenpersonal wurde die Arbeitslosenquote in der Gastronomie verwendet, diese lag im Jahr 2013 bei 16% (AMS 2014).

Der Umstand, dass die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung auch eine wesentliche körperliche Beanspruchung (schweres Heben, Tragen oder Lagern) darstellt (Höge/Glaser 2005) und somit zu einer **erhöhten physischen Beeinträchtigung** führt (insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen), wurde als negative Wirkung für die MitarbeiterInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen identifiziert. Dadurch werden die monetarisierten Wirkungen um 8.663.594 Euro reduziert. Als Proxy für die Monetarisierung wurden hier die Folgekosten von Rückenproblemen (Göbel 2001) herangezogen, auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxyindikators des entgangenen Bruttoeinkommens von MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt. Für MitarbeiterInnen aus der Verwaltung wurde hierfür ein weitaus niedriger Deadweight in Höhe von 16% (eigene Berechnungen) angewendet, zumal davon auszugehen ist, dass dieselbe Wirkung ausschließlich bei einer Verwaltungstätigkeit im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen erzielt werden kann.

Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) ist eine weitere wesentliche Wirkung, die allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator der Gehaltsunterschied zu einem profitorientierten Unternehmen herangezogen. Laut einer Studie von Leete (2000) ist das Gehaltsniveau in profitorientierten Unternehmen zwischen 10% und 20% höher als in Nonprofit Organisationen. Der Proxyindikator wurde auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einer Alternativbeschäftigung erzielt hätten.

Der tägliche Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der in den Alten- und Pflegeheimen tätigen MitarbeiterInnen bei. Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden als Proxyindikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, konkret der Besuch eines Kurses zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.450 Euro (Egos 2012) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der MitarbeiterInnen nach Berufsgruppe hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich) bereinigt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Neben der physischen Beeinträchtigung ist die **erhöhte psychomentele Belastung** der MitarbeiterInnen ebenfalls eine negative Wirkung, die Pflege- und Sozialberufe nach sich ziehen. Beschäftigte in Pflegeberufen sind mit kontinuierlichen Veränderungen ihrer Arbeitsbedingungen konfrontiert. Darunter fallen insbesondere die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen, die zunehmende Bürokratisierung im Pflegealltag, genaue Dokumentationen, geteilte Dienste, ungenügend Zeit für pflegerische Tätigkeiten und vor allem die regelmäßige Konfrontation mit menschlichem Leid, die zu Stress und Hektik im Pflegealltag führen (Tovstentchouk 2009). Zusätzlich können Angehörige der BewohnerInnen, vor allem jene die ihre Familienangehörigen besonders oft besuchen und vermehrt Ansprüche stellen, zum Problem werden. Für die MitarbeiterInnen bedeutet dies, dass die ohnehin begrenzten Zeitressourcen mit den Erwartungen der Angehörigen in Einklang gebracht werden müssen. Die genannten Faktoren wirken sich auch erheblich auf die Zeit für Gespräche mit den BewohnerInnen aus, denn sie werden immer kürzer. Somit ist eine erhöhte emotionale Belastung und emotionale Dissonanz vorprogrammiert, die im

schlimmsten Fall zur emotionalen Erschöpfung und Burnout führen kann (Tovstentchouk 2009). Für die Monetarisierung wurden hierfür die Folgekosten eines Burnouts (Schneider 2013) herangezogen. Diese beinhalten Psychotherapiekosten und Krankenstandstage. Diese wurden um den Deadweight bereinigt, der sich aus der bereinigten Burnout-Rate⁷ für Pflegeberufe von 12% (Tovstentchouk 2009, Grundmann 2012, ÖBVP 2011) und andererseits der Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich zusammensetzt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Als weitere wichtige Wirkung für die MitarbeiterInnen hat sich die **enge Zusammenarbeit** herauskristallisiert. Die Arbeit im Team wird als besonders positiv hervorgehoben. Vor allem das Reden über belastende Fälle führt sichtlich zu einem angenehmen Klima unter den MitarbeiterInnen. Diese Wirkung kann ebenfalls nicht direkt gemessen werden. Als Proxyindikator wurden die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch einiger Kurse zum Thema „Teambuilding“, in Höhe von Euro 270-355 (Wifi Wien 2013) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der betroffenen MitarbeiterInnen hochgerechnet. Als Deadweight wurde die Wahrscheinlichkeit eines guten Betriebsklimas bei anderen ArbeitgeberInnen von 70% abgezogen (Betriebsklima 2013).

Zusätzlich trägt der Nutzen aus der **persönlichen und fachlichen Weiterbildung** zum Gesamtprofit der MitarbeiterInnen bei. Zur Bewertung wurde der getätigte Aufwand für die Aus- und Weiterbildung herangezogen und um den Anteil der Unternehmen, die Weiterbildungen anbieten, in Höhe von 72% reduziert (Markowitsch/Helfer 2003).

4.6 EHRENAMTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind in den niederösterreichischen Alten- und Pflegeheimen besonders strukturiert organisiert. Die Ehrenamtlichen nehmen sich Zeit für Gespräche mit den BewohnerInnen, gehen auf persönliche Wünsche ein (z.B. durch Vorlesen oder kleinere Ausflüge) und vermitteln den BewohnerInnen Geborgenheit und das Gefühl ernst genommen zu werden. In den niederösterreichischen Alten- und Pflegeheimen werden den Ehrenamtlichen Fortbildungen, regelmäßige Teambesprechungen, Feedbackrunden und Supervision, Verpflegung im Heim, Fahrtkostenersatz, Versicherungsschutz und die Teilnahme an Feiern, Festen und Ausflügen geboten. Durch die Arbeit im Team wird den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen Sicherheit und Rückhalt geboten. Aus der Möglichkeit zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch können auch neue Bekanntschaften und Freundschaften entstehen.

4.6.1 Wirkungskette Ehrenamtliche MitarbeiterInnen

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen investieren ihre Zeit und ihre Fähigkeiten in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen wiederum ehrenamtliche Positionen sowie die benötigten Arbeitsmittel zur Verfügung und bieten Weiterbildungsmöglichkeiten an. Der unmittelbare Output der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Bezug auf die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ist die Anzahl an ehrenamtlichen Arbeitsstunden sowie die Anzahl bzw. Qualität der Weiterbildungen.

⁷ Differenz zwischen Burnout-Rate für Pflegeberufe (= 33%) (Tovstentchouk 2009) und Durchschnittsburnout-Rate für Erwerbstätige mit Pflichtschulabschluss (= 21%) (ÖBVP 2011).

Tabelle 4-10: Wirkungskette ehrenamtliche MitarbeiterInnen

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit	Zurverfügungstellung einer ehrenamtlichen Position		höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	
Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...)	Bereitstellung von Arbeitsmitteln	Anzahl an ehrenamtlichen Stunden	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	Möglichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements
Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Weiterbildungsmöglichkeiten	Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen	Verbesserung der Sozialkompetenz	
	Sozialleistungen		Know-how Gewinn	
	Koordination der Ehrenamtlichen		Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Gemeinschaftsgefühl, Freundschaften	

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind jedoch die Wirkungen, die durch die Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hervorgerufen werden. Dieser liegt der Berechnung der stakeholderspezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

4.6.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen haben durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 5.248.516 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 4-11: monetarisierte Wirkungen der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen	
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	
Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim multipliziert mit der Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	€ 2.540.332
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	
Durchschnittliche Spende einer/eines Österreicher/Österreicherin multipliziert mit der Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	€ 126.154
Verbesserung der Sozialkompetenz	
Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills") multipliziert mit Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	€ 2.323.874
Know-how Gewinn	
Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche multipliziert mit Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	€ 207.036

Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Freundschaften

Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr

multipliziert mit Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight

(Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)

€ 51.120

Gesamtprofit der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen

€ 5.248.516

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxyindikators des entgangenen Bruttoeinkommens von MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe durch ein einmonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet und um den Deadweight, der Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements in Höhe von 46%, bereinigt (BMASK 2013).

Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator die Höhe einer durchschnittlichen Spende einer ÖsterreicherIn von 91,40 Euro (Neumayr und Schober 2012) herangezogen und auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einem alternativen ehrenamtlichen Engagement erzielt hätten.

Der Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der in den Alten- und Pflegeheimen tätigen Ehrenamtlichen bei. Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden als Proxyindikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, im Konkreten der Besuch eines Kurses zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.450 Euro (Egos 2012) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements) bereinigt.

Des Weiteren profitieren die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen von einem **Know-how Gewinn** im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Alten- und Pflegeheim. Um diese Wirkung in Geldeinheiten bewerten zu können, wurden die Kosten eines Basiskurses für pflegende Angehörige beziehungsweise Ehrenamtliche herangezogen (WRK 2014) und auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet. Es wurde wiederum ein Deadweight abgezogen.

Durch das ehrenamtliche Engagement erfahren die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der Alten- und Pflegeheime **Wertschätzung und ein Zugehörigkeitsgefühl**. Es entstehen neue Freundschaften. Viele Ehrenamtliche hatten zuvor selbst Angehörige im Alten- und Pflegeheim und sind nach dem Tod ihres Angehörigen als Ehrenamtliche im Pflegeheim geblieben. Diese Wirkung kann nur mit Hilfe eines Proxyindikators bewertet werden. Es wurden dafür die Kosten einer Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr herangezogen (FCWIEN 2013) und auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet. Es wurde hier ein Deadweight von 90% abgezogen, da davon ausgegangen wird, dass die Ehrenamtlichen auch ohne stationäre Pflegeeinrichtungen Freunde finden würden und Wertschätzung erfahren würden.

4.7 KRANKENHÄUSER

Unter dem Stakeholder **Krankenhäuser** werden vor allem die niederösterreichischen Krankenanstalten und die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements der niederösterreichischen Spitäler verstanden.

Dieser Stakeholder wurde als einer der wichtigsten identifiziert, da sich die Krankenanstalten durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erhebliche Kosten in der Versorgung von Procuratio-Fällen ersparen. Außerdem profitieren die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement von einem geringeren verwaltungstechnischen Aufwand. Bei

Procuratio-PatientInnen handelt es sich um pflegebedürftige Personen, die auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers in einer öffentlichen Krankenanstalt gepflegt werden, ohne dass die Anstaltspflege durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist. Procuratio-PatientInnen waren im Rahmen des Spitalsaufenthalts als Pflegefall mit umfangreichen organisatorischen und verwaltungstechnischen Angelegenheiten wie Pflegeheimanträge konfrontiert. Die Versorgung von Pflegefällen in Krankenanstalten entspricht nicht den primären Aufgaben einer Krankenanstalt, da die Versorgung der Procuratio-Fälle in den entsprechenden Pflegeeinrichtungen wesentlich zweckmäßiger wäre (Rechnungshofbericht 2011/2).

4.7.1 Wirkungskette Krankenhäuser

Der Input des Stakeholders Krankenhäuser liegt bei der Vermittlung von PatientInnen an die stationären Pflege- und Betreuungsdienste. Durch die Übernahme der PatientInnen liegt der Output also bei der Anzahl der von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommenen PatientInnen, was zu einem Outcome von weniger Procuratio-Fällen führt. Dieser Outcome ist aufgrund der hohen Kosten, die bei einem Procuratio-Fall für das Krankenhaus entstehen, anteilmäßig im Vergleich zu allen anderen Stakeholdern groß, wie nachfolgende Berechnung zeigt. Ein weiterer wichtiger Outcome ist der geringere verwaltungstechnische Aufwand für die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement der jeweiligen Krankenanstalt, da diese einen viel größeren verwaltungstechnischen Aufwand hätten. Zusätzlich profitieren die Krankenanstalten von einer Zeitersparnis durch eine bereits durchgeführte Diagnostik durch die HeilmärztInnen. Bei Krankenhausaufenthalten von BewohnerInnen werden alle notwendigen Befunde und Unterlagen aufbereitet und den behandelnden ÄrztInnen in den Spitälern zur Verfügung gestellt. Somit ersparen sich die ÄrztInnen in der Durchführung der Diagnostik Zeit. Als Deadweight müssen hier wiederum alle BewohnerInnen, die auch ohne die Alten- und Pflegeheime zu Procuratio-Fällen im Krankenhaus geworden wären, abgezogen werden.

Tabelle 4-12: Wirkungskette der Krankenhäuser

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Vermittlung an APH	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von APH übernommenen PatientInnen	weniger Procuratio-Fälle geringerer verwaltungstechnischer Aufwand Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH Procuratio-Fälle im KH werden würden

4.7.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt ergeben sich für den Stakeholder Krankenhäuser **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 323.637.247Euro**, wobei der Großteil durch eingesparte Procuratio-Fälle entsteht. Der Deadweight ist bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 4-13: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser

Krankenhäuser	
Weniger Procuratio-Fälle	
Höhe der Kosten für einen Krankenhaustag (Procuratio) multipliziert mit der Anzahl der zusätzlichen Procuratio-Fälle multipliziert mit 365 für das ganze Jahr	€ 321.958.835
Geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	
Anzahl der vollzeitäquivalenten MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement multipliziert mit durchschnittlich jährlichem Personalaufwand für diplomierte Krankenschwestern (+ 100 % mehr MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement)	€ 1.373.356
Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	
Anzahl BewohnerInnen die ins Krankenhaus kommen multipliziert mal 1,5 Stunden Diagnoseaufwand multipliziert mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin (+ 50% mehr Diagnoseaufwand wären erforderlich)	€ 305.056
Gesamtprofit der Krankenhäuser	€ 323.637.247

Der Outcome **reduzierte Belagsdauer** der Procuratio-Fälle in den Krankenhäusern wurde als höchst relevant identifiziert, da Procuratio-Fälle (jene Personen, die in Akutkrankenanstalten ohne ärztliche Versorgung untergebracht sind) in den Krankenhäusern zu sehr hohen Kosten führen. Die durchschnittlichen Kosten je Belagstag für einen Procuratio-Fall liegen in den niederösterreichischen Krankenanstalten bei 583 Euro (persönliche Auskunft der niederösterreichischen Landesregierung 2015). Für die vorliegende Berechnung werden nur jene BewohnerInnen betrachtet die sonst zum Procuratio-Fall in einer Krankenanstalt erklärt werden müssten. Dies sind insgesamt 1.513 BewohnerInnen.

In vorliegender Analyse wird davon ausgegangen, dass über das ganze Jahr 2013 gerechnet, 1.513 Procuratio-Fälle mehr von den Krankenanstalten aufgenommen werden müssten.

Die Kosten, die ein Procuratio-Fall im Krankenhaus verursacht, wurden somit mit der Anzahl der Procuratio-Fälle, die über den Zeitraum von einem Jahr zusätzlich von den Krankenhäusern aufgenommen werden müssten, multipliziert.

Ein **geringerer verwaltungstechnischer Aufwand** für die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten ging aus geführten Interviews mit EntlassungsmanagerInnen hervor. Würde es keine stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geben, hätten die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement einen deutlichen höheren Aufwand und es müsste von einem zusätzlichen Personalbedarf von mindestens 100 Prozent ausgegangen werden. Die Anzahl der MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement im Jahr 2013 betrug für Wien 44,32 in Vollzeitäquivalenten (PIK Projektbericht 2010). Diese Anzahl wurde über die Anzahl der Spitalsentlassungen in Wien und Niederösterreich berechnet, was letzten Endes für die Niederösterreich 25 VZÄ ergibt. Durch einen zusätzlichen Personalbedarf von 100 Prozent, wird der Profit für einen geringeren verwaltungstechnischen Aufwand, aus der Anzahl der MitarbeiterInnen, multipliziert mit dem durchschnittlichen jährlichen Personalaufwand für eine diplomierte Krankenschwester, berechnet.

Bei der Berechnung der verwaltungstechnischen Ersparnis wurde der Personalaufwand einer MitarbeiterIn im Entlassungsmanagement herangezogen, wobei in weiterer Folge ein Teil des Personalaufwands dem Träger des Krankenhauses zugeschrieben werden müsste. Dies wird

in dieser Analyse jedoch nicht mehr berücksichtigt, da es das Ausmaß der Analyse überschreiten würde.

Ein weiterer Outcome ist die **Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik**. Diese wurde mit der Anzahl der BewohnerInnen die ins Krankenhaus kommen, multipliziert mal 1,5 Stunden durchschnittlichen Diagnoseaufwand und mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin monetarisiert. Es wurde die Annahme getroffen, dass zusätzlich 50% mehr Diagnoseaufwand erforderlich wäre.

4.8 BUND

Die Gebietskörperschaft **Bund** ist als Anspruchsgruppe ein komplexes Gebilde und bietet daher eine Vielzahl an Perspektiven, die gegenüber den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eingenommen werden. Der Fokus der vorliegenden Analyse liegt in der Betrachtung als Akteur im Steuer- und Abgabebereich wie auch im politischen Bereich, der eine hohe Beschäftigung und damit verbundene Steuer- und Abgabeneinnahmen verfolgt.

Nachdem die relevanten Daten aus dem vorliegenden Sekundärmaterial und den durchgeführten Erhebungen bei anderen Stakeholdern hinreichend bekannt sind, wurde auf eine Primärerhebung verzichtet. Die Nutzenbeschreibungen erfolgten somit auf Basis von Sekundärmaterial und allgemeinem Wissen.

Durch die Existenz der Alten- und Pflegeheime kann der Bund zusätzliche Steuereinnahmen lukrieren. Dazu zählen Lohnsteuern, die für die Personen anfallen, die aufgrund der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine Erwerbsarbeit haben und für welche Beiträge – hier dem Bund zugerechneten – Dienstgeberbeitrag (DB) zum Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) bezahlt werden.

Ein gewisser Nutzen liegt für den Bund noch darin, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Zivildienstler beschäftigen. Diese wurden jedoch aus der Analyse exkludiert.

Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

4.8.1 Wirkungskette Bund

Der Bund investiert in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Beihilfen, die wiederum Leistungen erbringen. Die Aktivitäten der Alten- und Pflegeheime bestehen in der Pflege und Betreuung der BewohnerInnen und Bereitstellung von Arbeitsplätzen. Der entsprechende Output ist die Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen sowie die Anzahl an hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

Tabelle 4-14: Wirkungskette des Bundes

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfe	Pflege und Betreuung	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB)	Möglichkeit eines Alternativjobs
	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung zukaufen würden Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH mithilfe von erwerbstätigen Angehörigen zurechtkommen

Für die SROI-Analyse besonders relevant ist wiederum der Outcome, der aufgrund der Aktivitäten und dem damit verbundenen Output entsteht. Dies ist im Konkreten der Umfang der zusätzlich lukrierten Steuereinnahmen, das Einsparen von Förderungen für 24h-Betreuung sowie Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige. Als Deadweight abzuziehen sind einerseits Steuereinnahmen, die aufgrund von Alternativarbeitsplätzen zu erzielen wären, und andererseits Einsparungen, die ohne Existenz der Alten- und Pflegeheime zu erzielen wären.

4.8.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt erzielt der Bund **monetarisierte Wirkungen von 40.823.629 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird nachfolgend näher erläutert.

Tabelle 4-15: monetarisierte Wirkungen des Bundes

Bund	
Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	
Höhe der Lohnsteuer nach Berufsgruppe Höhe der Dienstgeberbeiträge multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	€ 32.085.272
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	
Jährliche Förderungshöhe für 24h-Betreuung (€ 6.600,-) multipliziert mit Anteil der Förderung, den das Bundessozialamt übernimmt (= 60%) multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden	€ 4.673.181

Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige

Höhe des Beitrages der Selbstversicherung
multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die zumindest in Pflegegeldstufe 3
sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden
abzüglich des Deadweights (Anteil pflegender Angehöriger, die keiner
Erwerbstätigkeit nachgehen = 75,1%) **€ 3.771.767**

Zusätzliche Einnahmen (Ausgleichstaxe Behinderteneinstellungsgesetz)

Höhe der abgeführten Ausgleichstaxe des
Behinderteneinstellungsgesetzes **€ 293.409**

Gesamtprofit des Bundes € 40.823.629

Der Bund profitiert aufgrund von **Lohnsteuereinnahmen** und DG-Beiträgen der hauptamtlichen MitarbeiterInnen in der Höhe von 32.085.272 Euro. Hierbei wurde allerdings ein Deadweight, also die Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu erlangen, abgezogen.

Zusätzlich zum Profit aus Steuereinnahmen kann der Bund aufgrund der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Förderungen für 24h-Betreuung sowie Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige, einsparen. Die **Einsparung der 24h-Betreuungs-Förderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe (550 Euro pro Monat) (BMASK 2013), dem Förderungsanteil, den das Bundessozialamt übernimmt und der Anzahl der BewohnerInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Betreuung zukaufen würden.

Die **Selbstversicherung für pflegende Angehörige** kann auch neben einer aus Erwerbstätigkeit bestehenden Pflichtversicherung in Anspruch genommen werden. Die Bedingungen dafür sind einerseits, dass der pflegebedürftige Angehörige Anspruch auf ein Pflegegeld zumindest der Stufe 3 hat und andererseits eine erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft durch die Pflege in häuslicher Umgebung vorliegt (Pensionsversicherung 2013). Für die Berechnung wurde die Höhe des Beitrages der Selbstversicherung von 358,04 Euro (eigene Erhebung beim BMASK 2013) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die zumindest in Pflegestufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden hochgerechnet und um den Deadweight, Anteil pflegender Angehöriger, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, bereinigt.

4.9 LAND NIEDERÖSTERREICH

Das Land Niederösterreich investiert in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Gelder. Diese werden in erster Linie über den Stakeholder Gemeinden bezogen. Obwohl die Abrechnung direkt zwischen dem Land Niederösterreich und den Gemeinden sowie Sozialhilfverbänden läuft, werden die, durch das Land Niederösterreich den Gemeinden und Sozialhilfverbänden refundierten, Beträge in dieser Analyse dem Land zugerechnet. Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

4.9.1 Wirkungskette Land Niederösterreich

Das Land Niederösterreich investiert in die Alten- und Pflegeheime in Form von Errichtungskosten und gleicht die Nettoausgaben aus. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen werden Personen beschäftigt und BewohnerInnen stationär gepflegt

und betreut. Wirkungen die aufgrund dieser Unternehmensaktivität dem Land Niederösterreich entstehen, sind folgender Tabelle zu entnehmen und werden darauf folgend berechnet und monetarisiert.

Tabelle 4-16: Wirkungskette des Land Niederösterreich

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Errichtungskosten Ausgleich der Nettoausgaben der APH	Betreuung und Pflege	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Zusätzliche Steuereinnahmen Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung oder mobile Dienste zukaufen würden
	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Dienste Erfüllung des Versorgungsauftrages	Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl hervorruft

4.9.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt erzielt das Land Niederösterreich **monetarisierte Wirkungen von 6.028.532 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in Tabelle 4-17 näher erläutert.

Tabelle 4-17: monetarisierte Wirkungen des Landes Niederösterreich

Land Niederösterreich	
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Jährliche Förderungshöhe für 24h-Betreuung (€ 6.600,-) multipliziert mit Anteil der Förderung, den das Land übernimmt (= 40%) multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden	€ 2.191.519
Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Pflege jährliche Höhe der Landesbeiträge multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sonst mobile Pflegedienste zukaufen würden	€ 3.837.013
Erfüllung des Versorgungsauftrages	Bei Stakeholder allgemeiner Bevölkerung berechnet
Gesamtprofit des Landes Niederösterreich	€ 6.028.532

Die **Einsparung der 24h-Betreuungsförderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe (550 Euro pro Monat) (BMASK 2012), dem Förderungsanteil, den das Land

übernimmt und der Anzahl der BewohnerInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Betreuung zukaufen würden. Somit ergibt sich ein Outcome von 2.191.519 Euro.

Das Land Niederösterreich profitiert durch die Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, indem es keine zusätzlichen **Landesbeiträge für mobile Pflegedienste** zu leisten hat, die im Alternativszenario für jene BewohnerInnen, die mobile Dienste zukaufen müssten/könnten, entstehend würden. Der Profit errechnet sich aus der Anzahl benötigter bzw. zugekaufter Stunden von anerkannten anbietenden mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten im Alternativszenario und dem Beitrag, den das Land direkt an die betreuende Trägerorganisation zuzahlt, in Höhe von 3.837.013 Euro.

Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vermitteln der allgemeinen niederösterreichischen Bevölkerung ein **Sicherheitsgefühl**, insofern, als dass sichergestellt ist, dass bei einer hohen Pflegebedürftigkeit Alten- und Pflegeheime zur Verfügung stehen. Das Land Niederösterreich profitiert somit davon, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen mithelfen den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das berechnete Sicherheitsgefühl wird bei diesem Stakeholder allerdings nur grau dargestellt, da der Outcome direkt bei dem Stakeholder „allgemeine Bevölkerung“ berücksichtigt wird.

4.10 SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Die **Sozialversicherungsträger** in Österreich sind für die Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung zuständig. Die Sozialversicherungen werden in der vorliegenden Analyse hauptsächlich deswegen berücksichtigt, da es Profite im Sinne der SROI-Analyse im Zusammenhang mit den hauptamtlichen Beschäftigten gibt. Der unmittelbare Nutzen der Sozialversicherungsträger besteht in der Einnahme von zusätzlichen Beiträgen, die sonst nicht lukriert werden könnten. Dies betrifft alle Personen die, aufgrund der Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen und deren Aktivitäten, eine Erwerbsarbeit haben.

4.10.1 Wirkungskette Sozialversicherungsträger

Die Sozialversicherungen stellen den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Sachleistungen, insbesondere Inkontinenzprodukte und Medikamente, zur Verfügung. Die für diese Stakeholder relevante Aktivität ist die Bereitstellung von Arbeitsplätzen und die damit verbundenen zusätzlichen Beitragsleistungen. Der entsprechende Output ist die Anzahl an hauptamtlich beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verlieren würden.

Tabelle 4-18: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Sachleistungen (Inkontinenzprodukte, Medikamente etc.)	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Pflege und Betreuung der BewohnerInnen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen Anzahl betreuter BewohnerInnen	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich (Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen, Krankentransporte)	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, bei denen auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt worden wäre

4.10.2 Berechnung stakeholder-spezifischer monetarisierter Wirkungen

Den Sozialversicherungsträgern entstehen **monetarisierter Wirkungen von 55.461.330 Euro**.

Tabelle 4-19: monetarisierter Wirkungen der Sozialversicherungsträger

Sozialversicherungsträger & MVK	
Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	
Höhe des SV-Beitrags (DG-Anteil) + Höhe des SV-Beitrags (DN-Anteil) multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	€ 55.461.330
Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	Bei Stakeholder Krankenhaus, niedergelassene ÄrztInnen und Einsatzorganisationen berechnet
Gesamtprofit der Sozialversicherungsträger	€ 55.461.330

Die **Beiträge zur Sozialversicherung** wurden anhand der ermittelten Anzahl an VZÄ-Beschäftigten berechnet. Abgezogen wurde ein Deadweight in der Höhe der Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu finden.

Zusätzlich profitieren die Sozialversicherungsträger von Einsparungen im Gesundheitsbereich, da die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen medizinisch pflegerische Leistungen übernehmen, die im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege, direkt durch praktische ÄrztInnen, oder in Krankenanstalten durchgeführt, über die jeweilige Sozialversicherung abgedeckt werden würden. Dies wurde in folgender Studie soweit es die vorhandenen Daten erlauben, über die Stakeholder Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen und Einsatzorganisationen abgedeckt. Jedoch ist anzumerken, dass beispielsweise unterschiedliche Therapieformen, von denen die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren, aufgrund der fehlenden Daten nicht berücksichtigt wurden und somit die monetarisierten Wirkungen der Sozialversicherungsträger weit **unterschätzt** sind.

4.11 AMS

Der Stakeholder **Arbeitsmarktservice (AMS)** ist ein Dienstleistungsunternehmen des öffentlichen Rechts. Im Jahr 1994 wurde die Arbeitsmarktverwaltung aus dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ausgegliedert und das AMS mit dem Auftrag des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz für Aktivitäten im Rahmen der Vollbeschäftigungspolitik konstituiert. Das AMS berät, informiert, qualifiziert und fördert Arbeitssuchende und Unternehmen. Wesentliche Aufgaben beziehungsweise Ziele des Arbeitsmarktservice sind: Senkung der Arbeitslosenquote, Schaffung von Arbeitsplätzen, Arbeitslosigkeit von Jugendlichen kurz halten, Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit, Erhöhung der Arbeitsmarktchancen durch Qualifizierung (AMS 2006).

Das AMS wird in der vorliegenden Analyse hauptsächlich berücksichtigt, da es monetarisierte Wirkungen im Sinne der SROI-Analyse im Zusammenhang mit den hauptamtlich Beschäftigten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hat.

Auch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verfolgen unter anderem das Ziel, Arbeitsplätze zu schaffen. Das AMS profitiert demnach hinsichtlich der Einsparungen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe für jene Personen, die durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine Anstellung finden und damit eine kontinuierliche Beschäftigungsmöglichkeit erhalten werden kann.

Zusammengefasst ergibt sich für das AMS somit eine im nachfolgenden Kapitel dargestellte Wirkungskette.

4.11.1 Wirkungskette AMS

Das AMS leistet keinen direkten Input in die Alten- und Pflegeheime. Die für das AMS relevante Aktivität ist die direkte und indirekte Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen und die damit vermiedene Arbeitslosigkeit. Der entsprechende Output ist die Anzahl an beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verlieren würden.

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, hier als Outcome bezeichnet, die durch den Output hervorgerufen werden. Für das AMS sind hier einerseits die Einsparungen von Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe sowie die durch die Beschäftigung erzielten Beiträge zur Arbeitslosenversicherung als Profit zu bewerten. Als Deadweight wird wiederum die Möglichkeit für die betroffenen Beschäftigten einen vergleichbaren Alternativjob zu finden herangezogen.

Tabelle 4-20: Wirkungskette des AMS

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Bereitstellung von Ausbildungsplätzen	Anzahl an beschäftigten u. ausgebildeten MitarbeiterInnen	Einsparung von Arbeitslosengeld/ Notstandshilfe Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären

4.11.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Das AMS erzielt insgesamt **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 59.201.970 Euro**, die sich wie in der nachfolgenden Tabelle beschreiben zusammensetzen.

Tabelle 4-21: monetarisierte Wirkungen AMS

Arbeitsmarktservice	
Einsparung von Arbeitslosengeld	
Höhe des Arbeitslosengelds nach Berufsgruppe multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	
	€ 59.201.970

Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Höhe des Arbeitslosengeldsatzes nach Berufsgruppe

Multipliziert mit dem Beitragssatz zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen (ALG)

Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)

**Bei SV
berücksichtigt**

Gesamtprofit des AMS

€ 59.201.970

Zur Berechnung des Profits des AMS wurde das **durchschnittliche Arbeitslosengeld** herangezogen und auf alle Beschäftigten (VZÄ) umgelegt. Hinzu kommt weiters ein Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen, den ebenfalls das AMS an die Sozialversicherungen leistet.

Dadurch, dass die **zusätzlichen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung** ein integrativer Bestandteil der Sozialversicherungsbeiträge sind, wird dieser Profit bei den Sozialversicherungsträgern berücksichtigt und hier nicht extra ausgewiesen.

4.12 LIEFERANTINNEN UND LIEFERANTEN

Unter den **LieferantInnen**, im weiteren Sinne, wurden all jene subsummiert, von denen die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Materialien und sonstige Leistungen bezogen haben. Auch ein Großteil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen, wie z.B. Betriebskosten, wurde den LieferantInnen zugerechnet. Hierzu zählen vor allem LieferantInnen, die Produkte für die Pflege und Betreuung, Dienstbekleidung, Reinigungsmaterialien und Lebensmitteleinsätze anbieten.

4.12.1 Wirkungskette LieferantInnen

Die für diesen Stakeholder relevante Unternehmensaktivität der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen liegt im Bezug von Produkten und Dienstleistungen, um den Betrieb der Alten- und Pflegeheime erst zu ermöglichen. Die Anzahl und der Umfang an abgenommenen Produkten beziehungsweise Dienstleistungen ist der entsprechende Output. Für diesen Stakeholder liegt der Outcome im Erhalt zusätzlicher Aufträge und somit in Folge in zusätzlichen Einnahmen. Als Deadweight müssen hier Aufträge, die durch andere Organisationen zustande kämen oder kompensiert werden könnten, abgezogen werden.

Tabelle 4-22: Wirkungskette der LieferantInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Produkte/Dienstleistungen	Bezug von Produkten und Dienstleistungen um den Betrieb der APH zu ermöglichen	Anzahl und Umfang an abgenommenen Produkten/Dienstleistungen	Zusätzliche Aufträge	Aufträge, die durch andere Organisationen/ Firmen kompensiert werden könnten

4.12.2 Berechnung stakeholder-spezifischer monetarisierter Wirkungen

Die LieferantInnen erzielen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen **monetarisierter Wirkungen von 38.967.092 Euro**.

Tabelle 4-23: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen

LieferantInnen	
Zusätzliche Aufträge	
Höhe der Kosten für Materialien und bezogene Leistungen abzüglich Deadweight (Anteil an Aufträgen, die auch ohne APH zustande gekommen wären)	€ 38.967.092
Gesamtprofit der LieferantInnen	€ 38.967.092

Der Nutzen für die LieferantInnen liegt primär im **Erhalt zusätzlicher Aufträge** durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Um diesen Profit berechnen zu können, wurden die Daten aus den Bilanzen der Alten- und Pflegeheime herangezogen, aggregiert und hochgerechnet. Je nach unterschiedlicher Leistung, ergibt sich ein unterschiedlicher Deadweight.

So wurde im Rahmen eines Interviews mit einem Anbieter von Pflegeprodukten wie Hautschutzcremen, Reinigungstüchern, Wundversorgungsmaterialien, Inkontinenzprodukten, Kompressionsbandagen etc. eingeschätzt, wie wichtig die Alten- und Pflegeheime sind und ob die Aufträge auch anderweitig kompensiert werden könnten. Grundsätzlich bringen die Alten- und Pflegeheime laut Auskunft des/der LieferantIn verhältnismäßig wenig Umsatz im Vergleich zu Krankenhäusern und anderen Institutionen im Gesundheitsbereich. Hinsichtlich der Kompensation, wenn es keine Alten- und Pflegeheime gäbe, kommt der/die Befragte zu dem Ergebnis, dass Inkontinenzprodukte wohl auch bei einer Betreuung und Pflege im Alternativszenario in gleicher Menge und sicher auch Qualität abgesetzt werden würden. Produkte zur Wundversorgung und Bandagen werden von ÄrztInnen verschrieben und dann über die Apotheken beziehungsweise Bandagisten abgegeben. Das gilt seines/ihres Wissens auch für die PflegeheimbewohnerInnen. Falls die Alten- und Pflegeheime wegfallen würden, bliebe diese Vertriebschiene bestehen und entsprechend würde sich wiederum wenig ändern. Der Vertrieb über den Einzelhandel (z.B. Bandagist Bständig) oder über Alten- und Pflegeheime hat für den Lieferanten im Vergleich kaum Umsatzauswirkungen. Beide bekommen in etwa den gleichen Preis. Der Einzelhandel schlägt dann Margen auf, die letztlich der Konsument zu tragen hat. Insofern wäre es für die Angehörigen oder die Pflegebedürftigen selbst im Alternativszenario teurer. Der Lieferant bleibt beim gleichen Umsatz. Deshalb wurde für diese Produkte ein Deadweight von 100 % abgezogen.

Anders sieht dies jedoch für bezogene Leistungen die direkt das Pflegeheim betreffen, wie beispielsweise Schneeräumung, zugekaufte Haustechnik, Betriebskosten inklusive Energie, Dienstbekleidung, Reinigung durch Dritte, Instandhaltungsaufwand, dem Wartungsaufwand für Betten und technische Geräte, Versicherungen und Abschreibungen aus. Würde es keine Alten- und Pflegeheime gäben würden diese Aufwände fast zur Gänze ausfallen.

Für alle restlichen Sachaufwandskategorien wurde ein Deadweight von 100 % angenommen, da diese Aufwendungen durch andere KundInnen leicht zu kompensieren wären.

4.13 NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Unter dem Stakeholder **niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** werden HausärztInnen verstanden, die für PatientInnen meist die erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen sind oder im Rahmen des Hausarztmodells sogar sein müssen. Da die HeimärztInnen und diplomierten Krankenschwestern bestimmte Tätigkeiten der HausärztInnen – wie Sondenernährung, Katheder spülen, Wundversorgung etc. übernehmen – profitieren die Ärztinnen und Ärzte von einer erheblichen Zeit- und Aufwandsersparnis.

4.13.1 Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die Unterstützung bei der medizinischen Therapie zählt zu den wichtigsten Unternehmensaktivitäten für diesen Stakeholder, da sich dadurch die niedergelassenen ÄrztInnen Hausbesuche ersparen, die aufgrund der Kosten und des Aufwandes für viele HausärztInnen aufwendig sind. Als Deadweight wird hier wiederum die Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen keine Hausbesuche benötigen, abgezogen.

Tabelle 4-24: Wirkungskette der ÄrztInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Beratung und Austausch über medizinische Therapie	Übernahme von pflegerischen und medizinischen Verrichtungen	Anzahl an BewohnerInnen bei denen weniger Hausbesuche notwendig sind	Zeitersparnis	Anzahl KlientInnen, die auch ohne APH keinen Hausbesuch benötigen

4.13.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die Ärztinnen und Ärzte erzielen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 438.434 Euro**.

Tabelle 4-25: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen

ÄrztInnen	
Weniger Hausbesuche	
Anzahl der zusätzlichen Hausbesuche	
multipliziert mal 0,5 (da sonst Doppelzählung mit Einsatzorganisationen)	
multipliziert mit Kosten die durch einen Hausbesuch entstehen	
(Differenz zwischen Stundensatz von einem Hausbesuch und einer Praxisstunde)	
	€ 438.434
Gesamtprofit der ÄrztInnen	€ 438.434

Die Interviews mit ÄrztInnen haben ergeben, dass ÄrztInnen von **weniger Hausbesuchen** profitieren, da die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen pflegerische und medizinische Tätigkeiten durchführen, die ohne diese von den niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden müssten. Es wurde angenommen, dass pro Bewohner ein zusätzlicher Hausbesuch pro Woche notwendig wäre. Dies würde zu zusätzlichen 52 Hausbesuchen pro Jahr führen, wobei die Dauer eines Hausbesuches inklusive Wegzeiten ca. eine Stunde beträgt. Dies wurde jedoch nur für all jene BewohnerInnen angenommen, die im Alternativszenario zuhause leben würden. Der Profit der ÄrztInnen wurde somit aus dem entgangenen Gewinn errechnet, der ÄrztInnen durch Hausbesuche entsteht, da sie für eine Stunde in der Praxis einen höheren Stundensatz verdienen als für einen Hausbesuch (Initiative Elga, 2009). Somit gelten Hausbesuche für niedergelassene ÄrztInnen als nicht besonders attraktiv, dürfen von diesen jedoch nicht unterlassen werden.

4.14 EIGENTÜMERINNEN UND EIGENTÜMER

Unter EigentümerInnen werden die EigentümerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verstanden.

4.14.1 Wirkungskette Eigentümerinnen und Eigentümer

Die EigentümerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben 2013 einen finanziellen Verlust eingebüßt.

Tabelle 4-26: Wirkungskette der EigentümerInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Gewinn/ Verlust Zuführung/ Auflösung Rücklagen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Gewinn/Verlust Umlagen für zentrale Leistungen	Ausbau der APH bzw. anderer Leistungsbereiche möglich/ Einschränkung der APH bzw. anderer Leistungs-bereiche nötig	Umlagen für zentrale Leistungen die auch ohne APH entstanden wären

4.14.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die EigentümerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben einen **Verlust in der Höhe - 89.753 Euro**.

Tabelle 4-27: monetarisierte Wirkungen der EigentümerInnen

EigentümerInnen	
Verlust	
Verlust = Input – negative Wirkung, die als Input im Beobachtungsjahr einfließt	-€ 89.753
Gesamtprofit der EigentümerInnen	-€ 89.753

2013 kam es bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich zu einem hochgerechneten **Verlust** von -89.753 Euro.

4.15 EINSATZORGANISATIONEN

Unter den **Einsatzorganisationen** werden hier alle Rettungsdienste des Landes Niederösterreich verstanden, die Krankentransporte durchführen.

4.15.1 Wirkungskette Einsatzorganisationen

Wie beim Stakeholder ÄrztInnen zählen hier die Verrichtungen, die von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommen werden, zu einer der wichtigsten Unternehmensaktivitäten, da diese sonst weitere Krankentransporte erfordern würden.

Output ist die Anzahl der BewohnerInnen, die durch die Alten- und Pflegeheime keinen Krankentransport mehr benötigen, sei es zu ÄrztInnen oder ins Krankenhaus. Vom Outcome des geringeren Einsatzaufkommens wird dann noch ein Deadweight abgezogen, der jene BewohnerInnen beinhaltet, die auch ohne die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen keinen Krankentransport benötigen.

Tabelle 4-28: Wirkungskette der Einsatzorganisationen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	Von APH übernommene Verrichtungen, die sonst einen Krankentransport erfordern würden	Anzahl der BewohnerInnen, die keinen Krankentransport benötigen	geringeres Einsatzaufkommen	BewohnerInnen, die auch ohne APH keinen Krankentransport benötigen

4.15.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Durch die Einsatzorganisationen werden **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von € 3.641.105 Euro** erzielt. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 4-29: monetarisierte Wirkungen der Einsatzorganisationen

Einsatzorganisationen	
Geringeres Einsatzaufkommen	
Kosten eines Krankentransportes	
multipliziert mit zusätzlichen Einsätzen bei BewohnerInnen von APH	
multipliziert mal 0,5 (da sonst Doppelzählung mit ÄrztInnen)	
mit der Verteilung der Häufigkeiten bei BewohnerInnen die Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung etc. benötigen multipliziert	€ 3.641.105
Gesamtprofit der Einsatzorganisationen	€ 3.641.105

Der Stakeholder Einsatzorganisationen profitiert vor allem durch ein **geringeres Einsatzaufkommen**, da, einem Experteninterview zufolge, für Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung, Sondenernährung und Einstellung der Schmerzpumpe, zusätzliche Krankentransporte ins Krankenhaus oder die Beförderung zu HausärztInnen oder FachärztInnen erforderlich wären.

Würde es keine Alten- und Pflegeheime geben müssten jährlich rund 49.257 Krankentransporte mehr durchgeführt werden, da bei den genannten Verrichtungen ein Transport ins Krankenhaus oder zu niedergelassenen ÄrztInnen erfolgen müsste.

Um eine Doppelzählung mit dem Stakeholder ÄrztInnen zu vermeiden wurde hier eine 50 prozentige Aufteilung zwischen den beiden Stakeholdern angenommen. Die zusätzlichen Krankentransporte ergeben sich aus der Häufigkeit der Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung etc. mit der Anzahl der BewohnerInnen, die diese benötigen. Der Profit für die Einsatzorganisationen ergibt sich somit aus den Kosten für einen Krankentransport multipliziert mit den zusätzlich benötigten Krankentransporten.

4.16 PRAKTIKANTINNEN UND PRAKTIKANTEN

SchülerInnen von Sozialbetreuungsberufen müssen im Rahmen ihrer Ausbildung ein Praktikum absolvieren. Stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen bieten somit einer Vielzahl von Auszubildenden die Möglichkeit praxisrelevante Erfahrung in der Pflege zu sammeln.

4.16.1 Wirkungskette Praktikantinnen und Praktikanten

PraktikantInnen investieren ihre Zeit und ihre Fähigkeiten in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen wiederum Praktikumsstellen sowie die benötigten Arbeitsmittel zur Verfügung und bieten Weiterbildungsmöglichkeiten an. Der unmittelbare Output der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Bezug auf die PraktikantInnen ist die Anzahl an Praktikumsstunden sowie die Anzahl bzw. Qualität der Weiterbildungen.

Tabelle 4-30: Wirkungskette PraktikantInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Praktikums Bereitstellung von Arbeitsmitteln	Anzahl an Praktikumsstunden	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz Teamarbeit Know-how Gewinn	Möglichkeit einer alternativen Praktikumsstelle

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind jedoch die Wirkungen, die durch die Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hervorgerufen werden. Dieser liegt der Berechnung der stakeholderspezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

4.16.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

PraktikantInnen erzielen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 4.865.663 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 4-31: monetarisierte Wirkungen der PraktikantInnen

PraktikantInnen	
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	
Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	
multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	€ 2.387.313

abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	
Durchschnittliche Spende einer/eines ÖsterreicherIn	
Multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	€ 118.555
Verbesserung der Sozialkompetenz	
Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")	
Multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	€ 1.945.650
Teamarbeit	
Kosten für ein Weiterbildungspaket „Teambuilding“	
Multipliziert mit Anzahl der PraktikantInnen (VZÄ)	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	€ 136.196
Know-how Gewinn	
Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	€ 277.950
Gesamtprofit der PraktikantInnen	€ 4.865.663

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxyindikators des entgangenen Bruttoeinkommens von MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe durch ein einmonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet und um den Deadweight, der Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums, in Höhe von 30% (Annahme) bereinigt.

Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator die Höhe einer durchschnittlichen Spende eines/einer ÖsterreicherIn von 91,40 Euro (Neumayr und Schober 2012) herangezogen und auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einem alternativen Praktikum erzielt hätten.

Der Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der in den Alten- und Pflegeheimen tätigen PraktikantInnen bei. Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden als Proxyindikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, im Konkreten der Besuch eines Kurses zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.450 Euro (Egos 2012), verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines alternativen Praktikums) bereinigt.

Den PraktikantInnen wird ebenso die **enge Zusammenarbeit** zugerechnet. Als Proxyindikator wurden die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch einiger Kurse zum Thema „Teambuilding“, in Höhe von Euro 270-355 (Wifi Wien 2013) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Als Deadweight wurde die Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums in Höhe von 30% abgezogen.

Des Weiteren profitieren die PraktikantInnen von einem **Know-how Gewinn** im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Alten- und Pflegeheim. Um diese Wirkung in Geldeinheiten bewerten zu können, wurden die Kosten eines Basiskurses für pflegende Angehörige beziehungsweise Ehrenamtliche herangezogen und auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Es wurde wiederum ein Deadweight in Höhe von 30% abgezogen.

4.17 VERMIETERINNEN, LIEGENSCHAFTSEIGENTÜMERINNEN UND GEBÄUDEERRICHTERINNEN

Unter **VermieterInnen** werden all jene subsummiert, die Gebäude und/oder Liegenschaften der Alten- und Pflegeheime errichten und vermieten und im Alternativszenario Wohnungen an BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vermieten würden. Dieser Stakeholder profitiert somit von Mieteinnahmen durch die Alten- und Pflegeheime und von einer möglichen Mietpreisanpassung beziehungsweise Erhöhung von Wohnungen mit einem Altmietzinsvertrag. Da die Alten- und Pflegeheime die Verwahrlosung der Wohnung der BewohnerInnen vermeiden, profitiert der Stakeholder VermieterInnen von einer erheblichen Kostenersparnis im Bereich der Wohnungsräumung, die bei verwahrlosten Wohnungen nötig wäre.

4.17.1 Wirkungskette VermieterInnen

Die VermieterInnen errichten Alten- und Pflegeheime. Da durch die stationären Pflege- und Betreuungsdienste als Unternehmensaktivität die Wohnung der BewohnerInnen frei wird, wird dadurch als Outcome eine Verwahrlosung der Wohnung verhindert und zusätzlich kann eine Mietpreisanpassung vorgenommen werden. Die Anzahl der Wohnungen, die auch ohne den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen nicht verwahrlosen würden, muss hier als Deadweight abgezogen werden.

Tabelle 4-32: Wirkungskette der VermieterInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Errichtung von Alten- und Pflegeheime	Unterbringung der BewohnerInnen in APH	Anzahl der Alten- und Pflegeheime die angemietet werden Anzahl der Mietwohnungen, die durch APH frei werden Anzahl der Mietwohnungen, die durch APH nicht verwahrlosen	Mieteinnahmen durch APH mögliche Mietpreisanpassung/-erhöhung Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	Anzahl der Wohnungen, die keine Mietpreisanpassung zulassen (Übernahme durch Familienmitglieder etc.)

4.17.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Den VermieterInnen sind **monetarisierte Wirkungen von 30.863.502 Euro** zuzuschreiben. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 4-33: monetarisierte Wirkungen der VermieterInnen

VermieterInnen	
Mieteinnahmen durch APHS	
Höhe der Mieteinnahmen	
Deadweight (Möglichkeit APHS anderweitig zu vermieten)	€ 24.982.904
Mieterhöhung	
mögliche Mietzinserhöhung (unterschieden nach Gemeindewohnung/ private Mietwohnung und nach Übernahme durch Familie der betreuten Person/freier Markt) für eine durchschnittliche große Mietwohnung in Niederösterreich	
multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen die im Pflegeheim unterkommen und in einer Mietwohnung gelebt haben	
Abzüglich Deadweight (Anteil jener BewohnerInnen die im Alternativszenario ebenfalls die Wohnung aufgeben würden)	€ 4.291.077
Verwahrlosung der Wohnung verhindern	
Räumungs- und Reinigungskosten	
Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen die verwahrlosen würden	€ 1.589.521
Gesamtprofit der VermieterInnen	€ 30.863.502

VermieterInnen profitieren von **Mieteinnahmen** durch die Alten- und Pflegeheime. Dieser wurde aus den Aufwendungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen berechnet und eine Hochrechnung vorgenommen. Es wurde ein Deadweight von 20% abgezogen (unveröffentlichtes Nutzwertgutachten).

Eine weitere Wirkung, die sich für diesen Stakeholder herausgestellt hat, ist der **Gewinn** durch die in Niederösterreich noch vorhandenen Altverträge mit extrem günstigem Altmietzins. Viele VermieterInnen sind bestrebt derartige Mietverhältnisse mit alten Mietzinsen zu beenden. Durch die Alten- und Pflegeheime geben die BewohnerInnen ihre Wohnung auf beziehungsweise besteht nach Einzug in ein Pflegeheim ein sofortiger Kündigungsgrund. Dadurch können die VermieterInnen den Mietzins erhöhen und profitieren somit von einem zusätzlichen Gewinn.

28 Prozent der niederösterreichischen Bevölkerung leben in einer Wohnung (Statistik Austria 2011b). Davon leben 90% in Mietwohnungen, die übrigen 10% in Eigentumswohnungen. 65 Prozent der BewohnerInnen haben in einer Gemeindewohnung gelebt, die übrigen 35 Prozent lebten in privaten Mietwohnungen. Da das Durchschnittsalter der BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime bei über 80 Jahren liegt, wurde angenommen dass all jene, die in einem Mietverhältnis stehen, über einen Altmietzins-Vertrag verfügen. Die durchschnittliche Nutzfläche in Quadratmetern für Niederösterreich lag bei 71,8 m² (Statistik Austria 2011b).

Weiters dürfen jene Mietverhältnisse nur teilweise berücksichtigt werden, wo Familienmitglieder die Wohnung übernehmen. Da die Regelungen der Übernahme von Mietwohnungen durch Familienmitglieder gerader Linie bei Gemeindewohnungen einfacher zustande kommt als in privaten Mietwohnungen, da man für die Übernahme in keinem gemeinsamen Haushalt leben muss, werden für Gemeindemietwohnungen und private Mietwohnungen unterschiedliche Annahmen gesetzt:

- **Bei Gemeindewohnungen** wurde angenommen, dass 80 Prozent der Gemeindewohnungen an Verwandte übergeben werden können. Hier kommt es durch die Übernahme ebenfalls zu einer Mietzinsanpassung, jedoch nur bis zum Categoriesatz gem. § 15a MRG einer Kategorie A Wohnung der im Jahr 2013 bei 3,25 Euro pro Quadratmeter lag (Mieterschutzverband 2014). Kommt es zu keiner

Übernahme durch Verwandte kann die/der VermieterIn einen Mietzins, der im Jahr 2013 bei 5,29 Euro lag, verlangen (ÖHGB 2014)

- **Bei privaten Mietwohnungen** wurde die Annahme gesetzt, dass nur 50 Prozent der Verwandten erster Linie die Wohnung übernehmen könnten, da man hier nachweisen muss, 2 Jahre im gleichen Haushalt gelebt zu haben. Auch hier wurde wiederum bei Übernahme durch Verwandte der Richtwert einer Kategorie A Wohnung für die Berechnungen verwendet und für den freien Markt der Richtwert für Niederösterreich.

Berücksichtigt man den Gewinn, durch neues Vermieten (entweder durch die Familie der betreuten Person, oder am freien Markt) einer durchschnittlich großen Mietwohnung in Niederösterreich (Statistik Austria 2011b), so entsteht ein Nutzen in der Höhe von 4.025.298 Euro.

VermieterInnen profitieren von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zusätzlich durch die Verhinderung der **Verwahrlosung der Wohnung**. Hierzu wurden nach einer Recherche die Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung herangezogen und mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario verwahrlosen würden, multipliziert.

4.18 SACHWALTERINNEN UND SACHWALTER

Unter diesem Stakeholder werden all jene SachwalterInnen subsummiert, die KlientInnen bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen besachwalten. Da die Alten- und Pflegeheime organisatorische Tätigkeiten übernehmen, ergibt sich für diesen Stakeholder ein Zeitersparnis.

4.18.1 Wirkungskette SachwalterInnen

In die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen fließt von den SachwalterInnen kein finanzieller Input. Unternehmensaktivität der Alten- und Pflegeheime sind organisatorische Tätigkeiten. Als Output werden hier die Art und der Umfang der von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommenen Leistungen genannt, die zu einem Zeitersparnis für die SachwalterInnen führen. Die Wirkungen werden nur für jene BewohnerInnen berechnet, die besachwaltet werden.

Tabelle 4-34: Wirkungskette der SachwalterInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	organisatorische Tätigkeiten	Art und Umfang der Leistungen die APH übernommen haben	Zeitersparnis	BewohnerInnen, die nicht besachwaltet werden

4.18.2 Berechnung stakeholder-spezifischer monetarisierter Wirkungen

Insgesamt ergeben die Berechnungen **monetarisierter Wirkungen von 678.549 Euro** für die SachwalterInnen. Der Deadweight wurde in den Berechnungen bereits inkludiert.

Tabelle 4-35: monetarisierte Wirkungen der SachwalterInnen

SachwalterInnen	
Zeitersparnis	
Anzahl der Stunden die pro Monat eingespart werden multipliziert mal 12 für das ganze Jahr multipliziert mit Stundensatz eines österreichischen Angestellten / bzw. Rechtsanwalts für die Anzahl der besachwalteten BewohnerInnen	€ 678.549
Gesamtprofit der SachwalterInnen	€ 678.549

Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen entsteht für den Stakeholder SachwalterInnen eine monatliche **Zeitersparnis** von 1,5 Stunden. Diese Zeitersparnis wird über den Stundensatz einer/eines österreichischen Angestellten monetarisiert. 47 Prozent der SachwalterInnen in Wien sind als RechtsanwältInnen tätig. Es wurde die Annahme getätigt, dass dies ebenso in Niederösterreich der Fall ist. Für diesen Anteil der SachwalterInnen wird die Zeitersparnis über einen höheren durchschnittlichen Stundensatz, nämlich den einer/eines Rechtsanwältin/Rechtsanwaltes, monetarisiert. Der Gesamtprofit ergibt sich somit aus der Anzahl der SachwalterInnen, die KlientInnen bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben, multipliziert mit der jährlichen Zeitersparnis.

4.19 ALLGEMEINE BEVÖLKERUNG VON NIEDERÖSTERREICH

Unter der allgemeinen Bevölkerung in Niederösterreich als Stakeholder wird die gesamte niederösterreichische Bevölkerung verstanden. Entsprechend wird diesem Stakeholder auch all jener Profit zugerechnet, der ganz allgemein der Gesellschaft zugutekommt. Konkret steht hier das, durch die Existenz der Alten- und Pflegeheime, vermittelte Sicherheitsgefühl im Mittelpunkt.

4.19.1 Wirkungskette allgemeine Bevölkerung in Niederösterreich

Durch die allgemeine Bevölkerung in Niederösterreich fließen Spenden und sonstige Einnahmen in die Alten- und Pflegeheime, die Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung erbringen. Durch die Leistungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen entsteht als Outcome ein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch das Bewusstsein im Fall einer Pflegebedürftigkeit professionell gepflegt zu werden.

Tabelle 4-36: Wirkungskette der allgemeinen niederösterreichischen Bevölkerung

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Spenden Sonstige Einnahmen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl und Umfang der erbrachten Leistungen, die für die allgemeine Bevölkerung wahrnehmbar sind	Sicherheitsgefühl Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	Anzahl der Personen, die nicht bereit sind für APH zu zahlen Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen/Privatpersonen substituiert werden können, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt

4.19.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die monetarisierten Wirkungen für die allgemeine niederösterreichische Bevölkerung liegen bei **100.214.317 Euro**.

Tabelle 4-37: monetarisierte Wirkungen der allgemeinen niederösterreichische Bevölkerung

Allgemeine niederösterreichische Bevölkerung	
Erhöhtes Sicherheitsgefühl	
Verwaltungskosten Pflegeversicherung pro Jahr	
Multipliziert mit Anzahl der Personen über 40 in Niederösterreich	
Abzüglich Deadweight (Personen, die kein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch APH haben = 50%, Organisationen, die Leistungen von APH übernehmen könnten und daher das gleiche Sicherheitsgefühl vermitteln könnten = 58%)	
	€ 101.592.577
Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	
Anzahl Angehöriger die Arbeit finden und damit andere Personen aus dem Arbeitsmarkt verdrängen	
	-€ 1.440.237
Gesamtprofit der allgemeinen Bevölkerung in NÖ	€ 100.152.340

Das Bestehen von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vermittelt der **allgemeinen Bevölkerung in Niederösterreich** ein **Sicherheitsgefühl**. Als Proxy wurden hier die Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung verwendet. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit bei 100 Euro (Uniqa 2013, Telefonat Uniqa). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird.

Als Deadweight wurden zunächst 50% abgezogen, da nicht davon auszugehen ist, dass alle Niederösterreicher ein (erhöhtes) Sicherheitsgefühl aufgrund der Alten- und Pflegeheime haben. Eine Studie in Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahlungsbereitschaft von Personen zwischen 55 und 75 Jahren für Dienstleistungen bei Pflegebedürftigkeit bei 50% liegt (Blanke et al. 2000).

Da einige Aktivitäten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen auch durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden könnten, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl in sich birgt, werden nochmals 58% abgezogen (eigene Berechnung aus Erhebung).

Des Weiteren entsteht durch all jene Angehörigen der BewohnerInnen die nunmehr einer Beschäftigung nachgehen, eine negative Wirkung für die allgemeine Bevölkerung, da Personen aus dem Arbeitsmarkt verdrängt werden. Die Berechnungen wurden analog zum zusätzlichen Einkommen der Angehörigen durchgeführt.

Eine weitere Wirkung der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist die **marktwirtschaftliche Dienstleistungsorientierung**, die den familiären Zusammenhalt und/oder informelle Betreuungsbeziehungen weiter untergräbt.

Dies kann einerseits positive Effekte haben, wie die Entlastung der Angehörigen, wofür wiederum mehr Zeit für andere Familienmitglieder bleibt. Andererseits kann gesamtgesellschaftlich, je nach Wertehaltung, das Verantwortungsgefühl für ältere und

pflegebedürftige Personen zurückgehen. Ob die Wirkung letztendlich positiv oder negativ ist, ist eine Wertentscheidung. Da hier aber keine Wertentscheidung getroffen werden soll, wird diese Wirkung nicht berechnet und monetarisiert.

4.20 SROI-WERT – GESAMTBERECHNUNG UND SZENARIENBERECHNUNG

Als letzter Schritt wird die Berechnung des konkreten SROI-Wertes für den festgelegten Zeitraum (2013) vorgenommen. Hierzu werden, wie beschrieben, die (finanziellen) Investitionen, seitens der Financiers, aggregiert den monetär bewerteten sozialen Wirkungen, sowie monetär vorliegenden Wirkungen, gegenübergestellt.

Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2013 zu der Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 2,93. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 2,93 Euro schafft.**

Tabelle 4-38: Berechnung SROI-Wert

Investitionen 2013	€ 406.143.623
monetarisierte Wirkungen 2013	€ 1.190.238.091
SROI gesamt	2,93

Folgende Tabelle zeigt eine Gesamtbetrachtung der SROI-Analyse und gibt Investitionen und Profit der einzelnen Stakeholder, die zuvor genauer betrachtet wurden, nochmals wieder.

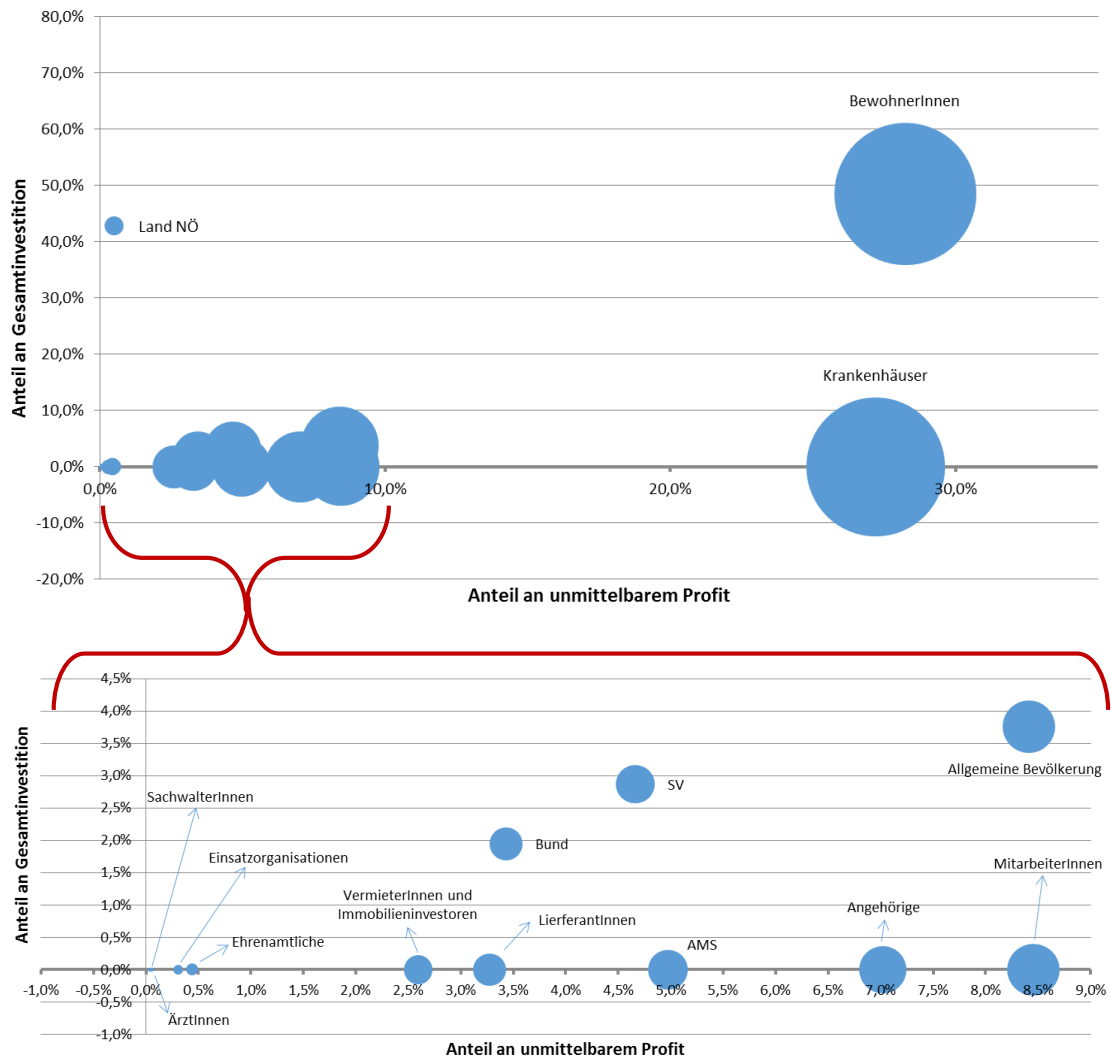
Tabelle 4-39: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Gesamtbetrachtung 2013

Stakeholder	Investitionen in APH		Wirkungen und Profite von APH		Anteil am Profit
BewohnerInnen	Kostenbeiträge	€ 196.789.352	z.B. keine Gefahr der Verwahrlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre	€ 336.100.966	28,2%
Krankenhäuser	Vermittlung an APH	-	z.B. weniger Procuratio-Fälle, geringerer Verwaltungsaufwand	€ 323.637.247	27,2%
MitarbeiterInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	€ 100.644.842	8,5%
Allgemeine Bevölkerung	Sonstige Einnahmen, Spenden	€ 15.266.505	Sicherheitsgefühl	€ 100.152.340	8,4%

Angehörige	-		z.B. verbesserte Beziehung zu Angehörigen, weniger psychische und physische Belastungen	€ 83.574.128	7,0%
AMS	-	-	Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 59.201.970	5,0%
SV	Inkontinenzprodukte und Medikamente	€ 10.884.975	zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	€ 55.461.330	4,7%
Bund	Förderungen	€ 7.903.689	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 40.823.629	3,4%
LieferantInnen	Produkte / Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 38.967.092	3,3%
VermieterInnen	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 30.863.502	2,6%
Land Niederösterreich	Förderungen	€ 173.741.443	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 6.028.532	0,5%
Ehrenamtliche	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen		z.B. positives Gefühl, Wertschätzung	€ 5.248.516	0,4%
PraktikantInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 4.865.663	0,4%
Einsatzorganisationen	-		geringeres Einsatzaufkommen	€ 3.641.105	0,3%
SachwalterInnen	organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 678.549	0,1%
ÄrztInnen	-	-	weniger Hausbesuche	€ 438.434	0,0%
andere Bundesländer	Einnahmen von anderen Bundesländern	€ 787.453	-	-	0,0%
EigentümerInnen	-		finanzieller Verlust; Auflösung von Rücklagen	-€ 89.753	-
SROI		€ 406.143.623		€ 1.190.238.091	2,93

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich wird, haben die einzelnen Stakeholder einen unterschiedlichen Anteil an den Investitionen und den monetarisierten Wirkungen. Die folgende Tabelle zeigt den Einfluss der jeweiligen Stakeholder zudem graphisch.

Abbildung 4-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten



Es ist zu erkennen, dass die BewohnerInnen sowohl den höchsten Anteil an den Investitionen tätigen als auch den höchsten Anteil am Profit bekommen. Im Verhältnis profitieren sie mehr als sie investieren. Der Anteil am Gesamtprofit der BewohnerInnen beträgt 27%.

Die nächstbedeutende Stakeholdergruppen sind die Krankenhäuser, die 26,4% des Gesamtprofits haben und auch finanziell nichts zu den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen beitragen. Die MitarbeiterInnen profitieren mit einem Gesamtprofit von 10,3%. Die nächstbedeutenden Stakeholdergruppen sind die allgemeine Bevölkerung, die Angehörigen, das Arbeitsmarktservice und die Sozialversicherungsträger.

Das Land Niederösterreich trug als fördergebende Institution, nach den BewohnerInnen, den Großteil der Investitionen bei. Des Weiteren investieren die Sozialversicherungsträger, indem sie Inkontinenzprodukte und Medikamente zur Verfügung stellen, die allgemeine Bevölkerung mit Spenden und sonstigen Einnahmen, der Bund mit Förderungen und andere Bundesländer, wenn deren BürgerInnen woanders betreut werden.

Im Rahmen einer **Sensitivitätsanalyse** wurde ein **Szenario berechnet, das die Auswirkungen einer kürzeren Lebenserwartung darstellt.**

Eine bedeutende Wirkung stellt die **längere Lebenserwartung** in den Alten- und Pflegeheimen dar. In den obigen Berechnungen wurde den BewohnerInnen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 2,2 Jahren zugerechnet. Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurde die Annahme gesetzt, dass in Zukunft durch den Ausbau von mobilen Diensten, nur noch die Hochbetagten in einem Alten- und Pflegeheim unterkommen und dort nur noch ihre letzten Lebensmonate verbringen. Wird die durchschnittliche Lebenserwartung von 2,2 Jahre auf 0,5 Jahre herabgesetzt, würde der **SROI-Wert von 2,93 auf 2,73 fallen.** Damit zeigt sich deutlich, welche Bedeutung die längere Lebenserwartung der BewohnerInnen hat, obwohl diese nur eine von vielen Wirkungen für die BewohnerInnen darstellt.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vor allem für die BewohnerInnen aber auch für die Krankenhäuser, einen deutlichen Profit bringen. Insgesamt rentiert sich ein, in die niederösterreichischen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierter Euro, zu 293%.

4.21 ZUSAMMENFASSUNG

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs den Auftrag die **gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark** zu analysieren. Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2013.

Die Analyse erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten. Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen des Projekts messen. Die vorliegende Analyse orientiert sich am von Schober/Then (2015) herausgegebenen „Praxishandbuch Social Return on Investment“. Ein wesentlicher Punkt ist die Identifikation der wichtigsten Stakeholder zu Beginn. Für jede Stakeholdergruppe wird der investierte Input, dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) in einer Wirkungskette gegenübergestellt. Die solcherart identifizierten Wirkungen werden verifiziert, ergänzt, quantifiziert und zum Schluss soweit möglich und sinnvoll in Geldeinheiten bewertet. Somit kann letztlich der monetäre Wert der aggregierten Wirkungen dem gesamten in Geldeinheiten vorliegenden Input gegenübergestellt werden. Die sich ergebende Spitzenkennzahl ist der SROI-Wert, der als Verhältniskennzahl angibt, wie die monetarisierten Wirkungen proportional zu den investierten Geldern sind. Ein Wert von 1:2 signalisiert doppelt so wertvolle gesellschaftliche Wirkungen als Investitionen.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfalten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich bei den relevanten Stakeholdergruppen?“*

Die **Forschungsfrage 2** lautet: *„Lassen sich die im Rahmen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erzielten Wirkungen sinnvoll und valide messen und monetarisieren?“*

Die **Forschungsfrage 3** lautet: *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die niederösterreichischen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich gibt. Die BewohnerInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Dies wären mobile Pflege- und Betreuungsdienste, betreutes Wohnen, 24h-Betreuung, Pflegeheime in angrenzenden Bundesländern, Krankenhäuser oder Zukauf von Diensten am Markt. Nachdem nicht alle BewohnerInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden pflegende Angehörige ebenfalls einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand übernehmen müssen und/oder es würde eine Verwahrlosung beziehungsweise ein früherer Tod bei den BewohnerInnen eintreten.

Die Studie zeigt die vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten auf, welche von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich erbracht werden. Sie macht sowohl positive wie auch negative Wirkungen sichtbar, die für unterschiedliche Stakeholder der Alten- und Pflegeheime entstehen. Als Stakeholder wurden hierbei folgende Gruppen identifiziert:

- BewohnerInnen
- Angehörige
- Hauptamtliche MitarbeiterInnen
- Ehrenamtliche MitarbeiterInnen
- Krankenhäuser
- Arbeitsmarktservice
- LieferantInnen
- niedergelassene ÄrztInnen
- EigentümerInnen
- Einsatzorganisationen

- Bund
- Land
- andere Bundesländer
- Sozialversicherungsträger
- PraktikantInnen
- VermieterInnen
- SachwalterInnen
- allgemeine Bevölkerung

Zusammengefasst konnten bei den Stakeholdern gut deren Nutzen, also die Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen aus Sicht der Stakeholder, erhoben werden. Die Quantifizierung und Monetarisierung war im Großen und Ganzen, nicht zuletzt aufgrund der guten Datenlage, gut möglich. Forschungsfrage 2 kann somit positiv beantwortet werden: Die Wirkungen lassen sich weitgehend sinnvoll und valide berechnen und monetarisieren.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2013 **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von rund 1.190 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von hochgerechnet 406 Mio. Euro**, die insbesondere aus Zahlungen des Landes und der BewohnerInnen bestehen.

Der **größte Profit** entsteht für die **BewohnerInnen (28,2 %)**, die als zentrale Stakeholdergruppe der Alten- und Pflegeheime anzusehen sind. Im Jahr 2013 wurden von den niederösterreichischen Pflege- und Betreuungseinrichtungen 12.016 Personen betreut. Jedoch wurden aus der Analyse rund 500 Personen (474 VZÄ) mit psychosozialen Betreuungsschwerpunkt exkludiert. Legt man die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage auf VZÄ um, ergeben sich rund **8.535 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013. Alle psychosozialen Fälle wurden aus den Berechnungen ausgeschlossen. Die Anzahl der SelbstzahlerInnen wurde in Niederösterreich geschätzt.

Die BewohnerInnen profitieren vor allem vom verbesserten physischen Zustand, von einer längeren Lebenserwartung und von der Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit. Sie profitieren des Weiteren von keiner Gefahr der Verwahrlosung, einem erhöhten Sicherheitsgefühl, höherem psychischen Wohlbefinden, mehr sozialen Kontakten, einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung, einem geringeren Organisationsaufwand, adäquaten Freizeitangeboten, der Gewährleistung eines sauberen Umfeldes und der Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen. Sie erleben aber auch Einschränkungen in der Selbstbestimmung durch Bevormundung, in einer eingeschränkten Privatsphäre durch Mehrbettzimmer, keiner Möglichkeit in der eigenen Wohnung zu verbleiben, einer höheren Infektionsgefahr, der Unzufriedenheit mit dem Essen und höheren Kosten im Vergleich zum Alternativszenario. Insgesamt ergeben sich monetarisierte Wirkungen von **336.100.966 Euro**.

Der **zweitgrößte Profit** entsteht für die **Krankenhäuser (27,2%)**. Unter dem Stakeholder Krankenhäuser werden vor allem die öffentlichen Krankenhäuser in Niederösterreich und die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements in den öffentlichen Spitälern verstanden. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen müssen die Krankenhäuser weniger Procuratio-Fälle (Pflege in Akutkrankenanstalten ohne ärztliche Versorgung) betreuen und ersparen sich dadurch erhebliche Kosten und nicht adäquat genutzte Kapazitäten.

Den drittgrößten Profit haben die hauptamtlichen MitarbeiterInnen, die durch die Alten- und Pflegeheime einer Beschäftigung nachgehen, **mit 8,5%, den viertgrößten die allgemeine Bevölkerung**, u.a. durch ein erhöhtes Sicherheitsgefühl, **mit 8,4%**.

Den geringsten Profit haben die SachwalterInnen und die niedergelassenen ÄrztInnen. Einen **Verlust** erlitten haben die EigentümerInnen.

Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von **2,93. Dies bedeutet,**

dass jeder 2013 in die Alten- und Pflegeheime investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 2,93 Euro schafft.

Zusammengefasst sind die in Niederösterreich tätigen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen sehr wirkungsvoll. Ihre monetarisierten Wirkungen, bezogen auf das Jahr 2013, waren mehr als 2,9 Mal so hoch als die getätigten finanziellen Investitionen.

5 STEIERMARK

5.1 ANALYSE DER EINNAHMEN UND AUSGABEN

Um den Social Return on Investment berechnen zu können, müssen alle aufgewendeten Investitionen, die getätigt wurden, um die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu betreiben, erhoben werden. Ebenso gilt es die Ausgaben, die direkt in Zusammenhang mit den Wirkungen stehen, zu identifizieren. Hierfür wurden die Daten zu den Einnahmen und Ausgaben von den Alten- und Pflegeheimen zur Verfügung gestellt.

Die für die Berechnungen erforderlichen Daten wurden in einem Excel-file direkt von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zur Verfügung gestellt. Da nicht alle Alten- und Pflegeheime die Daten zur Verfügung gestellt haben, wurden Hochrechnungen vorgenommen.

Insgesamt haben die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Jahr 2013 458.572.343 Euro an Einnahmen erzielt, sowie 457.913.324 Euro an Ausgaben getätigt. Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Datenlage und den durchgeführten Hochrechnungen.

Die nachfolgende Tabelle 5-1 zeigt die relevanten Unterkategorien bei den Erträgen an. In Tabelle 5-2 werden die Gesamtaufwendungen aufgeschlüsselt.

Tabelle 5-1: Einnahmen

Art der Erträge	Höhe der Erträge	Anteil an Erträgen in %
Einnahmen aus Förderungen vom Land Steiermark	€ 184.325.723	40,2%
Einnahmen von BewohnerInnen (einschl. Bundes-Pflegegeld)	€ 158.730.098	34,6%
Einnahmen der SelbstzahlerInnen	€ 63.570.155	13,9%
Einnahmen von Sozialversicherungsträgern	€ 21.566.255	4,7%
Einnahmen von Unterhaltsverpflichteten, Erben und Drittverpflichteten	€ 19.656.384	4,3%
Einnahmen anderer Sozialhilfeträger	€ 5.715.568	1,2%
Einnahmen aus Förderungen vom Bund	€ 4.384.141	1,0%
Sonstige Einnahmen	€ 389.401	0,1%
Einnahmen aus Landes-Pflegegeld	€ 230.573	0,1%
Einnahmen aus Exekutionsgebühren	€ 4.046	0,0%
Summe Einnahmen	€ 458.572.343	100 %

Quelle: Basis Pflegedienstleistungsstatistik 2013 (Statistik Austria 2014c), eigene Berechnungen

Bei den Einnahmen von Sozialversicherungsträgern, den Einnahmen für Errichtungskosten und den Einnahmen aus dem Bundesbeihilfen-Gesetz handelt es sich um hochgerechnete Daten.

Es ist deutlich zu sehen, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zum größten Teil über das Land Steiermark und das Bundes-Pflegegeld der BewohnerInnen finanziert werden. Aufwandseitig ist es vor allem Personalaufwand, der mit 67,8% der Aufwendungen besonders stark ins Gewicht fällt.

Tabelle 5-2: Ausgaben

Art der Ausgaben ⁸	Höhe Aufwendung	Anteil an Aufwendungen in %
Personalaufwand	€ 310.371.719	67,8%
Sonstige Aufwendungen	€ 100.837.890	22,0%
Mietaufwand	€ 24.456.928	5,3%
Abschreibungen	€ 16.935.357	3,7%
Sachaufwand für Pflege und Betreuung	€ 3.907.708	0,9%
Steuern / Abgaben	€ 1.403.721	0,3%
Summe Ausgaben	€ 457.913.324	100%

Quelle: Erhebung bei stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Hochrechnungen

5.2 BEWOHNERINNENVERTEILUNG

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, berechnet die vorliegende SROI-Analyse die Wirkungen immer auf Basis eines Alternativszenarios. Im vorliegenden Fall ist dies das völlige Fehlen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen ohne Ersatzleistung. Die jetzigen BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen müssten in anderen, bereits bestehenden, Betreuungssettings betreut werden. Hierbei ist vor allem auf deren Verfügbarkeit (Kapazitäten) zu achten. Zudem sind die BewohnerInnen hinsichtlich ihres Bedarfes an Pflege und Betreuung zu verteilen.

Die Verteilung der BewohnerInnen im Alternativszenario ist für viele nachgelagerte Wirkungen von großer Bedeutung und kann daher als zentral in der vorliegenden Analyse angesehen werden. Konkret wurde auf Basis unterschiedlicher Daten und durch Setzung einiger Annahmen ermittelt, was mit den 11.902⁹ im Jahr 2013 betreuten BewohnerInnen ohne den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen passieren würde.

Ausgangspunkt der Überlegungen und Berechnungen sind die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Varianten einer alternativen Pflege und Betreuung. Hier erscheinen für die Steiermark im Jahr 2013 folgende Varianten plausibel:

- BewohnerInnen kommen alleine zurecht
- BewohnerInnen kommen mit Hilfe durch Angehörige zurecht
- BewohnerInnen kommen mit Hilfe der mobilen Dienste zurecht
- BewohnerInnen müssten/könnten private Pflege und Betreuung zukaufen
- BewohnerInnen müssten/könnten 24h-Betreuung zukaufen
- BewohnerInnen kommen in betreuten Wohneinrichtungen unter
- BewohnerInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall
- BewohnerInnen kommen in Pflegeheimen in angrenzenden Bundesländern unter
- BewohnerInnen verwahrlosen
- BewohnerInnen erleiden einen früheren Tod

Zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungsintensität stand im vorliegenden Projekt die Anzahl der betreuten Personen pro Pflegegeldstufe (0-7) zur Verfügung. Die dafür relevanten Daten wurden von der österreichischen Pflegedienstleistungsstatistik verwendet.

⁸ Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Datenlage und den durchgeführten Hochrechnungen.

⁹ Es wurde mit VZÄ-BewohnerInnen gerechnet. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Verpflegstage durch 365 dividiert wurde.

Für die konkrete Verteilung der BewohnerInnen im Alternativszenario wurden Annahmen auf Basis der bestehenden Pflegegeldstufe getroffen. Dies erfolgte unter Berücksichtigung einer ökonomischen Beschränkung (Alternativsetting nicht leistbar) und unter Berücksichtigung des Kapazitätseffekts (BewohnerInnen kommen im für sie bestmöglichen Setting nur unter, wenn genug Kapazitäten vorhanden sind).

Nachdem BewohnerInnen in niedrigen PG-Stufen teilweise noch **alleine zurechtkommen**, wurde dies entsprechend bei den Annahmen berücksichtigt. Dies kommt jedoch nur für all jene in Frage die eine Pflegegeldstufe von 1 oder 2 beziehen und von keiner Demenz betroffen sind.

Andernfalls würden die BewohnerInnen, falls **Angehörige** vorhanden, versuchen bei diesen unterzukommen beziehungsweise von diesen Pflege in Anspruch zu nehmen. Es wurde jedoch angenommen, dass nur Angehörige mit denen kein Konflikt besteht, die Pflegeleistungen übernehmen würden. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit wird es für die Angehörigen jedoch immer schwieriger ohne zusätzliche Unterstützung die Pflege der Angehörigen zu übernehmen. Es wurde die Annahme getroffen, dass all jene BewohnerInnen bis einschließlich Pflegegeldstufe 5 von ihren Angehörigen gepflegt werden könnten, ohne zusätzliche Dienste in Anspruch zu nehmen. Diese Annahme wurde aus den Daten der Qualitätserhebung von pflegenden Angehörigen abgeleitet und somit eine Verteilung vorgenommen (BMASK 2014b).

Als weitere Alternative stehen für die Betroffenen mit niedrigen Pflegegeldstufen die mobilen Dienste zur Verfügung oder ein Zukaufen von Pflege- und Betreuungsdiensten am Markt. 24h-Betreuung kommt annahmegemäß in dieser niedrigen Kategorie noch nicht in Frage, da sie überproportional teuer im Vergleich zur benötigten Betreuungsintensität wäre.

Mobile Pflegedienste kommen ebenfalls nur bis zur Pflegegeldstufe 5 in Frage. Zusätzlich mussten hier Kapazitätsbeschränkungen berücksichtigt werden. Nach Telefonaten mit VertreterInnen von mobilen Diensten wurde eine Einschätzung getroffen, wie viele BewohnerInnen mit den vorhandenen Kapazitäten aus dem Jahr 2013 zusätzlich betreut werden könnten. In der Steiermark wären dies rund 450 Personen die zusätzlich betreut werden könnten. All jene Personen aus Pflegegeldstufe 1 und 2 die nicht alleine zurechtkommen können oder bei denen keine Angehörigen vorhanden sind, würden im Alternativszenario von den mobilen Diensten betreut werden. Die restlichen freien Kapazitäten bei den mobilen Diensten wurden den Personen aus der Pflegegeldstufe 3 zugeteilt.

Privater Zukauf kommt nur für wenige als Alternative in Frage, da hier bei den meisten BewohnerInnen eine ökonomische Einschränkung berücksichtigt werden muss. Für diese Berücksichtigung der ökonomischen Einschränkung wurde das Einkommen der BewohnerInnen berücksichtigt und angenommen, dass 222,25 Euro an Verbrauchsausgaben für Essen benötigt werden (Statistik Austria 2011a). Dieser Betrag bezieht sich auf die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben eines PensionistInnenhaushaltes. Zusätzlich wurde noch ein durchschnittlicher Mietaufwand von 411 Euro für die Steiermark hinzugezählt (Statistik Austria 2014b). Das Einkommen setzt sich in der Berechnung aus drei Komponenten zusammen: Pflegegeld-Einnahmen, durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen beziehungsweise durchschnittliche Pension und Einnahmen aus Vermögen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen der BewohnerInnen wurde explizit erhoben und liegt mit 1.159,15 Euro weit unter dem steirischen Durchschnitt von 1.899 Euro (Statistik Austria 2013a). Für die Berechnung der Einnahmen aus Vermögen wurden 200 Euro pro Monat angesetzt, die sich aus dem Median des Nettovermögens eines/einer ÖsterreicherIn (Finanzvermögen abzüglich anteiliger Finanzschulden) zusammensetzt (ÖNB 2012, Statistik Austria 2012c). Es kann weiters davon ausgegangen werden, dass durch innerfamiliäre Unterstützung private Pflege und Betreuung zugekauft werden kann und keine zusätzlichen Ausgaben für Miete und Lebenserhaltungskosten anfallen.

Einige BewohnerInnen könnten sich unter den geschilderten Bedingungen zwar den Zukauf nicht finanzieren, aber, aufgrund einer weiter bestehenden Förderung, eine **24h-Betreuung** leisten. Diese kommen somit in die Kategorie 24h-Betreuung. Es gibt jedoch auch Personen, die sich, aufgrund ihrer Einkommenssituation, eine 24h-Betreuung nicht leisten können, beziehungsweise kein zusätzliches Zimmer für eine 24-BetreuerIn zur Verfügung haben. Es wird davon ausgegangen dass all jene BewohnerInnen, die in der Stadt wohnen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit ein Zimmer zur Verfügung stellen können, als Personen die am Land in einem Einfamilienhaus wohnen.

Es verbleiben somit Personen, die sich weder Dienste am Markt im benötigten Ausmaß noch eine 24h-Betreuung zukaufen könnten. Diese würden primär versuchen einen Platz in einer betreuten Wohneinrichtung, einer stationären Pflegeeinrichtung in einem der angrenzenden Bundesländer zu bekommen, oder in einem Krankenhaus unter zu kommen. Diese Verteilung würde allerdings nur zustande kommen, wenn es keine kapazitätsmäßigen Beschränkungen beim Zukauf über den Markt und in der 24h-Betreuung gäbe.

Um die Kapazitäten abschätzen zu können wurden im Rahmen der Studie „zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien mittels einer SROI-Analyse“ (Schober et al. 2013) im Zeitraum von 18.9.2012 bis 20.09.2012 bei 6 privaten AnbieterInnen von 24h-Betreuung, Schätzungen der freien Kapazitäten über Telefoninterviews abgefragt. Binnen kürzester Zeit (ein bis wenige Tage) könnte ein/e 24h-Betreuung AnbieterIn rund 30 Personen mehr betreuen. In einem etwas längeren Zeitraum (bis zu einem Monat) lag der Durchschnitt bei rund 120 Personen, die zusätzlich betreut werden könnten. Die Verzögerung liegt allerdings primär am anfallenden hohen Verwaltungsaufwand und weniger am mangelnden Angebot. Grundsätzlich gäbe es, den privaten 24h-BetreuungsanbieterInnen zufolge, quasi sofort, nahezu unbegrenzte Kapazitäten, da nach Angabe der AnbieterInnen sehr viele Fachkräfte zur Verfügung stehen würden. Hinzu kommt, dass sehr viele AnbieterInnen auf dem Markt 24h-Betreuungskräfte vermitteln. Viele dieser Agenturen vermitteln auch stundenweise Personal und auch hier bestünde, den Erhebungen zufolge, kein Kapazitätsproblem. In der vorliegenden Studie wird somit davon ausgegangen, dass die am Markt entweder stundenweise oder in Form von 24h-Betreuung nachgefragten Leistungen vollständig erfüllt werden könnten. Es gibt also keine Kapazitätsbeschränkungen in diesen beiden Alternativsettings.

Etwas anders sieht es hingegen bei den alternativen Wohnformen, den angrenzenden Pflegeheimen und Krankenhäusern aus. Hier sind sehr wohl Kapazitätsbegrenzungen im Jahr 2013 zu verzeichnen.

Laut der Pflegedienstleistungsstatistik 2013 (BMA 2014a) lagen die freien Kapazitäten in der Steiermark im Jahr 2013 bei 365 Plätzen in **alternativen Wohnformen**. Hier wurde die Verteilung der Pflegegeldstufen übernommen. Somit kommen hier all jene BewohnerInnen unter bei denen der Pflegebedarf nicht so hoch ist und bei denen keine Angehörigen vorhanden sind.

In den **Krankenhäusern** wurden auch freie Kapazitäten in fachfremden Abteilungen hinzugezählt, in denen es halbwegs realistisch erschien, dass diese Plätze mit Pflegefällen belegt werden würden, sodass in Summe insgesamt freie Kapazitäten von 1.464 Betten (Statistik Austria 2014a) zu Verfügung stehen würden.

In **Alten- und Pflegeheimen der angrenzenden Bundesländer** Burgenland, Kärnten, Oberösterreich und Salzburg gab es im Jahr 2013 insgesamt 292 freie Plätze (Firgo et al. 2014). Wobei die freien Kapazitäten in Burgenland und Oberösterreich nur zur Hälfte berücksichtigt wurden, da diese Bundesländer auch an Niederösterreich angrenzen und die Hälfte der Plätze im Alternativszenario von niederösterreichischen PflegeheimbewohnerInnen belegt werden würde.

Somit können von den BewohnerInnen, die sich einen stundenweisen Zukauf oder eine 24h-Betreuung nicht leisten können 2.121 in einem stationären Setting (betreutes Wohnen, Krankenhaus oder Pflegeheim in einem angrenzenden Bundesland) untergebracht werden. Die verbleibenden Personen würden verwahrlosen und zum Teil einen früheren Tod finden.

Zusammengefasst werden in Tabelle 5-3 folgende Varianten unterschieden und entsprechend der skizzierten Annahmen die sich daraus ergebende Anzahl an BewohnerInnen zugeordnet:

- **BewohnerInnen kommen alleine zurecht:** Alleine kommen jene zurecht, die aufgrund einer niedrigen Pflegegeldstufe verhältnismäßig wenig Betreuungsbedarf haben.
- **BewohnerInnen kommen mit Hilfe durch Angehörige zurecht:** Mit Hilfe der Angehörigen kommen jene aus, die aufgrund einer niedrigen Pflegegeldstufe verhältnismäßig wenig Betreuungsbedarf haben und bei denen Angehörige verfügbar sind, die pflegerische Aufgaben übernehmen können.
- **BewohnerInnen kaufen sich mobile Dienste zu:** Mit Hilfe der mobilen Dienste kommen all jene zurecht bei denen der Betreuungsbedarf nicht so hoch ist (in h), sofern freie Kapazitäten vorhanden sind.
- **BewohnerInnen müssten/könnten private Pflege und Betreuung zukaufen:** Private Pflege und Betreuung kaufen jene zu, bei denen der Betreuungsbedarf nicht so hoch ist und keine ökonomische Beschränkung besteht.
- **BewohnerInnen müssten/könnten 24h-Betreuung zukaufen:** 24h-Betreuung wird zugekauft, wenn die notwendige Betreuungsintensität (in h) so hoch ist, dass es billiger kommt als einzelne Stunden über den Markt zuzukaufen und kein zusätzliches Zimmer für einen/eine 24-Stunden-BetreuerIn zur Verfügung gestellt werden kann.
- **BewohnerInnen kommen in betreuten Wohneinrichtungen unter:** In betreuten Wohneinrichtungen kommen all jene unter, bei denen keine Angehörigen vorhanden sind, sofern freie Kapazitäten vorhanden sind.
- **BewohnerInnen kommen ins Pflegeheim in angrenzenden Bundesländern:** All jene Personen, die eine hohe Betreuungsintensität haben und mit ihrem Einkommen/Vermögen keine 24h-Betreuung für intensive Pflegefälle zukaufen können und einen sehr hohen Pflegebedarf haben.
- **BewohnerInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall¹⁰:** Procuratio sind jene Fälle, die eine hohe Betreuungsintensität haben und mit ihrem Einkommen/Vermögen keine 24h-Betreuung für intensive Pflegefälle zukaufen können und für die in einem Pflegeheim keine Plätze zur Verfügung stehen.
- **BewohnerInnen verwahrlosen:** Das sind jene Fälle, die „durch das Netz fallen“ würden und bei denen keine Betreuungssituation sichergestellt werden kann.
- **BewohnerInnen erleiden einen früheren Tod:** Es wird angenommen, dass im ersten Jahr der ferneren Lebenserwartung von durchschnittlich 2,2 Jahren (eigene Erhebung in ausgewählten Pflegeheimen) 50% jener BewohnerInnen aus den Pflegegeldstufen 3 und 4 nach einem halben Jahr einen früheren Tod erleiden würden, die dem Risiko einer Verwahrlosung ausgesetzt wären. Alle jene BewohnerInnen aus den Pflegegeldstufen 5 und 6 würden nach Einschätzung von ExpertInnen innerhalb weniger Tage versterben, wenn sie einer Verwahrlosung ausgesetzt wären. In der nachfolgenden Tabelle ist es einfachheitshalber so dargestellt, dass die Hälfte verwahrlost und die andere Hälfte früher verstirbt.

¹⁰ Kommt es zum Wegfall der Anstaltsbedürftigkeit, die Patientin oder der Patient kann aber aufgrund chronischer Pflegebedürftigkeit nicht mehr in häusliche Pflege und Betreuung entlassen werden, übernimmt der zuständige Sozialversicherungsträger keine Kosten für den Aufenthalt in der Krankenanstalt (WPPA 2010). Die nicht mehr anstaltsbedürftigen Patientinnen und Patienten werden dann als pflegebedürftige Personen behalten und zum sogenannten Procuratio-Fall erklärt (WPPA 2010).

Die verteilte Gesamtanzahl von 11.902 BewohnerInnen dient als Basis für die weiteren Berechnungen der Wirkungen, der davon betroffenen Stakeholdern in den folgenden Kapiteln.

Tabelle 5-3: BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen in der Steiermark

	Gesamt	PGST 1	PGST 2	PGST 3	PGST 4	PGST 5	PGST 6	PGST 7
Anzahl der BewohnerInnen im Jahr 2013	11.902	88	560	1408	3173	3606	1982	1085
kommen alleine zurecht	257	32	225	-	-	-	-	-
durch Angehörige	1.951	32	190	443	763	523	-	-
Mobile Dienste	450	4	43	403	-	-	-	-
privater Zukauf	20	-	-	-	12	8	-	-
24h Betreuung	1.660	-	-	-	451	579	630	-
AWF	365	20	102	196	33	11	2	1
Krankenhäuser	1.464	-	-	-	-	-	380	1.084
andere Pflegeheime in anderen Bundesländern	292	-	-	-	-	-	292	-
verwahrlosen	1.140	-	-	183	957	-	-	-
versterben früher	4.303	-	-	183	957	2.485	678	-

5.3 BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

Die bedeutendste Stakeholdergruppe der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime in der Steiermark.

Im Jahr 2013 haben **13.273 Personen** in den steirischen Alten- und Pflegeheimen gelebt. Legt man die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage von 4.344.220 auf VZÄ um, ergeben sich rund **11.902 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013.

Der Großteil der BewohnerInnen ist weiblich (71%). Knapp die Hälfte (49%) der BewohnerInnen ist 85 Jahre alt und älter.

Um die Wirkungen für die BewohnerInnen einschätzen zu können, wurden neun persönliche Interviews mit BewohnerInnen geführt. Diese fanden in unterschiedlichen Alten- und Pflegeheimen in Niederösterreich und der Steiermark, im November 2014 statt. Um die Wirkungen analysieren zu können, wurden die Interviews aufgezeichnet und transkribiert. Aus den geführten Interviews konnten wesentliche Nutzendimensionen abgeleitet werden. Neben den Interviews wurden Dokumente und Daten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen herangezogen, um die Wirkungen für die BewohnerInnen zu verdeutlichen und zu analysieren. Bei Gesprächen mit anderen StakeholdervertreterInnen wurde ebenfalls darauf geachtet, Wirkungen für die BewohnerInnen auf Basis ihrer Sichtweisen zu erheben. Zwei bereits durchgeführte Studien zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien (Schober et. al 2013) und der Miteinander leben – Organisation für Betreutes Wohnen GmbH mittels SROI-Analyse (Pervan-Al Soqauer 2013) halfen zusätzlich bei der Einschätzung der Hauptwirkungen für die BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Die wohl bedeutendste Wirkung für die BewohnerInnen stellt das Sicherheitsgefühl dar, welches durch das Eintreten in ein Alten- und Pflegeheim deutlich zunimmt. Die Zunahme an körperlichen Beeinträchtigungen bei den BewohnerInnen führt häufig dazu, dass sie sich zuvor im eigenen zu Hause nicht mehr sicher gefühlt haben, was mit dem Wunsch nach Sicherheit durch das Pflegepersonal einhergeht. „*In der Nacht, wenn man alleine in der Wohnung ist, was ist wenn dann was ist?*“ (Interview 12) meint eine der befragten BewohnerInnen diesbezüglich. Dies bestätigt sich durchgängig in allen durchgeführten Interviews: „*Das ist beruhigend (...) da kommt der Arzt immer, wenn man ihn braucht*“ (Interview 2). Das Sicherheitsgefühl in den Alten- und Pflegeheimen wird somit von allen befragten BewohnerInnen als sehr hoch eingestuft: „*Wir sind hier sicher*“ (Interview 7).

Eine weitere bedeutende Rolle spielt die Zunahme an sozialen Kontakten für die BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen, von denen sie wesentlich profitieren. „*Daheim wäre ich alleine in der Wohnung, hier habe ich immerhin die Leute*“ (Interview 8), betont eine der befragten BewohnerInnen. „*Mir war noch gar nie fad hier*“ (Interview 11), erzählt eine der BewohnerInnen und weist des Weiteren auf das große Freizeitangebot hin, welches in den Alten- und Pflegeheimen wahrgenommen werden kann: „*Ununterbrochen wird bei uns gefeiert und gebastelt*“ (Interview 11). Neben dem Basteln wurden von den befragten BewohnerInnen häufig Singrunden, Ausflüge und das Kartenspielen als favorisierte Freizeitangebote genannt. Außerdem wurde in den Interviews des Öfteren auf das gemeinschaftliche Gefühl hingewiesen, welches durch den Kontakt mit den anderen BewohnerInnen und den PflegerInnen entsteht, was durch die Aussage „*Es gibt eine sehr familiäre Geborgenheit hier*“ (Interview 11) zusätzlich betont wird. Allerdings geht auf der anderen Seite aus den Interviews auch hervor, dass es für manche der BewohnerInnen durchaus schwierig ist, neue Freundschaften bzw. Kontakte im Alten- und Pflegeheim zu

knüpfen, da diese im hohen Alter keine Lust und Energie mehr haben, neue Beziehungen aufzubauen.

Neben einer Zunahme an sozialen Kontakten innerhalb der Alten- und Pflegeheime, lässt sich durch die Interviews mit den BewohnerInnen auch auf eine Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen schließen. Die Familienmitglieder kommen in den meisten Fällen häufig zu Besuch, da sie auf Grund der Entlastung durch das Alten- und Pflegeheim die verbleibende Zeit mit den zu pflegenden Angehörigen qualitativ hochwertiger nützen können. Folgende Aussage macht deutlich, dass die Entscheidung für ein Alten- oder Pflegeheim keineswegs einen Bruch für die Beziehung zu den Angehörigen bedeuten muss, ganz im Gegenteil: *„Profitieren? Ich hab was zu essen, ich hab's warm und meine Kinder schauen auf mich“* (Interview 18).

Im Rahmen der Gespräche wurde auch eine eingeschränkte Privatsphäre auf Grund von Doppelzimmern thematisiert und der Vorteil eines Einbettzimmers wurde hervorgehoben. Beispielsweise betont eine der BewohnerInnen im Interview, dass der Rückzugsort auf Grund des Doppelzimmers durchaus fehlt: *„Man gewöhnt sich mit der Zeit dran, bleibt einem nichts anderes über“* (Interview 12). Der Vorteil eines Einzelzimmers liegt dabei darin, dass die BewohnerInnen ihr Zimmer als Rückzugsort empfinden und dort zur Ruhe kommen können: *„Ich lebe alleine, aber bin nicht alleine“* (Interview 7) und *„Man wird alleine gelassen, wenn man es will“* (Interview 7). Allerdings wurde deutlich, dass sich ein Großteil der befragten BewohnerInnen ein Einzelzimmer wünschen würde, dieses aber nur schwer zu bekommen ist.

In diesem Zusammenhang wurde in den Befragungen häufig die Schwierigkeit mit demenzkranken BewohnerInnen genannt, die von nicht betroffenen BewohnerInnen meist als anstrengend wahrgenommen werden. Vor allem in Hinsicht auf die Situationen in den Doppelzimmern wurden dabei Schwierigkeiten genannt: *„Die Leute, die Demenz haben, sind oft sehr böse. Das ist unangenehm“* (Interview 11). Zudem wird dabei das Fehlen von Gemeinsamkeiten bzw. einer gemeinsamen Gesprächsbasis mit den ZimmerbewohnerInnen betont: *„Es fehlt an Gesprächspartnern“* (Interview 18).

Zusammengefasst ergibt sich für die BewohnerInnen somit eine im nachfolgenden Abschnitt dargestellte Wirkungskette.

5.3.1 Wirkungskette BewohnerInnen

Der Input, den die BewohnerInnen in die Alten- und Pflegeheime einbringen, sind ihre Kostenbeiträge. Die Alten- und Pflegeheime stellen wiederum barrierefreie Gebäude und qualifiziertes Pflegepersonal für die Betreuung der BewohnerInnen zur Verfügung, was eine gewisse Anzahl an Verrechnungstagen als Output zur Folge hat. Die erzielten Wirkungen sind nachfolgender Wirkungskette zu entnehmen und werden in Kapitel 5.3.2 genauer beschrieben und berechnet.

Tabelle 5-4: Wirkungskette BewohnerInnen

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Kosten-beiträge	Pflege und Betreuung	Anzahl an Verrechnungstagen	keine Gefahr der Verwahrlosung erhöhtes Sicherheitsgefühl eingeschränkte Individualität eingeschränkte Privatsphäre (Zweibettzimmer) keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können verändertes psychisches Wohlbefinden verbesserter allg. physischer Zustand höhere Infektionsgefahr als zuhause längere Lebenserwartung ausgewogene und regelmäßige Ernährung höhere/geringere Kosten im Vergleich zum Alternativszenario geringerer Organisationsaufwand mehr soziale Kontakte adäquate Freizeitangebote Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit Gewährleistung eines sauberen Umfelds Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt hätten (vgl. BewohnerInnenverteilung Alternativszenario)

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, die der Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zuzurechnen sind. Diese Wirkungen werden auch als Impact oder Nettowirkung bezeichnet. Der Impact liegt der Berechnung der stakeholder-spezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben. Die hierfür notwendige Berechnung des Deadweights basiert auf der im vorangegangenen Kapitel dargestellten BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen, bei Inexistenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Der Deadweight wurde somit in den folgenden Berechnungen bereits inkludiert und nicht nochmals extra ausgewiesen und abgezogen.

5.3.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** der BewohnerInnen, die durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Steiermark erreicht werden, liegen insgesamt bei **475.302.303 Euro** und verteilt sich, wie in nachfolgender Tabelle ausgeführt.

Tabelle 5-5: monetarisierte Wirkungen der BewohnerInnen

BewohnerInnen	
Keine Gefahr der Verwahrlosung	
Stundenlohn einer/eines privaten HausbedienerIn	
multipliziert mit Zeitverwendung für Hygiene	
multipliziert mit 365 für das ganze Jahr	
multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst verwahrlosen würden	€ 8.925.438
Erhöhtes Sicherheitsgefühl	
Kostenquote im Bereich Krankenzusatzversicherung einer privaten Versicherungsgesellschaft	
multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die von einem erhöhten Sicherheitsgefühl profitieren	€ 4.939.562
Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung	
Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate	
multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sich bevormundet fühlen	-€ 12.468.085
Eingeschränkte Privatsphäre	
Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer pro Jahr	
multipliziert mit 365 für das ganze Jahr	
multipliziert mit Anteil der BewohnerInnen, die im Alternativszenario in einem Einzelzimmer wären	-€ 116.478.135
Keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können	
Abfindungszahlung für den Verzicht auf Hauptmietrechte	
multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen, welche im Alternativszenario in ihrer eigenen Wohnung verbleiben könnten	-€ 3.822.146
Verändertes psychisches Wohlbefinden	
durchschnittliche Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie)	
multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, deren psychisches Wohlbefinden sich verbessert bzw. verschlechtert hat	€ 6.184.622
Verbesserter allg. physischer Zustand	
Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur	
Folgekosten eines Harnwegsinfektes	
Folgekosten einer Gastroenteritis	
Folgekosten von Mangelernährung	
Folgekosten von Medikamentenverwechslung	
Folgekosten von Dekubitalgeschwüren	
multipliziert jeweils mit der Anzahl BewohnerInnen, die im Alternativszenario von den oben genannten Pflegerisiken betroffen wären	€ 202.218.469

Höhere Infektionsgefahr als zuhause Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ansonsten zuhause wären multipliziert mit Wahrscheinlichkeit an einer Infektion im KH/PH zu erkranken	-€ 2.934.919
Längere Lebenserwartung Wert eines gesunden Lebensjahres (QALY) multipliziert mit dem Nutzwert der Lebensqualität multipliziert mit der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung eines Bewohners/ einer Bewohnerin multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH einen frühen Tod erleiden	€ 170.927.789
Ausgewogene und regelmäßige Ernährung Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr Multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen, welche von einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung profitieren	€ 23.985.910
Unzufriedenheit mit dem Essen Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen und einem À la carte – Menü Multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen die mit dem Essen unzufrieden sind	-€ 3.824.131
Höhere/geringer Kosten im Vergleich zum Alternativszenario Differenz der Kostenbeiträge bei Existenz der APH im Vergleich zum Alternativszenario (alleine, bei Angehörigen, MD, Zukauf privater Betreuung, 24h-Betreuung, AWF, Pflegeheim, Krankenhaus)	-€ 63.796.790
Geringerer Organisationsaufwand Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten Multipliziert mit den Kosten für eine persönliche Assistenz Multipliziert mit der Anzahl an BewohnerInnen, welche von einem geringeren Organisationsaufwand profitieren	€ 57.215.213
Mehr soziale Kontakte Zeitverwendung für soziale Kontakte Multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sonst alleine oder mit extrem spärlich Besuchen durch Angehörige zu Hause wären	€ 61.309.234
Adäquate Freizeitangebote Kosten für zwei Stunden Seniorenanimation pro Woche für ein Jahr Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario keine adäquaten Freizeitangebote in Anspruch nehmen könnten Abzüglich Deadweight (BewohnerInnen, die nicht an Aktivitäten teilnehmen)	€ 50.653.758
Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit Kosten für eine Wohnassistenz für ein Jahr, täglich 1 Stunde Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die von einer verbesserten Wohnsituation profitieren	€ 82.466.546

Gewährleistung eines sauberen Umfelds

Stundenlohn einer privaten HausbedienerIn
multipliziert mit Zeitverwendung für Hygiene

multipliziert mit 365 für das ganze Jahr

multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst alleine wären

€ 9.301.084

Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen

Dauer einer systemischen Familientherapie

multipliziert mit Stundensatz einer Familientherapieeinheit

multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die verbesserte soziale Kontakte zu Angehörigen haben

€ 498.883

Gesamtprofit der BewohnerInnen

€ 475.302.303

Die Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen trägt einen wesentlichen Teil zur Vermeidung von Verwahrlosung bei älteren Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf bei. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen profitieren insbesondere jene Personen, die sonst kein soziales Netz hätten. Somit besteht **keine Gefahr der Verwahrlosung**. Für die Berechnung des Profits wird nur die Anzahl der BewohnerInnen, die sonst verwahrlosen würden, herangezogen. Als Proxy für die Monetarisierung wurde die jährlich aufgewendete Zeit für Hygiene und Haushaltsführung, darunter fallen: Körperpflege; Geschirr waschen; Küchenarbeiten; Aufräumen; Reinigen der Wohnung; Müllentsorgung; Wäsche waschen; Wäsche bügeln; Sortieren; Suchen im Haushalt in der Höhe von 626 Stunden und 35 Minuten der Zeitverwendungserhebung 2008/09 (Statistik Austria 2010a) und der Stundensatz von privat zugekauftem Reinigungspersonal in der Höhe von 12,50 Euro (Interview mit zwei privaten HausbedienerInnen) verwendet.

Das Sicherheitsbedürfnis zählt zu einem der elementarsten Grundbedürfnisse für pflegebedürftige Menschen. Der Verlust von Kontrolle stellt eine erhebliche Belastung für das seelische und körperliche Wohlbefinden dar. Eine zunehmende Sturzgefahr in der eigenen Wohnung beziehungsweise eine eingeschränkte Mobilität und das steigende Bedürfnis nach Sicherheit sind häufige Einzugsgründe für BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen. Für das **erhöhte Sicherheitsgefühl** wurden als Proxy die Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung verwendet. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie, bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit, bei 100 Euro (Schober et. al 2013). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird. Auf die Kosten der Versicherung wird fokussiert, da dies der Wert ist, der benötigt wird, um die Leistungen und damit das Sicherheitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Für die meisten Menschen ist der Umzug in eine stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen die letzte Alternative. Erst wenn alle anderen Alternativen ausgeschöpft sind, kommt für viele Betroffene ein Pflegeheim in Frage, da dieses oft mit dem Verlust von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit assoziiert wird und den BewohnerInnen bewusst wird, dass es die letzte Wohnstätte ist. Viele Menschen haben Angst, sich von ihrer vertrauten Umgebung zu trennen und haben das Gefühl von ihren Angehörigen in eine stationäre Einrichtung "abgeschoben" zu werden. Diese Negativwirkung wird unter der **Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung** zusammengefasst. Für die Monetarisierung wurden die Kosten, die man auf sich nehmen würde, um staatlicher Bevormundung (bspw. Schul- bzw. Unterrichtspflicht) zu entgehen, angewendet. Es handelt sich dabei wieder um einen Hilfsindikator. In Österreich gibt es die gesetzlich geregelte Möglichkeit, die Unterrichtspflicht des Kindes während seiner ganzen

Schulzeit durch den sogenannten "häuslichen Unterricht" zu erfüllen (Erziehung 2013). Dieser Nutzen berechnet sich aus dem Schulgeld für eine Privatschule in Höhe von 1.460 Euro für 10 Monate (Albertus Magnus Volksschule 2013) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario von keiner Bevormundung betroffen wären.

Für all jene BewohnerInnen die im Alten- und Pflegeheim in keinem Einzelzimmer untergebracht sind entsteht zusätzlich die Negativwirkung der **eingeschränkten Privatsphäre**. Intimität kann in Alten- und Pflegeheimen, aufgrund eingeschränkter Rückzugsmöglichkeiten, kaum gewährleistet werden, wenn der/die BewohnerIn in keinem Einzelzimmer untergebracht ist. Jeder Mensch benötigt ein gewisses Maß an Privatsphäre. In einem Zweibettzimmer gibt es jedoch kaum Rückzugsmöglichkeiten. Der Trend geht laut ExpertInnen eindeutig in Richtung Einbettzimmer. Es gibt kaum Personen die sich freiwillig in einem Zweibettzimmer anmelden, die Ausnahme sind Paare oder Personen, die sich aus Sicherheitsgründen dafür entscheiden, da sie Angst haben alleine zu sein. Diese Wirkung wurde mit den Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer für all jene BewohnerInnen berechnet, die im Alternativszenario in einem Einzelzimmer untergebracht wären. (Statistik Austria 2014a, Wiener Städtische 2014). Die Kosten für ein Einzelzimmer pro Jahr pro Person belaufen sich auf 19.524,60 Euro.

Als weitere Negativwirkung, die durch die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim entsteht, wurde **keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können** identifiziert. Besonders für ältere Menschen ist es schwierig sich auf ein neues Umfeld einzulassen. In den eigenen vier Wänden zu wohnen hängt stark mit einem erhöhten Wohlbefinden zusammen. Um diese Wirkung monetarisieren zu können, wurde die Abfindungszahlung für den Verzicht auf die Hauptmietrechte herangezogen. Dafür wurden durchschnittliche Umzugskosten (eigene Erhebung), die Marktpreisdifferenz für ein Jahr (Statistik Austria 2011b, Statistik Austria 2014b, ÖHGB 2014) und drei Monatsmieten für die durchschnittlichen Maklergebühren berechnet (Statistik Austria 2011b). Dieser Wert wurde mit dem Anteil all jener BewohnerInnen multipliziert, welche im Alternativszenario in ihrer eigenen Wohnung verbleiben könnten.

Studien zufolge verbessert sich das **psychische Wohlbefinden** bei einem Anteil von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen, da ihre Betreuung sichergestellt ist und regelmäßig mit den MitarbeiterInnen beziehungsweise anderen BewohnerInnen kommuniziert wird. Es gibt aber auch Personen, bei denen sich nach Einzug in ein Alten- und Pflegeheim der psychische Zustand verschlechtert, da häufig eine Perspektivlosigkeit eintritt. Als Proxy wurden die Kosten für eine Psychotherapie herangezogen und mit der Anzahl jener BewohnerInnen multipliziert, die sonst alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen zu Hause wären. Ausgehend von einer Kurztherapie (25 Einheiten pro Jahr) bei 110 Euro Kosten pro Einheit, ergibt sich eine monetarisierte Wirkung von 6.184.622 Euro (Psyonline 2013, Ellviva 2013).

Durch die Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim kann sich ebenfalls die **Gefahr an einer Infektion zu erkranken** erhöhen. Als Proxy wurden die Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion in Höhe von 18.636,36 Euro (Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009) herangezogen. Diese wurde auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario in keiner stationären Einrichtung untergebracht werden würden, hochgerechnet und um die Wahrscheinlichkeit an einer Infektion im Krankenhaus bzw. Pflegeheim zu erkranken (= 2,1%) (Oe24 2009), bereinigt.

Durch die Bereitstellung von barrierefreien Heimen leisten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen einen wichtigen Beitrag zur **Verbesserung des allgemeinen physischen Zustandes** der BewohnerInnen. Ein Faktor, der dazu beiträgt, ist beispielsweise die Beseitigung von Sturzgefahren und Stolperfallen (weniger Stürze). Zusätzlich wird für einen Flüssigkeitsmangel (weniger Exsikkose) und Lebensmittelvergiftungen vorgesorgt. Durch die hohe fachliche Qualifikation des Pflegepersonals in Pflegeheimen wird zudem einer

Mangelernährung vorgebeugt. Da die Medikamente vom Pflegepersonal an die BewohnerInnen vergeben werden, wird auch eine Medikamentenverwechslung ausgeschlossen, die häufig bei demenziell erkrankten Personen oder sehbeeinträchtigten Menschen auftritt. Ein weiteres Pflegerisiko, welches schwerwiegende Gesundheitsprobleme darstellt, ist das Auftreten von Dekubituswunden. Diese führen zu verlängerten Liegezeiten, einem erhöhten Pflegeaufwand und reduzierter Lebensqualität (vgl. Medizinische Universität Graz 2011). Für die Faktoren wurden unterschiedliche Proxys für die Berechnungen herangezogen und eine fachliche Einschätzung zur Eintrittswahrscheinlichkeit dieser medizinischen Probleme von zwei Pflegedienstleitungen eingeholt.

Die Kosten wurden auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario alleine zurechtkommen müssten oder durch Angehörige betreut werden würden hochgerechnet. Es wurde zusätzlich die Annahme getroffen, dass auch ein Anteil all jener Personen (50%) die im Alternativszenario mobile Dienste, private Pflegefachkräfte, betreutes Wohnen oder 24h-Betreuung in Anspruch nehmen müssten, häufiger von diesen Pflegerisiken betroffen wären, da in Alten- und Pflegeheimen eine ständige Präsenz und Erreichbarkeit von einem interdisziplinären und hochqualifizierten Team vorhanden ist. Die Ausbildungsstandards in den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen garantieren eine qualitativ hochwertige Pflege. Zusätzlich werden durch Gesetze die Pflegeheimausstattung und die Ausbildung der MitarbeiterInnen geregelt und sichergestellt.

Der Profit von 202.218.469 Euro errechnet sich aus der Summe folgender Teilprofite für die Folgekosten der jeweiligen medizinischen Probleme:

- **Weniger Stürze:** Durch die Sturzprophylaxe, können geschätzte 65% der Stürze und somit auch ein erheblicher Anteil an Frakturen vermieden werden. Zumal Frakturen wesentlich für die Kosten von Stürzen verantwortlich sind (Heinrich/König 2010, Hoffmann 2010), wurden für die Monetarisierung als Proxy die medizinischen Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur in Höhe von 11.250 Euro angesetzt (Huhn 2010, Osteoporose 2013). Dieser Wert wurde um die Häufigkeit der Stürze ohne APH und der Wahrscheinlichkeit, dass der Sturz einer medizinischen Betreuung bedarf, (= 80%) (Huhn 2010) bereinigt. Dies ergibt einen Teilprofit von 52.057.174,23 Euro.
- **Weniger Exsikkose/Harnwegsinfekten:** Mit zunehmendem Alter verringert sich das Durstgefühl, was zu einem Flüssigkeitsmangel und in Folge zu schweren gesundheitlichen Problemen führen kann (Medizininfo 2013). Das Risiko für Harnwegsinfektionen, wenn Niere, Harnleiter, Blase und Harnröhre nicht regelmäßig "gespült" werden, steigt und kann eine Folge von Exsikkose (Austrocknung) sein (Medizininfo 2013, Reiche 2011). Durch die hohe Pflegequalität in Alten- und Pflegeheimen können der Einschätzung einer PflegehelferIn zufolge 90% der Exsikkose-Fälle und somit auch ein erheblicher Anteil an Harnwegsinfekten vermieden werden. Als Proxy wurden hierfür die Folgekosten eines Harnwegsinfektes in Höhe von 425 Euro pro Fall angesetzt (Thiesmann 2005). Diese Kosten wurden auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet und um die Häufigkeit der Exsikkose Fälle ohne APH bereinigt. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 3.404.234,86 Euro.
- **Weniger Lebensmittelvergiftungen/Magen-Darm-Entzündungen:** Da alle BewohnerInnen von einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung in den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen profitieren, wird Lebensmittelvergiftungen und Magen-Darm-Entzündungen vorgebeugt. Mit steigendem Alter verändern sich sowohl Seh-, Geschmacks- und Geruchsvermögen (Ernaehrungesund 2003), was dazu führen kann, dass ältere Menschen auch verdorbene Lebensmittel zu sich nehmen und an einer Magen-Darm-Entzündung (Gastroenteritis) erkranken. Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Gastroenteritis pro Fall in Höhe von 77 Euro (Van Den Brandhof et al. 2003) angesetzt. Diese Kosten wurden auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet

und um die von einer Pflegehelferin geschätzte Häufigkeit einer Magen-Darm-Entzündung ohne APH (= 80%) bereinigt. Daraus resultiert ein Teilprofit von 548.157,60 Euro.

- **Weniger Mangelernährung:** Mangelernährung tritt vor allem bei älteren Menschen auf. Oft wird diese Mangelernährung nicht erkannt und vielfach werden ältere Menschen nicht adäquat ernährt. Daten klinischer Studien belegen, dass der Ernährungszustand einen wichtigen Einfluss auf die individuelle Mortalität hat (Frei 2006). Europäische Prävalenzen von PatientInnen reichen bis hin zu 84% bei älteren Menschen (vgl. Medizinische Universität Graz 2011). Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Mangelernährung in Höhe von 3.146,61 Euro (Frei 2006) herangezogen und auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet und auf die geschätzte Häufigkeit einer Mangelernährung ohne APH (60%) bereinigt. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 16.800.348,62 Euro.
- **Verhinderung von Medikamentenverwechslung:** Ein weiteres Pflegerisiko von dem vor allem demenziell erkrankte und sehbeeinträchtigte Personen betroffen sind, ist eine Medikamentenverwechslung. Diese wird in den Alten- und Pflegeheimen ausgeschlossen, da die Medikamente durch das Pflegepersonal an die BewohnerInnen verabreicht werden. Die Einnahme altersinadäquater Medikation erhöht nicht nur das Risiko stationärer Aufnahme, sondern auch das Risiko zu versterben signifikant. Hierfür wurden die Folgekosten von Medikamentenverwechslung in Höhe von 4.545,45 Euro (Grandt et al. 2005) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario hiervon betroffen wären (60%), hochgerechnet. Dies ergibt einen Teilprofit von 24.269.078,90 Euro.
- **Weniger Dekubitalgeschwüre:** Vor allem für ältere, pflegebedürftige und immobile Menschen stellen Dekubitalgeschwüre ein häufiges Pflegeproblem dar, welches großes Leid bei den Betroffenen einerseits und hohe Kosten für unsere Gesellschaft andererseits verursacht. Durch frühzeitige Risikoeinschätzung des Pflegepersonals in Alten- und Pflegeheimen und wirksamer Präventionsmaßnahmen kann das Auftreten von Dekubitalgeschwüren weitestgehend vermieden werden. Für die Berechnung dieser Wirkung wurden die durchschnittlichen Folgekosten von Dekubitalgeschwüren pro Person in Höhe von 19.692,00 Euro (Eibel 2012) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario hiervon betroffen wären (60%), hochgerechnet. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 105.139.474,36 Euro.

Die hier bewerteten Pflegerisiken stellen nur einen Bruchteil an Pflegeproblemen dar, von denen pflegebedürftige Personen betroffen sind. Es konnte im Rahmen dieser Studie nur auf die Hauptpflegerisiken eingegangen werden. Zusätzlich muss festgehalten werden, dass durch die hohe medizinische pflegerische Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen, Krankheitsbilder wie Herz- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, des Verdauungstrakts, der Nieren, Ernährung- und Stoffwechselerkrankungen, Diabetes Mellitus, Erkrankungen des Nervensystems, der Atemwege, Krebs, psychische Erkrankungen, Schlaganfälle, um nur einige zu nennen, behandelt werden und der hier monetarisierte Nutzen für einen verbesserten physischen Gesundheitszustand unterbewertet ist.

Eine weitere Wirkung ist die **höhere Lebenserwartung**. Diese wurde nur für jene BewohnerInnen berechnet, die bei Inexistenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen keine alternative Betreuungslösung erhalten würden und innerhalb des ersten Jahres einen frühen Tod erleiden würden. Für die Bewertung eines gesunden Lebensjahres in Relation zur Gesundheit wurde die Kennzahl des qualitätskorrigierten Lebensjahres (englisch: quality-adjusted-life-year, QALY) aus der Gesundheitsökonomik (Phillips 2009, Dolan et al. 2004) in Höhe von 36.937,50 Euro (Nice 2010) herangezogen. Der Wert eines gesunden Lebensjahres wird anschließend mit dem Nutzwert der

Lebensqualität/Gesundheitszustandes (= 0,5) (Phillips 2009) und der durchschnittlichen fernerer Lebenserwartung gemäß der Verweildauer der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen (= 2,2 Jahre, eigene Erhebungen) multipliziert und auf die Anzahl der BewohnerInnen, die sonst einen frühen Tod erleiden, hochgerechnet.

Des Weiteren profitieren die BewohnerInnen von einer **ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung** im Alten- und Pflegeheim. Die Kosten für eine regelmäßige Ernährung wurden mit den Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr monetarisiert. Da die BewohnerInnen in den Alten- und Pflegeheimen dreimal täglich (Frühstück, Mittagessen und Abendessen) von einem Essen profitieren und bei den Essen auf Rädern-Angeboten nur ein Mittagessen enthalten ist, wurde der Wert mal 2 multipliziert und beträgt somit 75,80 Euro pro Woche (Samariterbund 2014).

Ein Anteil der BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime ist **unzufrieden mit dem Essen**. Um diese Negativwirkung zu monetarisieren wurde die Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen (Eurest 2014) und einem À la carte – Menü (Das Campus 2014) herangezogen und mit der der Anzahl an BewohnerInnen die mit dem Essen unzufrieden sind (NÖ Heime 2010) multipliziert. Dies wurde jedoch nur für all jene BewohnerInnen angenommen, welche im Alternativszenario mit dem Essen zufrieden wären.

Die monetäre Wirkung der **höheren/geringeren Kosten im Vergleich zum Alternativszenario** errechnet sich aus der Differenz der Kostenbeiträge, die die BewohnerInnen in die Alten- und Pflegeheime leisten und dem finanziellen Beitrag, den sie für die alternative Betreuungslösung leisten würden. Es wurde davon ausgegangen, dass Personen, bei denen keine Angehörigen zur Verfügung stehen und die **alleine zurechtkommen müssten**, monatliche Kosten von 633,25 Euro anfallen würden. Diese Kosten setzen sich aus dem durchschnittlichen Mietaufwand in der Steiermark inklusive Betriebskosten von 411 Euro (Statistik Austria 2014b) und den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten eines/einer PensionistIn von 222,25 Euro (Statistik Austria 2011a) im Monat zusammen. Zusätzlich müssen all jene Personen, die im Alternativszenario in keiner stationären Einrichtung betreut werden würden, von durchschnittlichen Kosten für Pflegeprodukte und Medikamente in Höhe von 2.174,39 Euro pro Jahr (eigene Erhebung Pflegeheime) rechnen. Für all jene BewohnerInnen, welche **Angehörige** zur Verfügung haben, die Pflegeleistungen übernehmen würden, wurde die Annahme getroffen, dass der/die Pflegebedürftige beim Angehörigen unterkommen würde und somit die durchschnittlichen Mietkosten eingespart werden. Für die Berechnung der Kosten der **mobilen Dienste**, wurden die durchschnittlichen Kostenbeiträge pro KlientIn (vgl. Schober et. al 2013) zuzüglich dem durchschnittlichen Mietaufwand, den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten und Kosten für Pflegeprodukte und Medikamente herangezogen. Hier wurde wieder für all jene BewohnerInnen, die bei Angehörigen wohnen würden, jedoch zusätzlich Unterstützung von mobilen Diensten erhalten, der durchschnittliche Mietaufwand abgezogen. Die gleiche Berechnungsweise wurde für all jene, die stundenweise **private Pflege und Betreuung** zukaufen müssten, herangezogen. Hier belaufen sich die durchschnittlichen Kosten pro Stunde auf 23,50 Euro (Pflegedienst24 2014). Bei allen BewohnerInnen die ohne Alten- und Pflegeheime in einer **Betreutes Wohnen** Einrichtung unterkommen würden, wurden die Kostenbeiträge pro BewohnerIn inklusive der Inanspruchnahme von mobilen Diensten (vgl. Pervan-Al Soquauer et al. 2013) zuzüglich der Kosten für Lebenserhaltungskosten, Medikamente und Pflegeprodukte hinzugezogen. Die Kosten einer **24-Stunden-BetreuerIn** belaufen sich auf durchschnittlich 74,47 Euro pro Tag (Schober et. al 2013), zuzüglich dem durchschnittlichen Mietaufwand, falls der/die BewohnerIn alleine lebt, den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten für den/die BewohnerIn selbst und die/den 24-Stunden-BetreuerIn und den Kosten für Medikamente und Pflegeprodukte. Wenn die pflegebedürftige Person zu einem **Procuratio-Fall** erklärt wird, dann hat diese grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt selbst für die Kosten der Pflege und des Aufenthaltes aufzukommen (WPPA 2010). Falls Pflegegeld, Einkommen und verwertbares Vermögen, wie Sparguthaben und Liegenschaften, nicht ausreichen, hat die pflegebedürftige

Person nur einen Teilbetrag zu entrichten (vgl. ebd.). Dieser setzt sich aus 80 Prozent des Nettoeinkommens inklusive des anteiligen Pflegegeldes zusammen. 20 Prozent des Nettoeinkommens, der 13. und 14. Monatsbezug und 10 Prozent der Pflegegeldstufe 3 verbleiben der betroffenen Person (vgl. ebd.). Für all jene BewohnerInnen, die im Alternativszenario in einem Pflegeheim eines angrenzenden Bundeslandes unterkommen würden, wurden die durchschnittlichen Kosten pro BewohnerIn in einem Alten- und Pflegeheim herangezogen. Für all jene BewohnerInnen, die ohne Alten- und Pflegeheime verwahrlosten würden, wurden die Kosten für den durchschnittlichen Mietaufwand und durchschnittliche Lebenserhaltungskosten verwendet.

Die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren des Weiteren von einem **geringeren Organisationsaufwand**. Dieser wurde mit der Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten, darunter fallen: persönliche medizinische Versorgung; Wege- Persönliches; Kochen, Essen zubereiten; backen, konservieren von Lebensmitteln; einkaufen; Behördengänge; Bank-, Postdienstleistungen; Arzt-, Therapiebesuche; Haushaltsplanung und -organisation; Wege – Hausarbeit; Wege – Einkaufen (Statistik Austria 2010a) und den Kosten für eine persönliche Assistenz pro Stunde in Höhe von 22 Euro (WAG 2014) monetarisiert.

Um die **Verbesserung der sozialen Kontakte** zu bewerten, wurde die Zeitverwendung für soziale Kontakte: Gespräche im Familienkreis; telefonieren; E-Mails schreiben, lesen, chatten; Briefe schreiben, lesen; Gespräche außerhalb der Familie; Besuche bei/von Freunden/Verwandten; Ausgehen in Lokale; private Partys; formelle Freiwilligenarbeit; informelle Hilfe, Freiwilligenarbeit; Teilnahme an religiösen, politischen u.ä. Veranstaltungen; Wege - soziale Kontakte; Wege – Freiwilligenarbeit (Statistik Austria 2010a) mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 12,79 Euro (Statistik Austria 2010b) multipliziert. Dies wurde nur für all jene BewohnerInnen angenommen, welche im Alternativszenario alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen durch Angehörige zu Hause wären.

Adäquate Freizeitangebote wurden als Profit all jenen Personen zugerechnet, die in den Alten- und Pflegeheimen an den angebotenen Aktivitäten teilnahmen. Personen, die diese Wirkung auch hätten, würden die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen nicht existieren, wurden aus der Berechnung ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um BewohnerInnen, die in einer Einrichtung des Betreuten Wohnen oder einem Pflegeheim in einem anderen Bundesland leben würden. Bewertet wurde die Wirkung Seniorenanimation mit den Kosten für eine/n Altenbetreuer/in in Höhe von 50 Euro für zwei Stunden Seniorenanimation pro Woche, im Zeitraum von einem Jahr (eigene Erhebung).

Der Profit für die **Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit** ergibt sich für BewohnerInnen, die körperlich nicht mehr in der Lage sind in einem nicht-barrierefreien Umfeld zu leben. Personen die im Alternativsetting ebenfalls barrierefrei leben würden, wurden aus der Bewertung exkludiert. Um die Wirkung zu monetarisieren und den Profit zu berechnen wurde ein Proxy verwendet. Eine Dienstleistung, die quasi als Ersatz für Barrierefreiheit im Kontext von Menschen mit Behinderung dient, ist die persönliche Assistenz oder Wohnassistenz. Wohnassistenz wird in der vorliegenden Studie somit als Hilfsindikator für den monetären Wert von Barrierefreiheit verwendet. Es wird nicht davon ausgegangen, dass BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, wenn diese nicht existieren würde, tatsächlich Wohnassistenz in Anspruch nehmen würden. Für die Berechnungen wurden die Kosten für täglich eine Stunde Wohnassistenz für ein Jahr angesetzt (SDE 2013).

Die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren ebenfalls von der **Gewährleistung eines sauberen Umfelds**. Für die Berechnung des Profits wird nur die Anzahl der BewohnerInnen, die sonst alleine leben würden/müssten, herangezogen. Als Proxy für die Monetarisierung wurde die jährlich aufgewendete Zeit für Hygiene und

Haushaltsführung (Körperpflege; Geschirr waschen, Küchenarbeiten; Aufräumen, Reinigen der Wohnung; Müllentsorgung; Wäsche waschen; Wäsche bügeln; Sortieren, Suchen im Haushalt) in Höhe von 626 Stunden und 35 Minuten der Zeitverwendungserhebung 2008/09 (Statistik Austria 2010a) und als Stundensatz von privat zugekauftem Reinigungspersonal, in Höhe von 12,50 Euro, verwendet.

Weiters bewirken die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, durch die Entlastung der Angehörigen in der Pflege und Betreuung, hinsichtlich der dahinterstehenden Verantwortung und Minderung von Konfliktpotential, eine **Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen**, sodass das bestehende gute Naheverhältnis nicht gefährdet wird. Als Proxy liegt hier die Verwendung der Kosten für eine systemische Familientherapie nahe. Eine Dauer von 6 Einheiten pro Jahr wird dafür angesetzt (Stangl-Taller 2013, Hainz 2013). Da diese Wirkung in gleichen Maßen den Angehörigen zugerechnet werden kann, wird sie bei beiden Stakeholdern jeweils zur Hälfte angesetzt, zumal die Familientherapie auf Paare bzw. größere Personenkreise ausgerichtet ist.

5.4 ANGEHÖRIGE

Eine wesentliche Stakeholdergruppe stellen die Angehörigen dar. Knapp 70 Prozent aller zu pflegenden Menschen in der Steiermark werden von Angehörigen betreut (Volkshilfe Steiermark 2013). Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Die Hälfte der pflegenden Angehörigen ist zwischen 55 und 72 Jahre alt (Schneider et al. 2009)¹¹. Rund 33.900 (43%) Personen waren gleichzeitig erwerbstätig (Jung/Trukeschitz et al. 2007).

Mit Angehörigen der BewohnerInnen wurden sechs persönliche Interviews geführt. Die Interviews bestätigten die Ergebnisse zu pflegenden Angehörigen in der Literatur und Praxis (vgl. z.B. Schneider et al. 2009, Pochobradsky et al. 2005, Hofstätter 2013, IG-Pflege 2013). Belastungen für die Angehörigen lassen sich im Zuge dessen grob in drei Bereiche einteilen:

- Soziale Belastungen: zu wenig Freizeit, zu wenig Zeit für Hobbys, zu wenig Zeit für soziale Kontakte
- Physische Belastungen: Rücken- und Nackenschmerzen, Schmerzen in den Gelenken
- Psychische Belastungen: Überforderung, Einsamkeit, Depression

Allgemein ist festzuhalten, dass die Angehörigen oft mit Schuldgefühlen zu kämpfen haben, weil sie die Pflege in andere, fremde Hände gegeben haben. Die Schuldgefühle hängen dabei vor allem mit dem fehlenden Wissen darüber, was die zu pflegenden Angehörigen in einem Alten- und Pflegeheim erwartet, zusammen, was auch durch die Aussage einer Angehörigen deutlich wird: *„Solange man nicht damit konfrontiert wird, schiebt man es von sich weg“* (Interview 3). Zusätzlich werden stationäre Pflegeeinrichtungen in der Öffentlichkeit noch immer mit einem negativen Image in Verbindung gebracht, was die Angehörigen zusätzlich unter Druck setzt: *„Du glaubst auch, du musst das schaffen (...) bei uns in der kleinen Ortschaft sagt sonst jeder ‚oh, in ein Heim!‘“* (Interview 4). Eine andere Angehörige berichtet im Rahmen der Interviews von Konfrontationen mit außenstehenden Personen, die ihr vorwurfsvoll *„Was? Du gibst deine Mama ins Heim?“* (Interview 19), entgegneten, was durchaus den – nach wie vor vorherrschenden – negativen Ruf der Alten- und Pflegeheime unterstreicht.

¹¹ Diese Angaben beziehen sich allerdings nur auf pflegebedürftige Personen über 60 Jahre, die Pflegegeld beziehen. Jüngere Personen und Personen ohne Pflegegeld wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Eine der bedeutendsten Wirkungen für die Angehörigen, stellt die psychische Entlastung durch die Aufnahme der pflegebedürftigen Angehörigen in ein Alten- und Pflegeheim dar. „Wenn man das mitgemacht hat, weiß man was das wert ist“ (Interview 4), betont eine der befragten Angehörigen in Bezug auf die Bedeutung des Alten- und Pflegeheimes. Diese psychische Entlastung geht unter anderem damit einher, zu wissen, dass die zu pflegenden Angehörigen im Alten- und Pflegeheim gut aufgehoben sind: „Für mich ist es eine wahnsinnige Erleichterung“ (Interview 19). Vor allem die Zunahme an Zeit für die eigene Familie (PartnerIn/ Kinder) ist für die pflegenden Angehörigen besonders entlastend: „So ist es eine Entlastung für die Familie, auf jeden Fall“ (Interview 9). In den geführten Interviews wird dabei zudem deutlich, wie groß die Überforderung für die pflegenden Angehörigen war, bevor die Entscheidung für den Eintritt in ein Alten- und Pflegeheim getroffen wurde: „Mir war es auch schon zu viel. Ich konnte ihn nicht immer bespaßen“ (Interview 13). Außerdem wurde in den Interviews deutlich, wie sehr die Pflege der eigenen Angehörigen an die Substanz der Befragten ging: „Es war wirklich schon so, ich bin am Zahnfleisch dahergekommen“ (Interview 4) und wie groß die Entlastung durch die Alten- und Pflegeheime im Zuge dessen ist: „Ich weiß nicht was ich machen würde (...) für mich wäre das eine wahnsinnige Einschränkung, das wäre keine Lebensqualität mehr“ (Interview 3).

Ein ausschlaggebendes Kriterium dafür, die pflegebedürftigen Angehörigen, in ein Alten- und Pflegeheim zu geben, ist die Sicherheit, dass die Angehörigen dort gut aufgehoben sind. Dies geht auch aus den Interviews hervor: „Ich weiß, wenn was ist dann ist jemand da“ (Interview 9). „Sie kommen immer wieder mal rein, sie kriegt pünktlich ihre Medikamente (...) das funktioniert alles“ (Interview 3) und „Hier ist alles geregelt“ (Interview 19), betonen die Angehörigen in unseren Gesprächen. Allerdings wird im Zuge dessen auch der Zeitmangel des Pflegepersonals öfter angesprochen: „Da müssten sie das Personal ein bisschen aufstocken (...) das einzige was schön wäre, wenn es ein bisschen mehr Personal gäbe und die sich ein bisschen persönlicher kümmern könnten, dafür ist keine Zeit da“ (Interview 9).

Vor allem die zeitliche Entlastung wurde in den Interviews häufig thematisiert und als großer Vorteil der Alten- und Pflegeheime betont. Für die Angehörigen bietet die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim die Möglichkeit, einen eigenen Alltag aufzubauen und zu leben. „Meine Freiheit wäre eingegrenzt. Dann hätte ich überhaupt keine Freizeit mehr“ (Interview 19), betont eine der Angehörigen in Bezug auf die große zeitliche Belastung, wenn die Möglichkeit einer Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim nicht gegeben wäre.

Eine weitere bedeutende Wirkung, die sich im Rahmen der Interviews manifestiert hat, ist die veränderte Beziehung zu den pflegebedürftigen Angehörigen. Aus einigen Interviews ging in diesem Zusammenhang hervor, dass sich die Beziehung zu den Angehörigen entlastet hat und so entspannter geworden ist: „Daheim hat man alles gemacht, aber es ist halt kein Dank zurückgekommen, es wird eh gemacht, aber es war immer zu wenig (...) die anderen haben dann eh gesagt, du kannst sie ja eh besuchen fahren und dann bist du die Gute – und das stimmt auch“ (Interview 4).

Zusammengefasst ergibt sich für die Angehörigen somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.4.1 dargestellte Wirkungskette.

5.4.1 Wirkungskette Angehörige

Die Angehörigen investieren die Bereitschaft den/die Angehörige/n in einem Alten- und Pflegeheim unterzubringen. Die stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung wiederum übernimmt für die Angehörigen die Pflege und Betreuung und bezieht die Angehörigen mit ein. Der Output ist die Anzahl der von den Alten- und Pflegeheimen übernommenen Verpflegstage. Die für den SROI-Wert relevanten Wirkungen und deren Berechnung, werden im folgenden Kapitel beschrieben.

Tabelle 5-6: Wirkungskette Angehörige

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Bereitschaft den/die Angehörige/n im APH unterzubringen	Übernahme der Pflege und Betreuung Einbeziehen der Angehörigen	Anzahl der von APH übernommenen Verpflegstage	weniger physische, psychische und soziale Belastungen Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen Schuldgefühle, den/die Angehörige/n "abgeschoben" zu haben Möglichkeit auf Urlaub Zeitliche Entlastung Veränderte Beziehung zum Angehörigen (unbelastete Begegnung) Veränderte Beziehung zum Partner/der Partnerin (Beziehungskonflikte)	Anzahl der Angehörigen, deren Angehörige/r ohne APH anders fremdbetreut wäre

5.4.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** der Angehörigen liegen, wie Tabelle 5-7 zeigt, insbesondere in der Reduktion von sozialen, physischen und psychischen Belastungen, der Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen und in der Verbesserung der Beziehung zu betreuten Angehörigen und betragen insgesamt **115.225.886 Euro**.

Tabelle 5-7: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen

Angehörige	
Geringere psychische Belastung	
Folgekosten Burnout	
multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die psychisch belastet sind	
abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	
	€ 41.336.617

Geringere physische Belastung Folgekosten von Rückenproblemen (Physiotherapiekosten) multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die physisch belastet sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	€ 3.428.832
Verbesserte soziale Beziehungen Zeitverwendung für soziale Kontakte multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn eines/einer ÖsterreicherIn multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die sozial belastet sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	€ 7.447.606
Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung pro Jahr multipliziert mit Anzahl der Angehörigen deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH nicht fremdbetreut wären	€ 1.634.652
Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen Durchschnittliches Bruttojahresgehalt multipliziert mit der Anzahl der Personen, die im erwerbsfähigen Alter sind und aufgrund der Pflegetätigkeit nicht erwerbstätig sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	€ 2.264.471
Schuldgefühle den Angehörigen „abgeschoben“ zu haben Höhe der Kosten für Geldgeschenke von Eltern an ihre Kinder multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die Schuldgefühle haben (Annahme: 50%) Abzüglich Deadweight (Angehörige, die im Alternativszenario ebenfalls Schuldgefühle hätten)	-€ 6.710.158
Möglichkeit auf Urlaub zu fahren Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die ohne APH die Pflegetätigkeit übernehmen müssten multipliziert mit Anzahl der Urlaubsreisenden im Alter von 55 bis 64 Jahren in Österreich multipliziert mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Urlaub	€ 396.683
Zeitliche Entlastung Durchschnittlicher Zeitaufwand der pflegenden Angehörigen für Pflegetätigkeiten pro Jahr entsteht multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die ohne APH die Pflegetätigkeit übernehmen müssten Multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	€ 64.578.743

Verbesserte Beziehung zum Angehörigen

Dauer einer systemischen Familientherapie

Multipliziert mit Stundensatz einer Familientherapieeinheit

Multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die verbesserte soziale Kontakte zu Angehörigen haben

€ 498.883

Verbesserte Beziehung zum Partner/zur Partnerin

Kosten einer Paartherapie

multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die ohne APH die Pflegefähigkeit übernehmen müssten

Multipliziert mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen mit familiären Problemen

€ 349.557

Gesamtprofit der Angehörigen

€ 115.225.886

Die **psychische Belastung** betrifft insbesondere das ständige Gefühl der Verantwortung, das Gefühl der Überforderung und auch durch die Belastung entstehende Depressionen (Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy wurden hier die Folgekosten eines Burnouts (Psychotherapiekosten und Krankenstandstage) verwendet und ein Mischindikator aus den Folgekosten eines Burnouts bei Früherkennung, einer zeitverzögerten Diagnose und einer späten Diagnose in Höhe von 16.850 Euro gebildet (Schneider 2013).

Die **physische Belastung** betrifft insbesondere Rückenschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich und in den Gelenken. Durch die Alten- und Pflegeheime, in denen die pflegebedürftigen Angehörigen betreut werden, kommt es zu einer Entlastung der betreuenden Angehörigen (Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy wurden die Folgekosten von Rückenproblemen (Physiotherapiekosten) in Höhe von 2.303 Euro (Göbel 2001) verwendet.

Pflegende Angehörige klagen zudem über wenig Zeit für sich selbst und ihre Hobbys, wenig Zeit für soziale Kontakte und Isolation. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erleben die Angehörigen eine deutliche **Verbesserung der sozialen Beziehungen**. Sie profitieren durch mehr Freizeit, haben mehr Zeit für Hobbys und soziale Kontakte und sind so weniger isoliert (IG-Pflege 2012, Hofstätter 2012, Schneider 2009, Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy für diesen Nutzen wurde die durchschnittliche Zeitverwendung für soziale Kontakte, darunter fallen Gespräche im Familienkreis; telefonieren; E-Mails schreiben, lesen, chatten; Briefe schreiben, lesen; Gespräche außerhalb der Familie; Besuche bei/von Freunden/Verwandten; Ausgehen in Lokale, private Partys; formelle Freiwilligenarbeit; informelle Hilfe, Freiwilligenarbeit; Teilnahme an religiösen, politischen u.ä. Veranstaltungen; Wege - soziale Kontakte; Wege - Freiwilligenarbeit (Statistik Austria 2010a) mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 12,79 Euro (Statistik Austria 2010b) multipliziert.

Des Weiteren profitieren die Angehörigen vom **Wissen, dass ihr pflegebedürftiger Angehöriger gut betreut ist**. Diese Wirkung wurde mit den Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung monetarisiert. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie, bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit, bei 100 Euro (Schober et. al 2013). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird. Auf die Kosten der Versicherung wird fokussiert, da dies dem Wert entspricht, den es benötigt, die Leistungen und damit das Sicherheitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Ein weiterer Profit ist, dass die Angehörigen durch die Alten- und Pflegeheime die **Möglichkeit bekommen einer Erwerbsarbeit, uneingeschränkt oder auch teilweise, nachzugehen**. 17,4% der pflegenden Angehörigen sind im erwerbsfähigen Alter, üben aber

keine Erwerbstätigkeit aus. 17,9% wiederum geben die Pflegetätigkeit als Grund an, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen (Schneider et al. 2009). Bezogen auf das durchschnittliche Bruttojahresgehalts einer/eines unselbstständig Erwerbstätigen, sowohl für Teilzeit (Statistik Austria 2010b) wie auch Vollzeit (Land Steiermark 2013a), ergibt dies einen Outcome von 2.264.471 Euro. Die Aufteilung Vollzeit-Teilzeit wird analog zur tatsächlichen Aufteilung bei den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen verwendet (Schneider et al. 2009). Es ist jedoch zu beachten, dass all jene pflegenden Angehörigen, die durch die Alten- und Pflegeheime ihre Berufstätigkeit aufnehmen können, andere Personen am Arbeitsmarkt verdrängen. Dies wurde beim Stakeholder allgemeine Bevölkerung berücksichtigt.

Eine weitere Wirkung, die in den geführten Interviews mit den Angehörigen identifiziert und auch durch die Literatur bestätigt wurde, sind die **Schuldgefühle**, den Angehörigen ins Pflegeheim „abgeschoben“ zu haben. Schuldgefühle aufgrund mangelnder Zeit für Familienmitglieder, gibt es auch gegenüber Kindern und Jugendlichen. Das Stichwort „Wohlstandsverwahrlosung“ sei hier erwähnt. Zur Kompensation der Schuldgefühle geben Eltern ihren Kindern entsprechend hohe Taschengelder und Geldgeschenke. Es ist zu beobachten, dass Eltern ihren Kindern als Ersatz für die mangelnde (zeitliche) Zuneigung entsprechend hohe Taschengelder und Geldgeschenke machen. Gabanyi et al. (2007) kommen zum Ergebnis, dass 5% der Jugendlichen alles von den Eltern bekommen was sie brauchen. Dies deckt sich mit jener Anzahl an Jugendlichen, die über 150 Euro Taschengeld bekommen und mit jener Anzahl an Jugendlichen, die hohe Geldgeschenke bekommen. Um sich von einem Schuldgefühl „freizukaufen“ wurden für die Berechnungen der vorliegenden Studie 180 Euro Taschengeld pro Monat und 360 Euro Geldgeschenke pro Jahr herangezogen und auf die Anzahl an jenen Angehörigen, die Schuldgefühle haben (Annahme: 50%), hochgerechnet (vgl. Gabanyi et al. 2007). Für die Angehörigen ergibt sich somit eine Negativwirkung von 6.710.158 Euro.

Durch die Unterbringung der Angehörigen in einem Alten- und Pflegeheim, haben die Angehörigen auch die **Möglichkeit auf Urlaub zu fahren**. Diese Wirkung wurde mit der Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison monetarisiert (Statistik Austria 2013b, Urlaub 2014), da die Annahme getroffen wurde, dass Personen bereit sind für einen gleichwertigen Urlaub in der Hauptsaison deutlich mehr auszugeben, wenn sie nicht auf die Nebensaison ausweichen können, beispielsweise durch Kinder. Dies kann als ein finanzielles Äquivalent zum Ausgleich eines gewissen Zwangs gesehen werden. Dieser Wert wurde mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne die Alten- und Pflegeheime die Pflegetätigkeit übernehmen müssten, multipliziert. Es wurden nur all jene Personen berücksichtigt, die im Alter von 55 bis 64 Jahren auf Urlaub fahren und mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer eines Urlaubs einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert (Statistik Austria 2013b).

Zusätzlich profitieren die Angehörigen von einer **zeitlichen Entlastung**, da sie die Pflegetätigkeit nicht mehr übernehmen müssen. Um diese Wirkung in Geldeinheiten zu bewerten, wurde der durchschnittliche Zeitaufwand, der für pflegende Angehörige für Pflegetätigkeiten pro Jahr in Höhe von 2.340 Stunden (Schneider et al. 2009) entsteht, mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert.

Weiters bewirken die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen durch die Entlastung der Angehörigen in der Pflege und Betreuung, hinsichtlich der dahinterstehenden Verantwortung und Minderung von Konfliktpotential, eine **Verbesserung der Beziehung zwischen dem/der Betreuten und dem Angehörigen**, sodass das bestehende gute Naheverhältnis nicht gefährdet wird. Als Proxy wurden die Kosten für eine systemische Familientherapie für eine Dauer von 6 Einheiten pro Jahr herangezogen (Stangl-Taller 2013, Hainz 2013). Da diese Wirkung in gleichen Maßen den BewohnerInnen zugerechnet werden

kann, wird sie bei beiden Stakeholdern jeweils zur Hälfte angesetzt, zumal die Familientherapie auf Paare bzw. größere Personenkreise ausgerichtet ist.

Die Angehörigen profitieren ebenfalls von einer **verbesserten Beziehung zum Partner/zur Partnerin**, da die Übernahme von Pflegeleistungen oft zu Konflikten innerhalb der Familie führt. Um diese Wirkung zu bewerten, wurden die Kosten einer Paartherapie in Höhe von 900 Euro (Psychotherapiepraxis 2014) multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die ohne den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen die Pflegeleistung übernehmen müssten und mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen mit familiären Problemen (Pochobradsky et al. 2005) multipliziert.

Als Deadweight wurde jeweils jener Anteil an Angehörigen abgezogen, dessen betreute Personen ohne den Alten- und Pflegeheimen anders fremdbetreut wären.

5.5 HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Einen weiteren bedeutenden Stakeholder der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Im Jahr 2013 waren insgesamt 6.571 Pflege- und Betreuungspersonen (5.380,4 Vollzeitäquivalente) beschäftigt.

Insgesamt wurden sechs persönliche Interviews mit den MitarbeiterInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geführt. Aus den geführten Interviews konnten deutliche Nutzendimensionen abgeleitet werden.

Zentraler Nutzen für die Beschäftigten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist der fixe Arbeitsplatz und das damit verbundene Erwerbseinkommen. Darüber hinaus ziehen die MitarbeiterInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine besondere Motivation daraus, eine sinnvolle und soziale Tätigkeit zu leisten. Eine Mitarbeiterin schilderte dies eindrücklich: *„Man bekommt sehr viel zurück. Man gibt nicht nur, sondern man bekommt auch viel“* (Interview 20). Abgesehen davon spielen auch die Akzeptanz der BewohnerInnen und das gute Miteinander eine Rolle, was sich unter dem Oberbegriff *„gutes Gefühl“* subsumieren lässt. Folgende Aussagen der befragten MitarbeiterInnen unterstreichen dies: *„Wir helfen uns gegenseitig (...) wir reden auch sehr viel miteinander, wir tauschen uns wirklich sehr viel aus“* (Interview 16) und *„es ist sehr freundlich und familiär“* (Interview 6).

Neben diesen äußerst positiven Wirkungen für die MitarbeiterInnen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, wurde im Rahmen der Interviews aber auch deutlich, dass die psychische Belastung für die MitarbeiterInnen im Arbeitsalltag hoch ist. Vier MitarbeiterInnen beschreiben dies folgendermaßen:

- *„eine psychische Belastung ist es auch, natürlich“* (Interview 6).
- *„der Job ist anstrengend, körperlich und psychisch sowieso“* (Interview 15).
- *„wenn die Bewohner teilweise aggressiv oder unruhig sind, dann wird es schon schwierig (...) es ist wirklich schwer zwischendurch, wenn man die zweite Watschen bekommen hat, oder den dritten Kratzer“* (Interview 10).
- *„manchmal ist die Arbeit mit den Angehörigen psychisch schwieriger, als mit den BewohnerInnen (...) die Arbeit mit den Angehörigen braucht sehr viel Zeit“* (Interview 16).

Weiters wurde in den Interviews der vorherrschende Zeitmangel und die für den hohen Arbeitsaufwand niedrige Bezahlung thematisiert. Vor allem vor dem Hintergrund der großen Verantwortung, die von den MitarbeiterInnen getragen wird, empfinden diese ihr Gehalt in den meisten Fällen als zu gering. Dies zeigen auch folgende Aussagen:

- *„das ist kein Job den man macht, um Geld zu verdienen“* (Interview 16).

- „die Einsparungen sind halt schon extrem (...) der Zeitmangel ist schon ein großes Thema (...) auch zu Lasten des Personals. Man steht wirklich unter Stress. Es wollen vier etwas und man weiß gar nicht was man zuerst machen soll“ (Interview 20).
- „Man würde sich wünschen, dass man sich mehr Zeit für die Bewohner nehmen könnte“ (Interview 10).
- „Verbesserungswürdig wäre sicher die Bezahlung von Feiertags- und Wochenendstunden“ (Interview 6).
- „Das Gehalt natürlich, das könnte mehr sein (...) ich finde es auf alle Fälle zu wenig, man hat sehr viel Verantwortung (...) für die Verantwortung die wir haben, ist das Gehalt viel zu niedrig angesetzt“ (Interview 5).

Außerdem wurde im Rahmen der Interviews eine Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für das Thema Alter deutlich, was sich als bedeutende Wirkung zeigt. So wird deutlich, dass die MitarbeiterInnen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen durch die Arbeit mit den pflegebedürftigen BewohnerInnen ständig mit dem Thema Alter(n) konfrontiert werden, was den Weitblick für das eigene „Älterwerden“ deutlich verstärkt und auf diese Weise bewusst gemacht wird. Beispielsweise geht aus einem der Interviews folgende Aussage hervor: „Man lebt bewusster (...) von einem Tag auf den anderen kann alles anders sein“ (Interview 16). Und auch die Konfrontation mit dem Thema Tod ist ständiger Begleiter des Arbeitsalltags: „Was natürlich auch dazu gehört, ist das Abschied nehmen“ (Interview 20), was von BewohnerIn zu BewohnerIn unterschiedlich wahrgenommen wird und deshalb von den MitarbeiterInnen individuell und sehr sensibel behandelt werden muss. Dies lässt zudem auf eine Verbesserung der Sozialkompetenz der MitarbeiterInnen schließen.

Zusammengefasst ergibt sich für MitarbeiterInnen somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.5.1 dargestellte Wirkungskette.

5.5.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Hauptamtliche MitarbeiterInnen investieren ihre Zeit und ihre Fähigkeiten in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen wiederum bezahlte Arbeitsplätze sowie die benötigten Arbeitsmittel zur Verfügung und bieten Weiterbildungsmöglichkeiten. Der unmittelbare Output der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Bezug auf die MitarbeiterInnen ist die Anzahl an bezahlten Arbeitsstunden sowie die Anzahl bzw. Qualität der Weiterbildungen.

Tabelle 5-8: Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes Bereitstellung von Arbeitsmitteln Weiterbildungsmöglichkeiten	Anzahl an bezahlten Stunden Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen	Feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen erhöhte physische Beeinträchtigung höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz	Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich Möglichkeit eines Alternativjobs im Hilfskräftebereich (nur für nicht qualifizierte MA)

			erhöhte psychomenteale Belastung	
			Teamarbeit im Vergleich zu mobilen Diensten	
			Know-how Gewinn durch Zusatzqualifikationen	

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, die durch die Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hervorgerufen werden. Diese werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

5.5.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die MitarbeiterInnen haben durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 155.302.692 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle 5-9 dargestellt.

Tabelle 5-9: monetarisierte Wirkungen der MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen	
Feste Beschäftigung und fixes Einkommen	
Jährl. durchschnittliche Bruttogehälter der MitarbeiterInnen (in VZÄ)	
abzügl. durchschnittl. Arbeitslosengeld	
abzügl. Sozialversicherungsbeitrag (DN-Beitrag)	
abzügl. Lohnsteuer	
zuzüglich freiwilliger Sozialaufwendungen	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	€ 64.185.789
Erhöhte physische Beeinträchtigung	
Folgekosten von Rückenbeschwerden	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ)	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	-€ 13.510.718
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	
Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	€ 26.530.405
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	
Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)	€ 84.478.525

Verbesserung der Sozialkompetenz

Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)

€ 8.799.860

Erhöhte psychomenteale Belastung

Folgekosten von Burnout

multipliziert mit Burnout-Rate in Pflegeberufen

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)

-€ 18.333.041

Teamarbeit – enge Zusammenarbeit

Kosten für ein Weiterbildungspaket „Teambuilding“

Multipliziert mit Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe

Abzüglich Deadweight Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe)

€ 2.483.838

Know-how Gewinn / Weiterbildungsmöglichkeiten

Aufwand für Aus- und Weiterbildungen

Abzüglich Deadweight (Anteil der Unternehmen die Weiterbildungen anbieten)

€ 668.035

Gesamtprofit der hauptamtlichen MitarbeiterInnen

€ 155.302.692

Der Profit für eine **feste Beschäftigung und ein fixes Einkommen** wird ausgehend vom jährlichen Nettoeinkommen einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters abzüglich des Arbeitslosengeldes bzw. Notstandshilfe (AMS 2013a), das sie/er ohne die Beschäftigung erhalten würde, zuzüglich des freiwilligen Sozialaufwandes berechnet. Das durchschnittliche, zusätzliche Netto-Einkommen wird schließlich auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet.

Als Deadweight muss der Profit für jenen Anteil an Personen abgezogen werden, die sonst auch einen Arbeitsplatz entsprechend ihrer Qualifikation in einer anderen Organisation bekommen und somit ebenfalls ein zusätzliches Einkommen erhalten hätten. Dem Interview mit Vertretern des AMS und WAFF zufolge ist bei der Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes zwischen qualifiziertem und nicht qualifiziertem Bereich der Pflegeberufe zu differenzieren. Während sich die Möglichkeit eines Alternativjobs für diplomierte Gesundheitskrankenschwestern und PflegehelferInnen auf den Bereich der qualifizierten Pflegeberufe beschränkt, könnten dem Vertreter des AMS zufolge MitarbeiterInnen, die als Heimhilfe (nicht qualifizierter Bereich) tätig sind, zusätzlich noch in den Hilfskräftebereich (insbesondere Einzelhandel und Gastronomie) vermittelt werden. Bezugnehmend auf Daten des AMS (Anzahl offener Stellen für qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Pflegeberufe und Hilfskräfteberufe für aufnahmefähige Wirtschaftsklassen) sowie Screening von Stellenangeboten in Print- und Onlinemedien konnten Anteile von 9,8% (diplomierte Gesundheitskrankenschwestern, PflegehelferInnen) bzw. 14,09% (Heimhilfe) für die Möglichkeit eines Alternativjobs errechnet werden (AMS 2013a). Für das hauswirtschaftliche Personal wurde ebenfalls die Arbeitslosenquote im Hilfskräftebereich herangezogen. Für die Berechnung des Deadweights für MitarbeiterInnen der Verwaltung wurde die Arbeitslosenquote für die Steiermark von 2013 auf Basis der nationalen Berechnungen verwendet. Der Deadweight, die Möglichkeit eines Alternativjobs, für MitarbeiterInnen der Verwaltung liegt somit bei 92,6% (Statistik Steiermark 2013). Dieser Deadweight wurde auch für die Geschäftsführung, die Pflegedienst- und Heimleitung, sowie für sonstiges

Personal wie ÄrztInnen oder TherapeutInnen herangezogen. Für das Küchenpersonal wurde die Arbeitslosenquote in der Gastronomie verwendet, diese lag im Jahr 2013 bei 16% (AMS 2014).

Der Umstand, dass die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung auch eine wesentliche körperliche Beanspruchung (schweres Heben, Tragen oder Lagern) darstellt (Höge/Glaser 2005) und somit zu einer **erhöhten physischen Beeinträchtigung** führt (insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen), wurde als negative Wirkung für die MitarbeiterInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen identifiziert. Dadurch wird die Wirkung für die MitarbeiterInnen um 13.510.718 Euro reduziert. Als Proxy für die Monetarisierung wurden hier die Folgekosten von Rückenproblemen (Göbel 2001) herangezogen, auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxyindikators des entgangenen Bruttoeinkommens von MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt. Für MitarbeiterInnen aus der Verwaltung wurde hierfür ein weitaus niedriger Deadweight in Höhe von 16% (eigene Berechnungen) angewendet, zumal davon auszugehen ist, dass dieselbe Wirkung ausschließlich bei einer Verwaltungstätigkeit im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen erzielt werden kann.

Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator der Gehaltsunterschied zu einem profitorientierten Unternehmen herangezogen. Laut einer Studie von Leete (2000) ist das Gehaltsniveau in profitorientierten Unternehmen zwischen 10% und 20% höher als in Nonprofit Organisationen. Der Proxyindikator wurde auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einer Alternativbeschäftigung erzielt hätten.

Der tägliche Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der in den Alten- und Pflegeheimen tätigen MitarbeiterInnen bei. Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden als Proxyindikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, im Konkreten der Besuch eines Kurses zum Thema „Social Skills“, in Höhe von 1.450 Euro (Egos 2012) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der MitarbeiterInnen nach Berufsgruppe hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich) bereinigt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Neben der physischen Beeinträchtigung ist die **erhöhte psychomentele Belastung** der MitarbeiterInnen ebenfalls eine negative Wirkung, die Pflege- und Sozialberufe nach sich ziehen. Beschäftigte in Pflegeberufen sind mit kontinuierlichen Veränderungen ihrer Arbeitsbedingungen konfrontiert. Darunter fallen insbesondere die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen, die zunehmende Bürokratisierung im Pflegealltag, genaue Dokumentationen, geteilte Dienste, ungenügend Zeit für pflegerische Tätigkeiten und vor allem die regelmäßige Konfrontation mit menschlichem Leid, die zu Stress und Hektik im Pflegealltag führen (Tovstentchouk 2009). Zusätzlich können Angehörige der BewohnerInnen, vor allem jene die ihre Familienangehörigen besonders oft besuchen und vermehrt Ansprüche stellen, zum Problem werden. Für die MitarbeiterInnen bedeutet dies, dass die ohnehin begrenzten Zeitressourcen mit den Erwartungen der Angehörigen in Einklang gebracht werden müssen. Die genannten Faktoren wirken sich auch erheblich auf die Zeit für Gespräche mit den BewohnerInnen aus, denn sie werden immer kürzer. Somit ist

eine erhöhte emotionale Belastung und emotionale Dissonanz vorprogrammiert, die im schlimmsten Fall zur emotionalen Erschöpfung und Burnout führen kann (Tovstentchouk 2009). Für die Monetarisierung wurden hierfür die Folgekosten eines Burnouts (Schneider 2013) herangezogen. Diese beinhalten Psychotherapiekosten und Krankenstandstage. Diese wurden um den Deadweight bereinigt, der sich aus der bereinigten Burnout-Rate¹² für Pflegeberufe von 12% (Tovstentchouk 2009, Grundmann 2012, ÖBVP 2011) und andererseits der Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich zusammensetzt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Als weitere wichtige Wirkung für die MitarbeiterInnen hat sich die **enge Zusammenarbeit** herauskristallisiert. Die Arbeit im Team wird als besonders positiv hervorgehoben. Hierbei spielt die Tatsache, dass über belastende Fälle geredet wird eine besondere Rolle. Als Proxyindikator zur Monetarisierung wurden die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch einiger Kurse zum Thema „Teambuilding“, in Höhe von Euro 270-355 (Wifi Wien 2013) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der betroffenen MitarbeiterInnen hochgerechnet. Als Deadweight wurde die Wahrscheinlichkeit eines guten Betriebsklimas bei anderen ArbeitgeberInnen von 70% abgezogen (Betriebsklima 2013).

Zusätzlich trägt der Nutzen aus der **persönlichen und fachlichen Weiterbildung** zum Gesamtprofit der MitarbeiterInnen bei. Zur Bewertung wurde der getätigte Aufwand für die Aus- und Weiterbildung herangezogen und um den Anteil der Unternehmen, die Weiterbildungen anbieten, in Höhe von 72% reduziert (Markowitsch/Helfer 2003).

5.6 KRANKENHÄUSER

Unter dem Stakeholder **Krankenhäuser** werden die steirischen Krankenanstalten und die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements der steirischen Spitäler verstanden.

Dieser Stakeholder wurde als einer der wichtigsten identifiziert, da sich die Krankenanstalten durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erhebliche Kosten in der Versorgung von Procuratio-Fällen ersparen. Außerdem profitieren die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement von einem geringeren verwaltungstechnischen Aufwand. Bei Procuratio-PatientInnen handelt es sich um pflegebedürftige Personen, die auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers in einer öffentlichen Krankenanstalt gepflegt werden, ohne dass die Anstaltspflege durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist. Procuratio-PatientInnen waren im Rahmen des Spitalsaufenthalts als Pflegefall mit umfangreichen organisatorischen und verwaltungstechnischen Angelegenheiten wie Pflegeheimanträge konfrontiert. Die Versorgung von Pflegefällen in Krankenanstalten entspricht nicht den primären Aufgaben einer Krankenanstalt, da die Versorgung der Procuratio-Fälle in den entsprechenden Pflegeeinrichtungen wesentlich zweckmäßiger wäre (Rechnungshofbericht 2011/2).

5.6.1 Wirkungskette Krankenhäuser

Der Input des Stakeholders Krankenhäuser liegt bei der Vermittlung von PatientInnen an die stationären Pflege- und Betreuungsdienste. Durch die Übernahme der PatientInnen liegt der

¹² Differenz zwischen Burnout-Rate für Pflegeberufe (= 33%) (Tovstentchouk 2009) und Durchschnittsburnout-Rate für Erwerbstätige mit Pflichtschulabschluss (= 21%) (ÖBVP 2011).

Output also bei der Anzahl der von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommenen PatientInnen, was zu einem Outcome von weniger Procuratio-Fällen führt. Dieser Outcome ist aufgrund der hohen Kosten, die bei einem Procuratio-Fall für das Krankenhaus entstehen, anteilmäßig im Vergleich zu allen anderen Stakeholdern groß, wie nachfolgende Berechnung zeigt. Ein weiterer wichtiger Outcome ist der geringere verwaltungstechnische Aufwand für die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement der jeweiligen Krankenanstalt, da diese einen viel größeren verwaltungstechnischen Aufwand hätten. Zusätzlich profitieren die Krankenanstalten von einer Zeitersparnis durch eine bereits durchgeführte Diagnostik in den Pflegeheimen. Bei Krankenhausaufenthalten von BewohnerInnen werden alle notwendigen Befunde und Unterlagen aufbereitet und den behandelnden ÄrztInnen in den Spitälern zur Verfügung gestellt. Somit ersparen sich die ÄrztInnen in der Durchführung der Diagnostik Zeit. Als Deadweight müssen hier wiederum alle BewohnerInnen, die auch ohne die Alten- und Pflegeheime zu Procuratio-Fällen im Krankenhaus geworden wären, abgezogen werden.

Tabelle 5-10: Wirkungskette der Krankenhäuser

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Vermittlung an APH	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von APH übernommenen PatientInnen	weniger Procuratio-Fälle geringerer verwaltungstechnischer Aufwand Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH Procuratio-Fälle im KH werden würden

5.6.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt ergeben sich für den Stakeholder Krankenhäuser **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 252.914.605 Euro**, wobei der Großteil durch eingesparte Procuratio-Fälle entsteht. Der Deadweight ist bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 5-11: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser

Krankenhäuser	
Weniger Procuratio-Fälle	
Höhe der Kosten für einen Krankenhaustag (Procuratio) multipliziert mit der Anzahl der zusätzlichen Procuratio-Fälle multipliziert mit 365 für das ganze Jahr	€ 251.491.190
Geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	
Anzahl der vollzeitäquivalenten MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement multipliziert mit durchschnittlich jährlichem Personalaufwand für diplomierte Krankenschwestern (+ 100 % mehr MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement)	€ 972.164
Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	
Anzahl der BewohnerInnen die ins Krankenhaus kommen multipliziert mal 1,5 Stunden Diagnoseaufwand multipliziert mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin (+ 50% mehr Diagnoseaufwand wären erforderlich)	€ 451.251
Gesamtprofit der Krankenhäuser	€ 252.914.605

Die Wirkung **reduzierte Belagsdauer** der Procuratio-Fälle in den Krankenhäusern wurde als höchst relevant identifiziert, da Procuratio-Fälle (jene Personen, die in Akutkrankenanstalten ohne ärztliche Versorgung untergebracht sind) in den Krankenhäusern zu sehr hohen Kosten führen. Die durchschnittlichen Kosten je Belagstag für einen Procuratio-Fall liegen in den steirischen Krankenanstalten bei 470,64 Euro (steiermärkische Landesregierung 2015). Für die vorliegende Berechnung werden nur jene BewohnerInnen betrachtet die sonst zum Procuratio-Fall in einer Krankenanstalt erklärt werden müssten. Dies sind insgesamt 1.660 BewohnerInnen.

In vorliegender Analyse wird davon ausgegangen, dass über das ganze Jahr 2013 gerechnet, 1.660 Procuratio-Fälle mehr von den Krankenanstalten aufgenommen werden müssten.

Die Kosten, die ein Procuratio-Fall im Krankenhaus verursacht, wurden somit mit der Anzahl der Procuratio-Fälle, die über den Zeitraum von einem Jahr zusätzlich von den Krankenhäusern aufgenommen werden müssten, multipliziert.

Ein **geringerer verwaltungstechnischer Aufwand** für die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten ging aus geführten Interviews mit EntlassungsmanagerInnen hervor. Würde es keine stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geben, hätten die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement einen deutlichen höheren Aufwand und es müsste von einem zusätzlichen Personalbedarf von mindestens 100 Prozent ausgegangen werden. Die Anzahl der MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement im Jahr 2013 betrug für Wien 44,32 in Vollzeitäquivalenten (PIK Projektbericht 2010). Diese Anzahl wurde über die Anzahl der Spitalsentlassungen in Wien und der Steiermark berechnet, was letzten Endes für die Steiermark 25 VZÄ ergibt. Durch einen zusätzlichen Personalbedarf von 100 Prozent, wird der Profit für einen geringeren verwaltungstechnischen Aufwand, aus der Anzahl der MitarbeiterInnen, multipliziert mit dem durchschnittlichen jährlichen Personalaufwand für eine diplomierte Krankenschwester, berechnet.

Bei der Berechnung der verwaltungstechnischen Ersparnis wurde der Personalaufwand einer MitarbeiterIn im Entlassungsmanagement herangezogen, wobei in weiterer Folge ein Teil des Personalaufwands dem Träger des Krankenhauses zugeschrieben werden müsste. Dies wird in dieser Analyse jedoch nicht mehr berücksichtigt, da es das Ausmaß der Analyse überschreiten würde.

Eine weitere Wirkung ist die **Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik**. Diese wurde mit der Anzahl der BewohnerInnen die ins Krankenhaus kommen, multipliziert mal 1,5 Stunden durchschnittlichen Diagnoseaufwand und mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin monetarisiert. Es wurde die Annahme getroffen, dass zusätzlich 50% mehr Diagnoseaufwand erforderlich wäre.

5.7 BUND

Die Gebietskörperschaft **Bund** ist als Anspruchsgruppe ein komplexes Gebilde und bietet daher eine Vielzahl an Perspektiven, die gegenüber den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eingenommen werden. Der Fokus der vorliegenden Analyse liegt in der Betrachtung als Akteur im Steuer- und Abgabebereich wie auch im politischen Bereich, der eine hohe Beschäftigung und damit verbundene Steuer- und Abgabeneinnahmen verfolgt.

Nachdem die relevanten Daten aus dem vorliegenden Sekundärmaterial und den durchgeführten Erhebungen bei anderen Stakeholdern hinreichend bekannt sind, wurde auf eine Primärerhebung verzichtet. Die Nutzenbeschreibungen erfolgten somit auf Basis von Sekundärmaterial und allgemeinem Wissen.

Durch die Existenz der Alten- und Pflegeheime kann der Bund zusätzliche Steuereinnahmen lukrieren. Dazu zählen Lohnsteuer, die für die Personen anfallen, die aufgrund der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine Erwerbsarbeit haben und für welche Beiträge – hier dem Bund zugerechneten – Dienstgeberbeitrag (DB) zum Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) bezahlt werden.

Ein gewisser Nutzen liegt für den Bund noch darin, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Zivildienstler beschäftigen. Diese wurden jedoch aus der Analyse exkludiert.

Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

5.7.1 Wirkungskette Bund

Der Bund investiert in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Beihilfen. Die Aktivitäten der Alten- und Pflegeheime bestehen in der Pflege und Betreuung der BewohnerInnen und Bereitstellung von Arbeitsplätzen. Der entsprechende Output ist die Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen sowie die Anzahl an hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

Tabelle 5-12: Wirkungskette des Bundes

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfe	Pflege und Betreuung	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB) Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung zukaufen würden
	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH mithilfe von erwerbstätigen Angehörigen zurechtkommen

Für die SROI-Analyse besonders relevant ist wiederum der Outcome, der aufgrund der Aktivitäten und dem damit verbundenen Output entsteht. Dies ist im Konkreten der Umfang der zusätzlich lukrierten Steuereinnahmen, das Einsparen von Förderungen für 24h-Betreuung sowie Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige. Als Deadweight abzuziehen sind einerseits Steuereinnahmen, die aufgrund von Alternativarbeitsplätzen zu erzielen wären, und andererseits Einsparungen, die ohne Existenz der Alten- und Pflegeheime zu erzielen wären.

5.7.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt erzielt der Bund **monetarisierte Wirkungen von 46.483.176 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird nachfolgend näher erläutert.

Tabelle 5-13: monetarisierte Wirkungen des Bundes

Bund	
Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	
Höhe der Lohnsteuer nach Berufsgruppe Höhe der Dienstgeberbeiträge multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	€ 33.939.605
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	
Jährliche Förderungshöhe für 24h-Betreuung (€ 6.600,-) multipliziert mit Anteil der Förderung, den das Bundessozialamt übernimmt (= 60%) multipliziert mit Anzahl BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden	€ 6.571.743
Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	
Höhe des Beitrages der Selbstversicherung multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die zumindest in Pflegegeldstufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden abzüglich des Deadweights (Anteil pflegender Angehöriger, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen = 75,1%)	€ 5.268.202
Zusätzliche Einnahmen (Ausgleichstaxe Behinderteneinstellungsgesetz)	
Höhe der abgeführten Ausgleichstaxe des Behinderteneinstellungsgesetzes	€ 703.626
Gesamtprofit des Bundes	€ 46.483.176

Der Bund profitiert aufgrund von **Lohnsteuereinnahmen** und DG-Beiträgen der hauptamtlichen MitarbeiterInnen in der Höhe von 33.939.605 Euro. Hierbei wurde allerdings ein Deadweight, also die Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu erlangen, abgezogen.

Zusätzlich zum Profit aus Steuereinnahmen kann der Bund aufgrund der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Förderungen für 24h-Betreuung sowie Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige, einsparen. Die **Einsparung der 24h-Betreuungsförderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe (550 Euro pro Monat) (BMASK 2013), dem Förderungsanteil, den das Bundessozialamt übernimmt und der Anzahl der BewohnerInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Betreuung zukaufen würden.

Die **Selbstversicherung für pflegende Angehörige** kann auch neben einer aus Erwerbstätigkeit bestehenden Pflichtversicherung in Anspruch genommen werden. Die Bedingungen dafür sind einerseits, dass der pflegebedürftige Angehörige Anspruch auf ein Pflegegeld zumindest der Stufe 3 hat und andererseits eine erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft durch die Pflege in häuslicher Umgebung vorliegt (Pensionsversicherung 2013). Für die Berechnung wurde die Höhe des Beitrages der Selbstversicherung von 358,04 Euro (eigene Erhebung beim BMASK 2013) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die zumindest in

Pflegestufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden, hochgerechnet und um den Deadweight, Anteil pflegender Angehöriger, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, bereinigt.

5.8 LAND STEIERMARK

Das Land Steiermark investiert in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Gelder. Diese werden in erster Linie über den Stakeholder Gemeinden und Sozialhilfeverbände bezogen. Obwohl die Abrechnung direkt zwischen dem Land Steiermark und den Gemeinden sowie Sozialhilfeverbänden läuft, werden die, durch das Land Steiermark den Gemeinden und Sozialhilfeverbänden refundierten, Beträge in dieser Analyse dem Land zugerechnet.

Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel 5.8.1 dargestellt.

5.8.1 Wirkungskette Land Steiermark

Das Land Steiermark gleicht die Nettoausgaben der Alten- und Pflegeheime aus. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen werden Personen beschäftigt und BewohnerInnen stationär gepflegt und betreut. Wirkungen die aufgrund dieser Unternehmensaktivität dem Land Steiermark entstehen, sind folgender Tabelle 5-14 zu entnehmen und werden darauffolgend berechnet und monetarisiert.

Tabelle 5-14: Wirkungskette des Land Steiermark

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Ausgleich der Nettoausgaben der APH	Betreuung und Pflege Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Zusätzliche Steuereinnahmen	Möglichkeit eines Alternativjobs
			Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung oder mobile Dienste zukaufen würden
		Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Pflege- und Betreuungsdienste	Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl hervorruft
			Erfüllung des Versorgungsauftrages	

5.8.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt erzielt das Land Steiermark **monetarisierte Wirkungen von 6.806.454 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in Tabelle 5-15 näher erläutert.

Tabelle 5-15: monetarisierte Wirkungen des Landes Steiermark

Land Steiermark	
Zusätzlich Einnahmen durch Steuern (Grundsteuer und sonstige Abgaben)	
Höhe der abgeführten Grundsteuer und sonstigen Abgaben	€ 700.095
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	
Jährliche Förderungshöhe für 24h-Betreuung (€ 6.600,-)	
multipliziert mit Anteil der Förderung, den das Land übernimmt (= 40%)	
multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden	€ 3.008.463
Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Pflege und Betreuung	
jährliche Höhe der Landesbeiträge	
multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die sonst mobile Pflegedienste zukaufen würden	€ 3.097.896
Erfüllung des Versorgungsauftrages	Bei Stakeholder allgemeiner Bevölkerung berechnet
Gesamtprofit des Landes Steiermark	€ 6.806.454

Das Land Steiermark profitiert direkt von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen aufgrund der **zusätzlichen Steuereinnahmen** in Höhe von 700.095 Euro.

Die **Einsparung der 24h-Betreuungs-Förderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe (550 Euro pro Monat) (BMASK 2012), dem Förderungsanteil, den das Land übernimmt und der Anzahl der BewohnerInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Betreuung zukaufen würden. Somit ergibt sich ein Outcome von 3.008.463 Euro.

Das Land Steiermark profitiert durch die Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, indem es keine zusätzlichen **Landesbeiträge für mobile Pflege- und Betreuungsdienste** zu leisten hat, die im Alternativszenario für jene BewohnerInnen, die mobile Dienste zukaufen müssten/könnten, entstehend würden. Der Profit errechnet sich aus der Anzahl benötigter bzw. zugekaufter Stunden von anerkannten anbietenden mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten im Alternativszenario und dem Beitrag, den das Land direkt an die die betreuende Trägerorganisation zuzahlt, in Höhe von 3.097.896 Euro.

Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vermitteln der allgemeinen steirischen Bevölkerung ein **Sicherheitsgefühl** indem sichergestellt ist, dass bei hoher Pflegebedürftigkeit Alten- und Pflegeheime zur Verfügung stehen. Das Land Steiermark profitiert somit durch die Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Erfüllung des Versorgungsauftrags. Das berechnete Sicherheitsgefühl wird bei diesem Stakeholder allerdings nur grau dargestellt, da diese Wirkung direkt beim Stakeholder „allgemeine Bevölkerung“ berücksichtigt wird.

5.9 SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Die **Sozialversicherungsträger** in Österreich sind für die Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung zuständig.

Die Sozialversicherungen werden in der vorliegenden Analyse hauptsächlich berücksichtigt, da es Profite im Sinne der SROI-Analyse im Zusammenhang mit den hauptamtlich Beschäftigten gibt.

Der unmittelbare Nutzen der Sozialversicherungsträger besteht in der Einnahme von zusätzlichen Beiträgen, die sonst nicht lukriert werden könnten. Dies betrifft alle Personen die, aufgrund der Existenz der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen und deren Aktivitäten, eine Erwerbsarbeit haben.

5.9.1 Wirkungskette Sozialversicherungsträger

Die Sozialversicherungen stellen den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Sachleistungen, insbesondere Inkontinenzprodukte und Medikamente, zur Verfügung. Die für diese Stakeholder relevante Aktivität ist die Bereitstellung von Arbeitsplätzen und die damit verbundenen zusätzlichen Beitragsleistungen. Der entsprechende Output ist die Anzahl an hauptamtlich beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verlieren würden.

Tabelle 5-16: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Sachleistungen (Inkontinenzprodukte, Medikamente etc.)	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Pflege und Betreuung der BewohnerInnen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen Anzahl betreuter BewohnerInnen	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich (Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen, Krankentransporte)	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, bei denen auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt worden wäre (vgl. BewohnerInnenverteilung Alternativszenario)

5.9.2 Berechnung stakeholder-spezifischer monetarisierter Wirkungen

Den Sozialversicherungsträgern entstehen **monetarisierter Wirkungen von 66.912.495 Euro**.

Tabelle 5-17: monetarisierter Wirkungen der Sozialversicherungsträger

Sozialversicherungsträger & MVK	
Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	
Höhe des SV-Beitrags (DG-Anteil) + Höhe des SV-Beitrags (DN-Anteil) multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	€ 66.912.495
Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	Bei Stakeholder Krankenhaus, niedergelassene ÄrztInnen und Einsatzorganisationen berechnet
Gesamtprofit der Sozialversicherungsträger	€ 66.912.495

Die **Beiträge zur Sozialversicherung** wurden anhand der ermittelten Anzahl an VZÄ-Beschäftigten berechnet. Abgezogen wurde ein Deadweight in der Höhe der Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu finden.

Zusätzlich profitieren die Sozialversicherungsträger von Einsparungen im Gesundheitsbereich, da die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen medizinisch pflegerische Leistungen übernehmen, die im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege, direkt durch praktische ÄrztInnen, oder in Krankenanstalten durchgeführt, über die jeweilige Sozialversicherung abgedeckt werden würden. Dies wurde in vorliegender Studie, soweit es die vorhandenen Daten erlauben, über die Stakeholder Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen und Einsatzorganisationen abgedeckt. Jedoch ist anzumerken, dass beispielsweise unterschiedliche Therapieformen, von denen die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren, aufgrund der fehlenden Daten nicht berücksichtigt wurden und somit der Profit der Sozialversicherungsträger deutlich **unterschätzt** ist.

5.10 AMS

Der Stakeholder **Arbeitsmarktservice (AMS)** ist ein Dienstleistungsunternehmen des öffentlichen Rechts. Im Jahr 1994 wurde die Arbeitsmarktverwaltung aus dem Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ausgegliedert und das AMS mit dem Auftrag des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz für Aktivitäten im Rahmen der Vollbeschäftigungspolitik konstituiert. Das AMS berät, informiert, qualifiziert und fördert Arbeitssuchende und Unternehmen. Wesentliche Aufgaben beziehungsweise Ziele des Arbeitsmarktservice sind: Senkung der Arbeitslosenquote, Schaffung von Arbeitsplätzen, Arbeitslosigkeit von Jugendlichen kurz halten, Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit, Erhöhung der Arbeitsmarktchancen durch Qualifizierung (AMS 2006).

Das AMS wird in der vorliegenden Analyse hauptsächlich berücksichtigt, da es Profite im Sinne der SROI-Analyse im Zusammenhang mit den hauptamtlich Beschäftigten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hat.

Auch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verfolgen unter anderem das Ziel, Arbeitsplätze zu schaffen. Das AMS profitiert demnach hinsichtlich der Einsparungen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe für jene Personen, die durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine Anstellung finden und damit eine kontinuierliche Beschäftigungsmöglichkeit erhalten werden kann.

Zusammengefasst ergibt sich für das AMS somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.10.1 dargestellte Wirkungskette.

5.10.1 Wirkungskette AMS

Das AMS leistet keinen direkten Input in die Alten- und Pflegeheime. Die für das AMS relevante Aktivität ist die direkte und indirekte Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen und die damit vermiedene Arbeitslosigkeit. Der entsprechende Output ist die Anzahl an beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verlieren würden.

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, hier als Outcome bezeichnet, die durch den Output hervorgerufen werden. Für das AMS sind hier einerseits die Einsparungen von Arbeitslosengeld sowie die durch die Beschäftigung erzielten Beiträge zur Arbeitslosenversicherung als Profit zu bewerten. Als Deadweight wird wiederum die Möglichkeit für die betroffenen Beschäftigten einen vergleichbaren Alternativjob zu finden herangezogen.

Tabelle 5-18: Wirkungskette des AMS

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Bereitstellung von Ausbildungsplätzen	Anzahl an beschäftigten u. ausgebildeten MitarbeiterInnen	Einsparung von Arbeitslosengeld Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären

5.10.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Das AMS erzielt insgesamt **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 74.378.913 Euro**, die sich wie in der nachfolgenden Tabelle 5-19 beschreiben zusammensetzen.

Tabelle 5-19: monetarisierte Wirkungen AMS

Arbeitsmarktservice	
Einsparung von Arbeitslosengeld	
Höhe des Arbeitslosengelds nach Berufsgruppe multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	
	€ 74.378.913

Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Höhe des Arbeitslosengeldsatzes nach Berufsgruppe

Multipliziert mit dem Beitragssatz zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen (ALG)

Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)

**Bei SV
berücksichtigt**

Gesamtprofit des AMS

€ 74.378.913

Zur Berechnung des Profits des AMS wurde das **durchschnittliche Arbeitslosengeld** herangezogen und auf alle Beschäftigten (VZÄ) umgelegt. Hinzu kommt weiters ein Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen, den ebenfalls das AMS an die Sozialversicherungen leistet.

Dadurch, dass die **zusätzlichen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung** ein integrativer Bestandteil der Sozialversicherungsbeiträge sind, wird dieser Profit bei den Sozialversicherungsträgern berücksichtigt und hier nicht extra ausgewiesen.

5.11 LIEFERANTINNEN UND LIEFERANTEN

Unter den **LieferantInnen**, im weiteren Sinne, wurden all jene subsummiert, von denen die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Materialien und sonstige Leistungen bezogen haben. Auch ein Großteil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen, wie z.B. Betriebskosten, wurde den LieferantInnen zugerechnet. Hierzu zählen vor allem LieferantInnen, die Produkte für die Pflege und Betreuung, Dienstbekleidung, Reinigungsmaterialien und Lebensmitteleinsätze anbieten.

5.11.1 Wirkungskette LieferantInnen

Die für diesen Stakeholder relevante Unternehmensaktivität der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen liegt im Bezug von Produkten und Dienstleistungen, um den Betrieb der Alten- und Pflegeheime erst zu ermöglichen. Die Anzahl und der Umfang an abgenommenen Produkten beziehungsweise Dienstleistungen ist der entsprechende Output. Für diesen Stakeholder liegt der Outcome im Erhalt zusätzlicher Aufträge und somit in Folge in zusätzlichen Einnahmen. Als Deadweight müssen hier Aufträge, die durch andere Organisationen zustande kämen oder kompensiert werden könnten, abgezogen werden.

Tabelle 5-20: Wirkungskette der LieferantInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Produkte/Dienstleistungen	Bezug von Produkten und Dienstleistungen um den Betrieb der APH zu ermöglichen	Anzahl und Umfang an abgenommenen Produkten/Dienstleistungen	Zusätzliche Aufträge	Aufträge, die durch andere Organisationen/Firmen kompensiert werden könnten

5.11.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die LieferantInnen erzielen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen **monetarisierte Wirkungen von 47.888.113 Euro**.

Tabelle 5-21: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen

LieferantInnen	
Zusätzliche Aufträge	
Höhe der Kosten für Materialien und bezogene Leistungen abzüglich Deadweight (Anteil an Aufträgen, die auch ohne APH zustande gekommen wären)	€ 47.888.113
Gesamtprofit der LieferantInnen	€ 47.888.113

Der Nutzen für die LieferantInnen liegt primär im **Erhalt zusätzlicher Aufträge** durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Um diesen Profit berechnen zu können, wurden die Daten aus den Bilanzen der Alten- und Pflegeheime herangezogen, aggregiert und hochgerechnet. Je nach unterschiedlicher Leistung, ergibt sich ein unterschiedlicher Deadweight.

So wurde im Rahmen eines Interviews mit einem Anbieter von Pflegeprodukten wie Hautschutzcremen, Reinigungstüchern, Wundversorgungsmaterialien, Inkontinenzprodukten, Kompressionsbandagen etc. eingeschätzt, wie wichtig die Alten- und Pflegeheime sind und ob die Aufträge auch anderweitig kompensiert werden könnten. Grundsätzlich bringen die Alten- und Pflegeheime laut Auskunft des/der LieferantIn verhältnismäßig wenig Umsatz im Vergleich zu Krankenhäusern und anderen Institutionen im Gesundheitsbereich. Hinsichtlich der Kompensation, wenn es keine Alten- und Pflegeheime gäbe, kommt der/die Befragte zu dem Ergebnis, dass Inkontinenzprodukte wohl auch bei einer Betreuung und Pflege im Alternativszenario in gleicher Menge und sicher auch Qualität abgesetzt werden würden. Produkte zur Wundversorgung und Bandagen werden von ÄrztInnen verschrieben und dann über die Apotheken beziehungsweise Bandagisten abgegeben. Das gilt seines/ihres Wissens auch für die PflegeheimbewohnerInnen. Falls die Alten- und Pflegeheime wegfallen würden, bliebe diese Vertriebschiene bestehen und entsprechend würde sich wiederum wenig ändern. Der Vertrieb über den Einzelhandel (z.B. Bandagist Bständig) oder über Alten- und Pflegeheime hat für den Lieferanten im Vergleich kaum Umsatzauswirkungen. Beide bekommen in etwa den gleichen Preis. Der Einzelhandel schlägt dann Margen auf, die letztlich der Konsument zu tragen hat. Insofern wäre es für die Angehörigen oder die Pflegebedürftigen selbst im Alternativszenario teurer. Der Lieferant bleibt beim gleichen Umsatz. Deshalb wurde für diese Produkte ein Deadweight von 100 % abgezogen.

Anders sieht dies jedoch für bezogene Leistungen die direkt das Pflegeheim betreffen, wie beispielsweise Schneeräumung, zugekaufte Haustechnik, Betriebskosten inklusive Energie, Dienstbekleidung, Reinigung durch Dritte, Instandhaltungsaufwand, dem Wartungsaufwand für Betten und technische Geräte, Versicherungen und Abschreibungen aus. Würde es keine Alten- und Pflegeheime gäben würden diese Aufwände fast zur Gänze ausfallen.

Für alle restlichen Sachaufwandskategorien wurde ein Deadweight von 100 % angenommen, da diese Aufwendungen durch andere KundInnen leicht zu kompensieren wären.

5.12 NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Unter dem Stakeholder **niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** werden HausärztInnen verstanden, die für PatientInnen meist die erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen sind oder im Rahmen des Hausarztmodells sogar sein müssen. Da die diplomierten Krankenschwestern bestimmte Tätigkeiten der HausärztInnen – wie Sondenernährung, Katheder spülen, Wundversorgung etc. übernehmen – profitieren die Ärztinnen und Ärzte von einer erheblichen Zeit- und Aufwandsersparnis.

5.12.1 Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die Unterstützung bei der medizinischen Therapie zählt zu den wichtigsten Unternehmensaktivitäten für diesen Stakeholder, da sich dadurch die niedergelassenen ÄrztInnen Hausbesuche ersparen, die aufgrund der Kosten und des Aufwandes für viele HausärztInnen aufwendig sind. Als Deadweight wird hier wiederum die Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen keine Hausbesuche benötigen, abgezogen.

Tabelle 5-22: Wirkungskette der ÄrztInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Beratung und Austausch über medizinische Therapie	Übernahme von pflegerischen und medizinischen Verrichtungen	Anzahl an BewohnerInnen bei denen weniger Hausbesuche notwendig sind	Zeitersparnis	Anzahl KlientInnen, die auch ohne APH keinen Hausbesuch benötigen

5.12.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die Ärztinnen und Ärzte erzielen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 625.218 Euro**.

Tabelle 5-23: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen

ÄrztInnen	
Weniger Hausbesuche	
Anzahl der zusätzlichen Hausbesuche multipliziert mal 0,5 (da sonst Doppelzählung mit Einsatzorganisationen) multipliziert mit Kosten die durch einen Hausbesuch entstehen (Differenz zwischen Stundensatz von einem Hausbesuch und einer Praxisstunde)	
	€ 625.218
Gesamtprofit der ÄrztInnen	€ 625.218

Die Interviews mit ÄrztInnen haben ergeben, dass ÄrztInnen von **weniger Hausbesuchen** profitieren, da die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen pflegerische und medizinische Tätigkeiten durchführen, die ohne diese von den niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden müssten. Es wurde angenommen, dass pro Bewohner ein zusätzlicher Hausbesuch pro Woche notwendig wäre. Dies würde zu zusätzlichen 52 Hausbesuchen pro Jahr führen, wobei die Dauer eines Hausbesuches inklusive Wegzeiten ca. eine Stunde beträgt. Dies wurde jedoch nur für all jene BewohnerInnen angenommen, die im Alternativszenario zuhause leben würden. Der Profit der ÄrztInnen wurde somit aus dem entgangenen Gewinn errechnet, der ÄrztInnen durch Hausbesuche entsteht, da sie für eine Stunde in der Praxis einen höheren Stundensatz verdienen als für einen Hausbesuch (Initiative Elga, 2009). Somit gelten Hausbesuche für niedergelassene ÄrztInnen als nicht besonders attraktiv, dürfen von diesen jedoch nicht unterlassen werden.

5.13 EIGENTÜMERINNEN UND EIGENTÜMER

Unter EigentümerInnen werden die EigentümerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen verstanden, welche häufig auch als Träger bezeichnet werden.

5.13.1 Wirkungskette Eigentümerinnen und Eigentümer

Die EigentümerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben 2013 einen finanziellen Verlust eingebüßt. Da ihnen jedoch auch die Umlagen für zentrale Leistungen zugerechnet werden, ergibt sich letztlich ein Profit.

Tabelle 5-24: Wirkungskette der EigentümerInnen

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Gewinn/ Verlust Zuführung/ Auflösung Rücklagen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Gewinn/Verlust Umlagen für zentrale Leistungen	Ausbau der APH bzw. anderer Leistungsbereiche möglich/ Einschränkung der APH bzw. anderer Leistungs-bereiche nötig	Umlagen für zentrale Leistungen die auch ohne APH entstanden wären

5.13.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die EigentümerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben **monetarisierte Wirkungen in der Höhe 2.100.150 Euro**. Diese setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 5-25: monetarisierte Wirkungen der EigentümerInnen

EigentümerInnen	
Umlagen für zentrale Leistungen	
Höhe der Umlagen	€ 11.620.430
Verlust	
Verlust = Input – negative Wirkung, die als Input im Beobachtungsjahr einfließt	-€ 9.520.280
Gesamtprofit der EigentümerInnen	€ 2.100.150

Die Möglichkeit der Weiterverrechnung von **zentralen Leistungen eines Eigentümers** an ein Pflegewohnheim wurde als positiver Effekt für den Stakeholder Eigentümer in Höhe der verrechneten Umlage angesetzt. Diese Umlage stellt jedoch eine Kostendeckung der tatsächlich erbrachten zentralen Leistungen wie Personalverrechnung, Buchhaltung, IT, Management etc. dar. Sollte das Pflegewohnheim geschlossen werden, ist auch davon auszugehen, dass die entsprechenden zentralen Leistungen entfallen oder in geringerem Ausmaß bestehen. Deshalb wurde ein Deadweight in Höhe von 10% angesetzt.

2013 kam es bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu einem hochgerechneten **Verlust** von 9.520.280 Euro. Es ergibt sich somit ein Gesamtprofit von 2.100.150 Euro.

5.14 EINSATZORGANISATIONEN

Unter den **Einsatzorganisationen** werden hier alle Rettungsdienste des Landes Steiermark verstanden, die Krankentransporte durchführen.

5.14.1 Wirkungskette Einsatzorganisationen

Wie beim Stakeholder ÄrztInnen zählen hier die Verrichtungen, die von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommen werden, zu einer der wichtigsten Unternehmensaktivität, da diese sonst weitere Krankentransporte erfordern würden. Output ist die Anzahl der BewohnerInnen, die durch die Alten- und Pflegeheime keinen Krankentransport mehr benötigen, sei es zu ÄrztInnen oder ins Krankenhaus. Vom Outcome des geringeren Einsatzaufkommens wird dann noch ein Deadweight abgezogen, der jene BewohnerInnen beinhaltet, die auch ohne die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen keinen Krankentransport benötigen.

Tabelle 5-26: Wirkungskette der Einsatzorganisationen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	Von APH übernommene Verrichtungen, die sonst einen Krankentransport erfordern würden	Anzahl der BewohnerInnen, die keinen Krankentransport benötigen	geringeres Einsatzaufkommen	BewohnerInnen, die auch ohne APH keinen Krankentransport benötigen

5.14.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Durch die Einsatzorganisationen werden **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 5.192.305 Euro** erzielt. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 5-27: monetarisierte Wirkungen der Einsatzorganisationen

Einsatzorganisationen	
Geringeres Einsatzaufkommen	
Kosten eines Krankentransportes	
multipliziert mit zusätzlichen Einsätzen bei BewohnerInnen von APH	
multipliziert mal 0,5 (da sonst Doppelzählung mit ÄrztInnen)	
mit der Verteilung der Häufigkeiten bei BewohnerInnen die Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung etc. benötigen multipliziert	
	€ 5.192.305
Gesamtprofit der Einsatzorganisationen	€ 5.192.305

Der Stakeholder Einsatzorganisationen profitiert vor allem durch ein **geringeres Einsatzaufkommen**, da, einem Experteninterview zufolge, für Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung, Sondenernährung und Einstellung der Schmerzpumpe, zusätzliche Krankentransporte ins Krankenhaus oder die Beförderung zu HausärztInnen oder FachärztInnen erforderlich wären.

Würde es keine Alten- und Pflegeheime geben, müssten jährlich rund 70.242 Krankentransporte mehr durchgeführt werden, da bei den genannten Verrichtungen ein Transport ins Krankenhaus oder zu niedergelassenen ÄrztInnen erfolgen müsste.

Um eine Doppelzählung mit dem Stakeholder ÄrztInnen zu vermeiden wurde hier eine 50 prozentige Aufteilung zwischen den beiden Stakeholdern angenommen. Die zusätzlichen Krankentransporte ergeben sich aus der Häufigkeit der Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung etc. mit der Anzahl der BewohnerInnen, die diese benötigen. Der Profit für die Einsatzorganisationen ergibt sich somit aus den Kosten für einen Krankentransport multipliziert mit den zusätzlich benötigten Krankentransporten.

5.15 PRAKTIKANTINNEN UND PRAKTIKANTEN

SchülerInnen von Sozialbetreuungsberufen müssen im Rahmen ihrer Ausbildung ein Praktikum absolvieren. Stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen bieten somit einer Vielzahl von Auszubildenden die Möglichkeit praxisrelevante Erfahrung in der Pflege zu sammeln.

5.15.1 Wirkungskette Praktikantinnen und Praktikanten

PraktikantInnen investieren ihre Zeit und ihre Fähigkeiten in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen stellen wiederum Praktikumsstellen sowie die benötigten Arbeitsmittel zur Verfügung und bieten Weiterbildungsmöglichkeiten an. Der unmittelbare Output der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Bezug auf die PraktikantInnen ist die Anzahl an Praktikumsstunden sowie die Anzahl bzw. Qualität der Weiterbildungen.

Tabelle 5-28: Wirkungskette PraktikantInnen

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Praktikums Bereitstellung von Arbeitsmitteln	Anzahl an Praktikumsstunden	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz Teamarbeit Know-how Gewinn	Möglichkeit einer alternativen Praktikumsstelle

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind jedoch die Wirkungen, hier als Outcome bezeichnet, die durch die Tätigkeit der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen hervorgerufen werden. Dieser liegt der Berechnung des stakeholderspezifischen Profits zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

5.15.2 Berechnung stakeholder-spezifischer monetarisierter Wirkungen

PraktikantInnen erzielen durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen insgesamt **monetarisierter Wirkungen von 5.494.587 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 5-29: monetarisierter Wirkungen der PraktikantInnen

PraktikantInnen	
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	
Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	
Multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	
	€ 2.742.897
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	
Durchschnittliche Spende einer/eines ÖsterreicherIn	
Multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	
	€ 136.213
Verbesserung der Sozialkompetenz	
Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")	
Multipliziert mit Anzahl PraktikantInnen	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	
	€ 2.235.450
Teamarbeit	
Kosten für ein Weiterbildungspaket „Teambuilding“	
Multipliziert mit Anzahl der PraktikantInnen (VZÄ)	
Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums)	
	€ 156.482
Know-how Gewinn	
Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche	
multipliziert mit Anzahl Ehrenamtlicher	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	
	€ 223.545
Gesamtprofit der PraktikantInnen Steiermark	
	€ 5.494.587

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxyindikators des entgangenen Bruttoeinkommens von MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe durch ein einmonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet und um den Deadweight, der Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums in Höhe von 30% (Annahme) bereinigt.

Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) ist eine weitere Wirkung, die allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator die Höhe einer durchschnittlichen Spende einer/eines ÖsterreicherIn von 91,40 Euro (Neumayr und Schober 2012) herangezogen und auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einem alternativen Praktikum erzielt hätten.

Der Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der in den Alten- und Pflegeheimen tätigen PraktikantInnen bei. Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden als Proxyindikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, im Konkreten der Besuch eines Kurses zum Thema „Social Skills“, in Höhe von 1.450 Euro (Egos 2012), verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines alternativen Praktikums) bereinigt.

Den PraktikantInnen wird ebenso die **enge Zusammenarbeit** zugerechnet. Als Proxyindikator wurden die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch einiger Kurse zum Thema „Teambuilding“, in Höhe von Euro 270-355 (Wifi Wien 2013) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Als Deadweight wurde die Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums in Höhe von 30% abgezogen.

Des Weiteren profitieren die PraktikantInnen vom **Know-how Gewinn** im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Alten- und Pflegeheim. Um diese Wirkung in Geldeinheiten bewerten zu können, wurden die Kosten eines Basiskurs für pflegende Angehörige beziehungsweise Ehrenamtliche herangezogen und auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Es wurde wiederum ein Deadweight in Höhe von 30% abgezogen.

5.16 VERMIETERINNEN, LIEGENSCHAFTSEIGENTÜMERINNEN UND GEBÄUDEERRICHTER

Unter **VermieterInnen** werden all jene subsummiert, die Gebäude und/oder Liegenschaften der Alten- und Pflegeheime errichten und vermieten und im Alternativszenario Wohnungen an BewohnerInnen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vermieten würden. Dieser Stakeholder profitiert somit von Mieteinnahmen durch die Alten- und Pflegeheime und von einer möglichen Mietpreisanpassung beziehungsweise Erhöhung von Wohnungen mit einem Altmietzinsvertrag. Da die Alten- und Pflegeheime die Verwahrlosung der Wohnung der BewohnerInnen vermeiden, profitiert der Stakeholder VermieterInnen von einer erheblichen Kostenersparnis im Bereich der Wohnungsräumung, die bei verwahrlosten Wohnungen nötig wäre.

5.16.1 Wirkungskette VermieterInnen

Die VermieterInnen errichten Alten- und Pflegeheime. Da durch die stationären Pflege- und Betreuungsdienste als Unternehmensaktivität die Wohnung der BewohnerInnen frei wird, wird dadurch als Wirkung eine Verwahrlosung der Wohnung verhindert und zusätzlich kann eine Mietpreisanpassung vorgenommen werden. Die Anzahl der Wohnungen, die auch ohne die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen nicht verwahrlosen würden, muss hier als Deadweight abgezogen werden.

Tabelle 5-30: Wirkungskette der VermieterInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Errichtung von Alten- und Pflegeheimen	Unterbringung der BewohnerInnen in APH	Anzahl der Alten- und Pflegeheime die angemietet werden Anzahl der Mietwohnungen, die durch APH frei werden Anzahl der Mietwohnungen, die durch APH nicht verwahrlosen	Mieteinnahmen durch APH mögliche Mietpreisanpassung/-erhöhung Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	Anzahl der Wohnungen, die keine Mietpreisanpassung zulassen (Übernahme durch Familienmitglieder etc.)

5.16.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Den VermieterInnen sind **monetarisierte Wirkungen von 37.132.279 Euro** zuzuschreiben. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 5-31: monetarisierte Wirkungen der VermieterInnen

VermieterInnen	
Mieteinnahmen durch APHs	
Höhe der Mieteinnahmen	
Deadweight (Möglichkeit Alten- und Pflegeheime anderweitig zu vermieten)	€ 25.109.492
Mieterhöhung	
mögliche Mietzinserhöhung (unterschieden nach Gemeindewohnung/private Mietwohnung und nach Übernahme durch Familie der betreuten Person/freier Markt) für eine durchschnittliche große Mietwohnung in der Steiermark	
multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen die im Pflegeheim unterkommen und in einer Mietwohnung gelebt haben	
Abzüglich Deadweight (Anteil jener BewohnerInnen die im Alternativszenario ebenfalls die Wohnung aufgeben würden)	€ 9.916.052
Verwahrlosung der Wohnung verhindern	
Räumungs- und Reinigungskosten	
Multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen die verwahrlosen würden	€ 2.106.735
Gesamtprofit der VermieterInnen	€ 37.132.279

VermieterInnen profitieren von **Mieteinnahmen** durch die Alten- und Pflegeheime. Dieser wurde aus den Aufwendungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen berechnet und eine Hochrechnung vorgenommen. Es wurde ein Deadweight von 20% abgezogen (unveröffentlichtes Nutzwertgutachten).

Eine weitere Wirkung, die sich für diesen Stakeholder herausgestellt hat, ist der **Gewinn** durch die in der Steiermark noch vorhandenen Altverträge mit extrem günstigem Altmietzins. Viele VermieterInnen sind bestrebt, derartige Mietverhältnisse mit alten Mietzinsen zu beenden. Durch die Alten- und Pflegeheime geben die BewohnerInnen ihre Wohnung auf beziehungsweise besteht nach Einzug in ein Pflegeheim ein sofortiger Kündigungsgrund. Dadurch können die VermieterInnen den Mietzins erhöhen und profitieren somit von einem zusätzlichen Gewinn.

39 Prozent der steirischen Bevölkerung lebt in einer Wohnung (Statistik Austria 2011b). Davon leben 90% in Mietwohnungen, die übrigen 10% in Eigentumswohnungen. 65 Prozent der BewohnerInnen haben in einer Gemeindewohnung gelebt, die übrigen 35 Prozent leben in privaten Mietwohnungen. Da das Durchschnittsalter der BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime bei über 80 Jahren liegt, wurde angenommen, dass all jene, die in einem Mietverhältnis stehen, über einen Altmietzins-Vertrag verfügen. Die durchschnittliche Nutzfläche in Quadratmetern für die Steiermark lag bei 69,8 m² (Statistik Austria 2011b).

Weiters dürfen jene Mietverhältnisse nur teilweise berücksichtigt werden, wo Familienmitglieder die Wohnung übernehmen. Da die Regelungen der Übernahme von Mietwohnungen durch Familienmitglieder gerader Linie bei Gemeindewohnungen einfacher zustande kommt als in privaten Mietwohnungen, da man für die Übernahme in keinem gemeinsamen Haushalt leben muss, werden für Gemeindemietwohnungen und private Mietwohnungen unterschiedliche Annahmen gesetzt:

- **Bei Gemeindewohnungen** wurde angenommen, dass 80 Prozent der Gemeindewohnungen an Verwandte übergeben werden können. Hier kommt es durch die Übernahme ebenfalls zu einer Mietzinsanpassung, jedoch nur bis zum Kategoriesatz gem. § 15a MRG einer Kategorie A Wohnung der im Jahr 2013 bei 3,25 Euro pro Quadratmeter lag (Mieterschutzverband 2014). Kommt es zu keiner Übernahme durch Verwandte, kann die/der VermieterIn einen Mietzins, der im Jahr 2013 bei 7,11 Euro lag, verlangen (ÖHGB 2014).
- **Bei privaten Mietwohnungen** wurde die Annahme gesetzt, dass nur 50 Prozent der Verwandten erster Linie die Wohnung übernehmen könnten, da man hier nachweisen muss, 2 Jahre im gleichen Haushalt gelebt zu haben. Auch hier wurde wiederum bei Übernahme durch Verwandte der Richtwert einer Kategorie A Wohnung für die Berechnungen verwendet und für den freien Markt der Richtwert für die Steiermark.

Berücksichtigt man den Gewinn, durch neues Vermieten (entweder durch die Familie der betreuten Person, oder am freien Markt) einer durchschnittlich großen Mietwohnung in der Steiermark (Statistik Austria 2011b), so entsteht ein Nutzen in der Höhe von 9.916.052 Euro.

VermieterInnen profitieren von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen zusätzlich durch die Verhinderung der **Verwahrlosung der Wohnung**. Hierzu wurden nach einer Recherche die Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung herangezogen und mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario verwahrlosen würden, multipliziert.

5.17 SACHWALTERINNEN UND SACHWALTER

Unter diesem Stakeholder werden all jene SachwalterInnen subsummiert, die KlientInnen bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen besachwalten. Da die Alten- und Pflegeheime organisatorische Tätigkeiten übernehmen, ergibt sich für diesen Stakeholder eine Zeitersparnis.

5.17.1 Wirkungskette SachwalterInnen

In die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen fließt von den SachwalterInnen kein finanzieller Input. Unternehmensaktivität der Alten- und Pflegeheime sind organisatorische Tätigkeiten. Als Output werden hier die Art und der Umfang der von den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen übernommenen Leistungen genannt, die zu einer Zeitersparnis für die SachwalterInnen führen. Die Wirkungen werden nur für jene BewohnerInnen berechnet, die besachwaltet werden.

Tabelle 5-32: Wirkungskette der SachwalterInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	organisatorische Tätigkeiten	Art und Umfang der Leistungen die APH übernommen haben	Zeitersparnis	BewohnerInnen, die nicht besachwaltet werden

5.17.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt ergeben die Berechnungen **monetarisierte Wirkungen von 940.996** Euro für die SachwalterInnen. Der Deadweight wurde in den Berechnungen bereits inkludiert.

Tabelle 5-33: monetarisierte Wirkungen der SachwalterInnen

SachwalterInnen	
Zeitersparnis	
Anzahl der Stunden die pro Monat eingespart werden	
multipliziert mal 12 für das ganze Jahr	
multipliziert mit Stundensatz eines österreichischen Angestellten / bzw.	
Rechtsanwalts für die Anzahl der besachwalteten BewohnerInnen	
	€ 940.996
Gesamtprofit der SachwalterInnen	€ 940.996

Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen entsteht für den Stakeholder SachwalterInnen eine monatliche **Zeitersparnis** von 1,5 Stunden. Diese Zeitersparnis wird über den Stundensatz einer/eines österreichischen Angestellten monetarisiert. 47 Prozent der SachwalterInnen in Wien sind als RechtsanwältInnen tätig. Es wurde die Annahme getätigt, dass dies ebenso in der Steiermark der Fall ist. Für diesen Anteil der SachwalterInnen wird die Zeitersparnis über einen höheren durchschnittlichen Stundensatz, nämlich den einer/eines Rechtsanwältin/Rechtsanwaltes, monetarisiert. Der Gesamtprofit ergibt sich somit aus der Anzahl der SachwalterInnen, die KlientInnen bei den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen haben, multipliziert mit der jährlichen Zeitersparnis.

5.18 ALLGEMEINE BEVÖLKERUNG DER STEIERMARK

Unter der allgemeinen Bevölkerung der Steiermark als Stakeholder wird die gesamte steirische Bevölkerung verstanden. Entsprechend wird diesem Stakeholder auch all jener Profit zugerechnet, der ganz allgemein der Gesellschaft zugutekommt. Konkret steht hier das, durch die Existenz der Alten- und Pflegeheime, vermittelte Sicherheitsgefühl im Mittelpunkt.

5.18.1 Wirkungskette allgemeine Bevölkerung der Steiermark

Durch die allgemeine Bevölkerung der Steiermark fließen Spenden und sonstige Einnahmen in die Alten- und Pflegeheime, die Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung erbringen. Durch die Leistungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen entsteht als Outcome ein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch das Bewusstsein im Fall einer Pflegebedürftigkeit professionell gepflegt zu werden.

Tabelle 5-34: Wirkungskette der allgemeinen steirischen Bevölkerung

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Spenden Sonstige Einnahmen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl und Umfang der erbrachten Leistungen, die für die allgemeine Bevölkerung wahrnehmbar sind	Sicherheitsgefühl Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	Anzahl der Personen, die nicht bereit sind für APH zu zahlen Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt

5.18.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** für die allgemeine steirische Bevölkerung liegen bei **73.042.234 Euro**.

Tabelle 5-35: monetarisierte Wirkungen der allgemeinen steirischen Bevölkerung

Allgemeine steirische Bevölkerung	
Erhöhtes Sicherheitsgefühl	
Verwaltungskosten Pflegeversicherung pro Jahr	
Multipliziert mit Anzahl der Personen über 40 in der Steiermark	
Abzüglich Deadweight (Personen, die kein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch APH haben = 50%, Organisationen, die Leistungen von APH übernehmen könnten und daher das gleiche Sicherheitsgefühl vermitteln könnten = 58%)	
	€ 74.942.921
Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	
Anzahl Angehöriger die Arbeit finden und damit andere Personen aus dem Arbeitsmarkt verdrängen	
	-€ 1.900.687
Gesamtprofit der allgemeinen steirischen Bevölkerung	
	€ 73.042.234

Das Bestehen von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vermittelt der **allgemeinen steirischen Bevölkerung** ein **Sicherheitsgefühl**. Als Proxy wurden hier die Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung verwendet. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit bei 100 Euro (Uniqa 2013, Telefonat Uniqa). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl

zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird.

Als Deadweight wurden zunächst 50% abgezogen, da nicht davon auszugehen ist, dass alle Steirer ein (erhöhtes) Sicherheitsgefühl aufgrund der Alten- und Pflegeheime haben. Eine Studie in Deutschland kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahlungsbereitschaft von Personen zwischen 55 und 75 Jahren für Dienstleistungen bei Pflegebedürftigkeit bei 50% liegt (Blanke et al. 2000).

Da einige Aktivitäten der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen auch durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden könnten, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl in sich birgt, werden nochmals 58% abgezogen (eigene Berechnung aus Erhebung).

Des Weiteren entsteht durch all jene Angehörigen der BewohnerInnen die nunmehr einer Beschäftigung nachgehen, eine negative Wirkung für die allgemeine Bevölkerung, da Personen aus dem Arbeitsmarkt verdrängt werden. Die Berechnungen wurden analog zum zusätzlichen Einkommen der Angehörigen durchgeführt.

Eine weitere Wirkung der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist die **marktwirtschaftliche Dienstleistungsorientierung**, die den familiären Zusammenhalt und/oder informelle Betreuungsbeziehungen weiter untergräbt.

Dies kann einerseits positive Effekte haben, wie die Entlastung der Angehörigen, wofür wiederum mehr Zeit für andere Familienmitglieder bleibt. Andererseits kann gesamtgesellschaftlich, je nach Werterhaltung, das Verantwortungsgefühl für ältere und pflegebedürftige Personen zurückgehen. Ob der Outcome letztendlich positiv oder negativ ist, ist eine Wertentscheidung. Da hier aber keine Wertentscheidung getroffen werden soll, wird diese Wirkung nicht berechnet und monetarisiert.

5.19 SROI-WERT – GESAMTBERECHNUNG UND SZENARIENBERECHNUNG

Als letzter Schritt wird die Berechnung des konkreten SROI-Wertes für den festgelegten Zeitraum (2013) vorgenommen. Hierzu werden, wie beschrieben, die (finanziellen) Investitionen, seitens der Financiers, aggregiert den monetär bewerteten sozialen Wirkungen, sowie monetär vorliegenden Wirkungen, gegenübergestellt.

Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2013 zu der Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 2,95**. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 2,95 Euro schafft.

Tabelle 5-36: Berechnung SROI-Wert

Investitionen 2013	€ 458.572.343
monetarisierte Wirkungen 2013	€ 1.353.719.617
SROI gesamt	2,95

Folgende Tabelle zeigt eine Gesamtbetrachtung der SROI-Analyse und gibt Investitionen und Profit der einzelnen Stakeholder, die zuvor genauer betrachtet wurden, nochmals wieder.

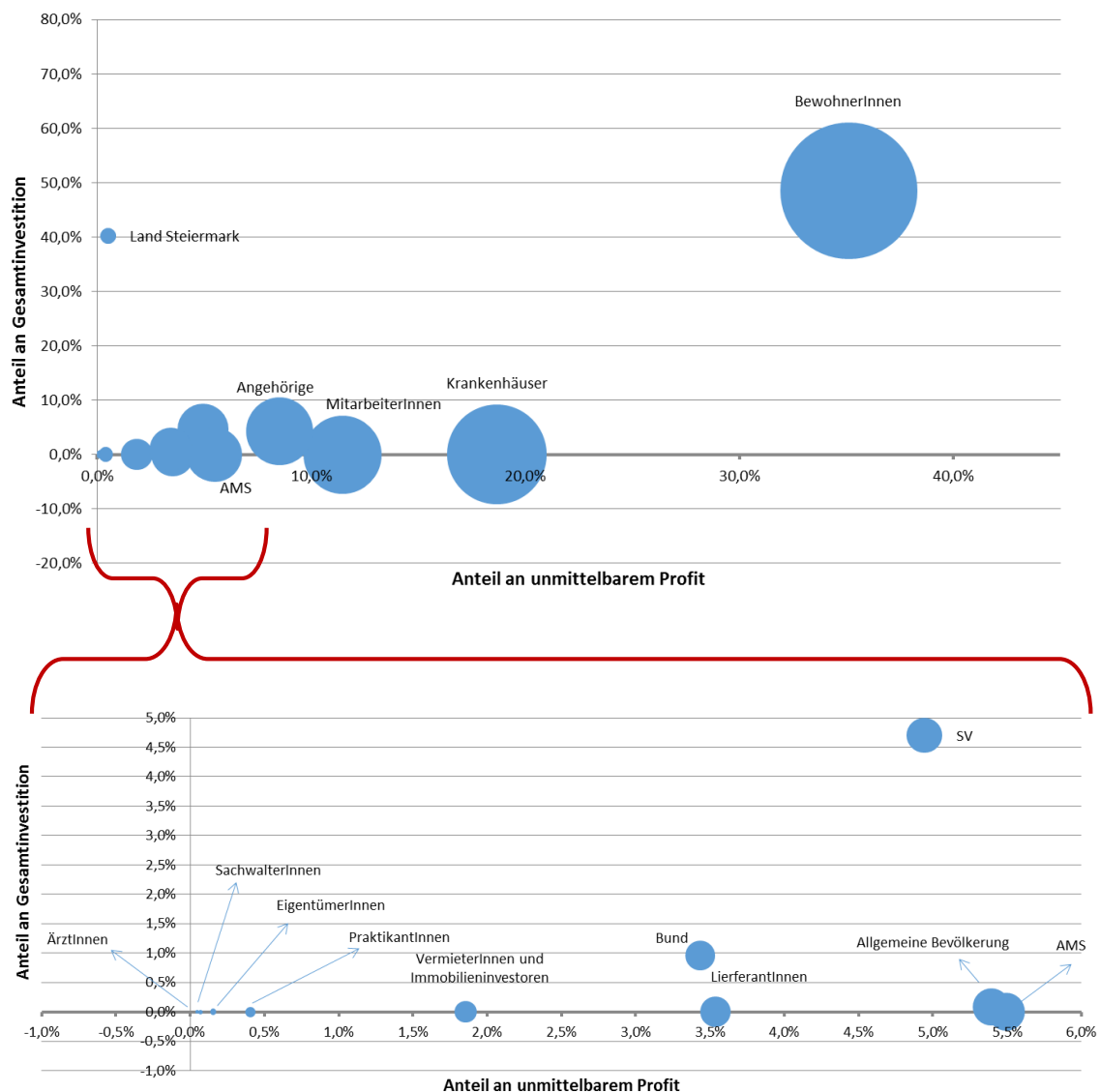
Tabelle 5-37: Investitionen und Profite der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen Gesamtbetrachtung 2013

Stakeholder	Investitionen in APH	Wirkungen und Profite von APH	Anteil am Profit
BewohnerInnen	Kostenbeiträge € 222.534.871	z.B. keine Gefahr der Verwahrlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre € 475.302.303	35,1%
Krankenhäuser	Vermittlung an APH -	z.B. weniger Procuratio-Fälle, geringerer Verwaltungsaufwand € 252.914.605	18,7%
MitarbeiterInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen -	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun) € 155.302.692	11,5%
Angehörige	Einnahmen von Unterhaltsverpflichteten, Erben und Drittverpflichteten € 19.656.384	z.B. verbesserte Beziehung zu Angehörigen, weniger psychische und physische Belastung € 115.225.886	8,5%
AMS	- -	Einsparung von Arbeitslosengeld € 74.378.913	5,5%

Allgemeine Bevölkerung	Sonstige Einnahmen, Spenden	€ 389.401	Sicherheitsgefühl	€ 73.042.234	5,4%
SV	Inkontinenzprodukte und Medikamente	€ 21.566.255	zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparung im Gesundheitsbereich	€ 66.912.495	4,9%
LieferantInnen	Produkte / Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 47.888.113	3,5%
Bund	Förderungen	€ 4.384.141	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 46.483.176	3,4%
VermieterInnen	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 25.109.492	1,9%
Land Steiermark	Förderungen	€ 184.325.723	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24-Stunden-Pflegeförderung	€ 6.806.454	0,5%
PraktikantInnen	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 5.494.587	0,4%
Einsatzorganisationen	-	-	geringeres Einsatzaufkommen	€ 5.192.305	0,4%
EigentümerInnen	-	-	finanzieller Verlust; Auflösung von Rücklagen	€ 2.100.150	0,2%
SachwalterInnen	Organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 940.996	0,1%
ÄrztInnen	-	-	weniger Hausbesuche	€ 625.218	0,0%
andere Bundesländer	Einnahmen anderer Sozialhilfeträger	€ 5.715.568	-	-	0,0%
SROI		€ 458.572.343		€ 1.353.719.617	2,95

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich wird, haben die einzelnen Stakeholder einen unterschiedlichen Anteil an den Investitionen und den Profiten. Die folgende Tabelle zeigt den Einfluss der jeweiligen Stakeholder zudem graphisch.

Abbildung 5-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten



Es ist klar zu erkennen, dass die BewohnerInnen sowohl den höchsten Anteil an den Investitionen tätigen als auch mit Abstand den höchsten Anteil am Profit bekommen. Im Verhältnis profitieren sie mehr als sie investieren. Der Anteil am Gesamtprofit der BewohnerInnen beträgt über ein Drittel (35,1%).

Die nächstbedeutenden Stakeholdergruppen sind die Krankenhäuser, die 18,7% des Gesamtprofits haben und finanziell nichts für die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen beitragen. Die MitarbeiterInnen profitieren mit einem Gesamtprofit von 11,5%. Auf den weiteren Plätzen folgen die Stakeholdergruppen Angehörige, Arbeitsmarktservice, SozialversicherungsträgerInnen und LieferantInnen.

Das Land Steiermark trägt als fördergebende Institution, nach den BewohnerInnen, den Großteil der Investitionen bei. Des Weiteren investieren die Angehörigen, durch Pflegeregressseinnahmen im Jahr 2013, die Sozialversicherungsträger, indem sie Inkontinenzprodukte und Medikamente zur Verfügung stellen, die allgemeine Bevölkerung mit Spenden und sonstigen Einnahmen, der Bund mit Förderungen und Sozialhilfeträger anderer Bundesländer.

Nachdem die BewohnerInnen den wesentlichsten Anteil an den Profiten auf sich vereinen und hier insbesondere die Negativwirkung „eingeschränkte Privatsphäre durch Mehrbettzimmer“ eine bedeutende Rolle spielt, wurde zusätzlich zur bisher beschriebenen Hauptvariante eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt.

Im Rahmen dieser **Sensitivitätsanalyse** wurde ein **Szenario berechnet, das die Auswirkungen von mehr Einzelzimmern in Alten- und Pflegeheimen darstellt.**

In einigen Alten- und Pflegeheimen ist der Anteil an Einzelzimmern viel höher als der berechnete Durchschnitt. Die Negativwirkung, die sich aus der eingeschränkten Privatsphäre für die BewohnerInnen ergibt, beläuft sich in den obigen Berechnungen auf **116.478.135 Euro**. Die Anzahl an Personen in Einzelzimmern betrug rund 40%.

Für eine Sensitivitätsanalyse wurde angenommen, dass 75% der BewohnerInnen in einem Einzelzimmer unterkommen würden. Der SROI-Wert würde im vorliegenden Szenario von **2,95 auf 3,10 Euro steigen**. Damit zeigt sich deutlich, welche Bedeutung die eingeschränkte Privatsphäre der BewohnerInnen hat, obwohl diese nur eine von vielen Wirkungen für die BewohnerInnen darstellt.

Eine weitere bedeutende Wirkung stellt die **längere Lebenserwartung** in den Alten- und Pflegeheimen dar. In den obigen Berechnungen wurde den BewohnerInnen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 2,2 Jahren zugerechnet. Im Rahmen einer weiteren Sensitivitätsanalyse wurde die Annahme gesetzt, dass in Zukunft durch den Ausbau von mobilen Diensten, nur noch die Hochbetagten in einem Alten- und Pflegeheim unterkommen und dort nur noch ihre letzten Lebensmonate verbringen. Wird die durchschnittliche Lebenserwartung von 2,2 Jahre auf 0,5 Jahre herabgesetzt, würde der **SROI-Wert von 2,95 auf 2,67 fallen**. Somit ist auch die längere Lebenserwartung ein bedeutsamer Hebel in der Berechnung der Wirkungen der BewohnerInnen.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen vor allem für die BewohnerInnen aber auch für die Krankenhäuser, einen deutlichen Profit bringen. Insgesamt rentiert sich, ein in die steiermärkischen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierter Euro, zu 295%.

5.20 ZUSAMMENFASSUNG

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs den Auftrag die **gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark** zu analysieren. Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2013.

Die Evaluation erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten. Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen des Projekts messen. Die vorliegende Analyse orientiert sich am von Schober/Then (2015) herausgegebenen „Praxishandbuch Social Return on Investment“. Ein wesentlicher Punkt ist die Identifikation der wichtigsten Stakeholder zu Beginn. Für jede Stakeholdergruppe wird der investierte Input, dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) in einer Wirkungskette gegenübergestellt. Die solcherart identifizierten Wirkungen werden verifiziert, ergänzt, quantifiziert und zum Schluss soweit möglich und sinnvoll in Geldeinheiten bewertet. Somit kann letztlich der monetäre Wert der aggregierten Wirkungen dem gesamten in Geldeinheiten vorliegenden Input gegenübergestellt werden. Die sich ergebende Spitzenkennzahl ist der SROI-Wert, der als Verhältnisskennzahl angibt, wie die monetarisierten Wirkungen proportional zu den investierten Geldern sind. Ein Wert von 1:2 signalisiert doppelt so wertvolle gesellschaftliche Wirkungen als Investitionen.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfalten die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Steiermark bei den relevanten Stakeholdergruppen?“*

Die **Forschungsfrage 2** lautet: *„Lassen sich die im Rahmen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen erzielten Wirkungen sinnvoll und valide messen und monetarisieren?“*

Die **Forschungsfrage 3** lautet: *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die steiermärkischen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wurde angenommen, dass es keine stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Steiermark gibt. Die BewohnerInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Dies wären mobile Pflege- und Betreuungsdienste, betreutes Wohnen, 24h-Betreuung, Pflegeheime in angrenzenden Bundesländern, Krankenhäuser oder Zukauf von Diensten am Markt. Nachdem nicht alle BewohnerInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden pflegende Angehörige ebenfalls einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand übernehmen müssen und/oder es würde eine Verwahrlosung beziehungsweise ein früherer Tod bei den BewohnerInnen eintreten.

Die Studie zeigt die vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten die stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Steiermark erfüllen. Sie identifiziert darüber hinaus vor allem Wirkungen für unterschiedliche Gruppen, die mit den stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Kontakt stehen, sogenannten Stakeholdern. Als Stakeholder wurden folgende Gruppen identifiziert:

- BewohnerInnen
- Angehörige
- Hauptamtliche MitarbeiterInnen
- Krankenhäuser
- Bund
- LieferantInnen
- niedergelassene ÄrztInnen
- EigentümerInnen
- Einsatzorganisationen
- PraktikantInnen

- Land
- andere Bundesländer
- Sozialversicherungsträger
- Arbeitsmarktservice
- VermieterInnen
- SachwalterInnen
- allgemeine Bevölkerung

Zusammengefasst konnten bei den Stakeholdern sowohl deren Nutzen, also die Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen aus Sicht der Stakeholder, erhoben werden. Die Quantifizierung und Monetarisierung war im Großen und Ganzen, nicht zuletzt aufgrund der guten Datenlage umfassend möglich. Die Wirkungen ließen sich somit weitgehend sinnvoll und valide berechnen und monetarisieren.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2013 **monetarisierter Wirkungen in der Höhe von rund 1.354 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von hochgerechnet 459 Mio. Euro**, die insbesondere aus Zahlungen des Landes Steiermark und der BewohnerInnen bestehen.

Der **größte Profit** entsteht für die **BewohnerInnen (35,1%)**, die als zentrale Stakeholdergruppe der Alten- und Pflegeheime anzusehen sind. Im Jahr 2013 wurden von den steiermärkischen Pflege- und Betreuungseinrichtungen **13.273** Personen betreut. Legt man die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage von 4.344.220 auf VZÄ um, ergeben sich rund **11.902 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013.

Die BewohnerInnen profitieren vor allem vom verbesserten physischen Zustand, von einer längeren Lebenserwartung und von der Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit. Sie profitieren des Weiteren von keiner Gefahr der Verwahrlosung, einem erhöhten Sicherheitsgefühl, höherem psychischen Wohlbefinden, mehr sozialen Kontakten, einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung, einem geringeren Organisationsaufwand, adäquaten Freizeitangeboten, der Gewährleistung eines sauberen Umfeldes und der Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen. Sie erleben aber auch Einschränkungen in der Selbstbestimmung durch Bevormundung, in einer eingeschränkten Privatsphäre durch Mehrbettzimmer, keiner Möglichkeit in der eigenen Wohnung zu verbleiben, einer höheren Infektionsgefahr, der Unzufriedenheit mit dem Essen und höheren Kosten im Vergleich zum Alternativszenario. Insgesamt ergibt sich ein Profit von **475.302.303 Euro**.

Der **zweitgrößte Profit** entsteht für die **Krankenhäuser (18,7%)**. Unter dem Stakeholder Krankenhäuser werden vor allem die öffentlichen Krankenhäuser der Steiermark und die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements in den öffentlichen steirischen Spitälern verstanden. Durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen müssen die Krankenhäuser weniger Procuratio-Fälle (Pflege in Akutkrankenanstalten ohne ärztliche Versorgung) betreuen und ersparen sich dadurch erhebliche Kosten und nicht adäquat genutzte Kapazitäten.

Den drittgrößten Profit haben die hauptamtlichen MitarbeiterInnen, die durch die Alten- und Pflegeheime einer Beschäftigung nachgehen, **mit 11,5%, den viertgrößten die Angehörigen**, u.a. durch geringere soziale, physische und psychische Belastungen, **mit 8,5%**.

Die geringsten Profite, haben die EigentümerInnen, die SachwalterInnen und die niedergelassenen ÄrztInnen.

Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von **2,95**. **Dies bedeutet, dass jeder 2013 in die Alten- und Pflegeheime investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 2,95 Euro schafft.**

Zusammengefasst sind die in der Steiermark tätigen stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen sehr wirkungsvoll. Ihre monetarisierten Wirkungen, bezogen auf das Jahr 2013, waren mehr als 2,9 Mal so hoch wie die getätigten finanziellen Investitionen.

6 RESÜMEE

Die Frage der Altenbetreuung und -pflege stellt ein zentrales Element der Gesellschaftspolitik dar, das mit vielen anderen Feldern eng zusammenhängt. Das Lebensalter, in dem Pflegebedürftige in ein Alten- und Pflegeheime ziehen, wird immer höher. Dies ist auf den Ausbau der mobilen Dienste und die verstärkte Inanspruchnahme der 24h-Betreuung zurückzuführen. Zusätzlich führt das überproportionale Ansteigen der Hochbetagten in der Bevölkerung dazu, dass die Altersgruppe mit der größten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit am schnellsten wächst.

Derzeit herrscht die allgemeine Prämisse „mobil vor stationär“ vor. Dem Ausbau mobiler Dienste wird gegenüber dem stationären Bereich Vorrang gegeben. Allerdings erfüllen Alten- und Pflegeheime eine wesentliche und nicht ersetzbare Funktion in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, vor allem im allerletzten Lebensabschnitt. Mobile und stationäre Dienste können, wie auch eine aktuelle Studie des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung bestätigt, nur eingeschränkt als Substitute betrachtet werden (WIFO 2014). Kann die Versorgung zuhause auf Grund eines mangelnden sozialen Netzwerkes oder mangelnder bedarfsgerechter Ausstattung in der bestehenden Wohnform nicht mehr gewährleistet werden, ist der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim oft unabdingbar, wo die notwendigen Pflege- und Unterstützungsleistungen gewährleistet werden.

Umso bedeutender erscheint in diesem Zusammenhang eine Analyse der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen, um so diese Rahmenbedingungen, die die BewohnerInnen auffinden, und die, gesamtgesellschaftliche, Rolle der Alten- und Pflegeheime sichtbar machen zu können. Die vorliegende Studie, die vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs in Auftrag gegeben wurde, fokussiert auf diese gesellschaftlichen Wirkungen der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen für die beiden Bundesländer, Niederösterreich und Steiermark. Wie in Kapitel 2 skizziert spielen hierbei von ökonomischen über soziale bis zu psychischen und physiologischen Wirkungen eine Rolle. **Die Wirkungsanalyse erfolgt mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten.** Die vorliegende Analyse orientiert sich am von Schober/Then (2015) herausgegebenen „Praxishandbuch Social Return on Investment“.

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich bzw. der Steiermark gibt. Die BewohnerInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Dies wären mobile Pflege- und Betreuungsdienste, betreutes Wohnen, 24h-Betreuung, Pflegeheime in angrenzenden Bundesländern, Krankenhäuser oder Zukauf von Diensten am Markt. Nachdem nicht alle BewohnerInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden pflegende Angehörige ebenfalls einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand übernehmen müssen und/oder es würde eine Verwahrlosung beziehungsweise ein früherer Tod bei den BewohnerInnen eintreten.

In **Niederösterreich** lebten im Jahr **2013 12.016 Personen** in den niederösterreichischen Alten- und Pflegeheimen. Jedoch wurden aus der Analyse rund 500 Personen (474 VZÄ) mit psychosozialen Betreuungsschwerpunkt exkludiert. Werden die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage auf VZÄ umgelegt, ergeben sich rund **8.535 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013. Hier sind psychosoziale Fälle exkludiert. In diesem Bundesland sind mit 76% der Großteil der BewohnerInnen Frauen und knapp die Hälfte, rund 47% ist 85 Jahre alt und älter.

In der **Steiermark** wurden im Jahr **2013 13.273 Personen** in Alten- und Pflegeheimen betreut und gepflegt. Die im Laufe des Jahres 2013 erbrachten Verrechnungstage von

4.344.220 ergeben umgelegt auf VZÄ rund **11.902 durchgängig belegte Plätze** für das Jahr 2013. Dabei sind der Großteil, rund 71%, Frauen und knapp die Hälfte der BewohnerInnen (49%) ist 85 Jahre alt bzw. älter.

Werden die beiden Bundesländer direkt verglichen, wird deutlich, dass die Aufenthaltsdauer in den niederösterreichischen Alten- und Pflegeheimen deutlich geringer ist als in der Steiermark. Nachdem auch die niederösterreichischen BewohnerInnen durchschnittlich höhere Pflegegeldstufen haben, lässt dies die Vermutung zu, dass in Niederösterreich die BewohnerInnen insgesamt körperlich in einem schlechteren Zustand sind. In dieses Bild passt das besser ausgebaute mobile Betreuungsnetz in Niederösterreich. Pflegebedürftige Personen kommen somit erst in den letzten Lebensmonaten in ein Pflegeheim. Dadurch ergibt sich eine geringere Verweildauer als in der Steiermark und eine viel höhere Fluktuationsrate der BewohnerInnen.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2013 **monetarisierter Wirkungen in der Höhe von rund 1.190 Mio. Euro für Niederösterreich und 1.354 Mio. Euro für die Steiermark**. Demgegenüber stehen **Investitionen von rund 406 Mio. Euro für Niederösterreich und 459 Mio. Euro für die Steiermark**. Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2013 zur Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 2,93 für Niederösterreich. Der SROI-Wert für die Steiermark beträgt 2,95 Euro. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwart von 2,93 Euro für Niederösterreich und 2,95 Euro für die Steiermark schafft**. Die Investitionen kommen somit in beiden Bundesländern als positive gesamtgesellschaftliche Wirkungen mehr als dreifach wieder zurück. Die bedeutendsten positiven Wirkungen entstehen für die **BewohnerInnen**, gefolgt von den **Krankenhäusern. Beide Stakeholder vereinen gemeinsam um die 50% des Gesamtprofits auf sich**.

Unterschiede zwischen den Bundesländern ergeben sich vor allem aufgrund der **ungleichen BewohnerInnenverteilung** im Alternativszenario. Der Anteil der BewohnerInnen mit Pflegegeldstufe 7 ist mit rund 11% höher als in der Steiermark (9%). Zudem werden in Niederösterreich keine Einrichtungen für betreutes Wohnen angeboten. Zusätzlich verfügen die Alten- und Pflegeheime der angrenzenden Bundesländer von Niederösterreich über weniger freie Plätze als jene der angrenzenden Regionen in der Steiermark. Ein weiterer Unterschied ergibt sich durch die unterschiedlichen durchschnittlichen Krankenhauskosten für einen Procuratio-Fall in den Krankenanstalten. Ebenso ist der Anteil an der allgemeinen Bevölkerung in Niederösterreich mit 912.397 Personen deutlich höher als in der Steiermark mit 673.058 Personen (Statistik Austria 2012b). Ein weiterer Unterschied der sich zwischen den beiden Bundesländern ergibt, ist die Tatsache, dass in Niederösterreich eine zusätzliche Stakeholdergruppe in die Analyse aufgenommen wurde, die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. Es gibt zwar auch in den steiermärkischen Alten- und Pflegeheimen ehrenamtliche MitarbeiterInnen, jedoch nicht in dem Ausmaß und ähnlich professionell organisiert, wie im Bundesland Niederösterreich. Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen haben jedoch für sich genommen nur einen geringen Anteil am Gesamtprofit (0,5%) und beeinflussen den SROI-Wert kaum.

In den Berechnungen des Bundeslandes Steiermark wurden die zusätzlichen Einnahmen durch Steuern (Grundsteuer und sonstige Abgaben) für das Land Steiermark explizit angeführt. Diese Aufschlüsselung war aufgrund der vorliegenden Datenbasis in Niederösterreich nicht möglich.

Zusammenfassend konnte mit der vorliegenden SROI-Analyse gezeigt werden, dass die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in den beiden Bundesländern Niederösterreich und Steiermark sehr wirkungsvoll sind. Die monetarisierten Wirkungen, bezogen auf das Jahr 2013, waren für Niederösterreich und die Steiermark rund 2,9 Mal so hoch wie die getätigten finanziellen Investitionen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Albertus Magnus Volksschule (2012): **Gebühren**. <http://www.ams-wien.at/vs/de/elterninfo/gebuehren/> (Stand: 27.10.2012)

AMS (2013a): **Arbeitsmarktdaten Online zu Themenbereichen Arbeitslosigkeit und Stellenangebot**. <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/> (Stand: 27.05.2013)

AMS (2013b): **AMS Arbeitslosengeld-Rechner**. <http://ams.brz.gv.at/ams/alrech/> (Stand: 27.05.2015)

AMS (2013c): **Der Arbeitsmarkt in Niederösterreich Ende Jänner 2013**. <http://www.ams.at/noe/ueber-ams/medien/ams-niederoesterreich-news/arbeitsmarktjahr-2013-beginnt-steigenarbeitslosenquote> (Stand: 28.05.2015)

AMS (2014): **Arbeitsmarktlage 2013**. AMS Österreich. Wien, 2014.

Anwalt Veith (2012): **Honorar: Zur Abrechnung nach Stundensatz**. <http://www.anwalt-veith.at/honorar.html> (Stand: 30.10.2012)

Ärztchammer (2015): **Gehaltstabelle Turnusärztinnen und Turnusärzte**. http://www.aekwien.at/media/Gehaltstabelle_Turnusaerzte_022015.pdf (Stand: 31.05.2015)

Betriebsklima (2013): **Zu wenig Einsatz für gutes Betriebsklima**. <http://www.cio.de/karriere/personalfuehrung/2908962/index2.html> (Stand: 06.05.2013)

Blanke, Bernhard/Brandel, Rolf/Hartmann, Anja/Heinze, Rolf G./ Hilbert, Josef/ Lamping Wolfram/ Naegle, Gerhard/ Schridde, Henning/Stöbe-Blossey, Sybille/ Bandemer, Stephan von (2000): **Sozialstaat im Wandel**. Wissenschaftliche Eingangsuntersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

BMASK (2012): **24-Stunden-Betreuung zu Hause, Neues und Wissenswertes**. <https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/24stdbetreuung.pdf> (Stand: 27.10.2012)

BMASK (2013): **Freiwilliges Engagement in Österreich. Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012**. Studienbericht. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien, 2013.

BMASK (2014a): **Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013**. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

BMASK (2014b): Bundespflegegeldgesetz. **Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege**. Auswertung der von den diplomierten Gesundheits- /Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum Jänner bis Dezember 2013. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Das Campus (2014): **Speisekarte von Das Campus Restaurant**. <http://www.dascampus.at/resources/files/2014/9/3/487/jkb15681-dc-spkarte-sept-2014.pdf> (Stand 26.05.2015)

Die Presse (10.01.2011): **Krank durchs Krankenhaus – EU schlägt Alarm**. <http://diepresse.com/home/panorama/welt/624171/Krank-durchs-Krankenhaus-EU-schlaegt-Alarm> (Stand: 27.10.2012)

Dolan, Paul/Shaw, Rebecca/Tsuchiya, Aki/Williams, Alan (2004): **QALY maximisation and people's preferences:** a methodological review of the literature, Health Economics 4 (2): 197-208.

Egos (2012): **Seminare.**

<http://www.egos.co.at/learning/courselist.aspx?filter=268435456&group=1&info=268435456&type=Poe> (Stand: 08.10.2012)

Eibel, Gregor (2005): **Kostenfaktor Dekubitus.** Eine Analyse von Dekubitalulzera auf medizinisch geriatrischen Stationen. Medizinische Universität Graz.

Ellviva (2012): **Nie wieder burnout.** <http://www.ellviva.de/Gesundheit/Burnout-Verhaltenstherapie.html> (Stand: 08.10.2012)

Ernaehrungsgesund (2003): **Wenn der Geschmack abhanden kommt.**

http://www.ernaehrungsgesund.de/html/artikel_geschmack1.html (Stand: 27.10.2012)

Erziehung (2012): **Gesetzliche Grundlagen.** <http://www.erziehung.at/haeuslicher-unterricht/gesetzliche-grundlagen/> (Stand: 27.10.2012)

Eurest (2014): **Kosten eines Mittagsmenüs.** WU Mensa. <http://www.eurest.at/wumensa/> (Stand: 26.05.2015)

FCWIEN (2014): **Übersicht der Mitgliedsarten und der anfallenden Kosten.**

<http://www.fcwien.com/index.php?id=88> (Stand: 31.05.2015)

Firgo, Matthias et al. (2014): **Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege.** Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Flick, Uwe (2002): **Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.** Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag

Frei, Andreas (2006): **Mangelernährung im Spital – medizinische Kosten und Kosteneffektivität bei Verhinderung.** Im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit. Pratteln, 2006.

Gabanyi, Annamaria/Hemedinger, Fritz/Lehner, Markus (2007): **Jugendverschuldung. Analyse und Präventionsansätze.** Linz, 2007.

GK-Agentur (2012): **Stundenweise Betreuung.** http://www.gk-agentur.at/download/ANGEBOT_Stundenweise_Betreuung.pdf (Stand: 27.10.2012)

Göbel, H. (2001): **Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen.** Schwerpunkt Schmerzen lindern – Kosten senken. Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzklinik Kiel in Kooperation mit der Universität Kiel. Springer-Verlag 2001

Grand et al. (2005): **Häufigkeit, Relevanz, Ursachen und Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern.** In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Volume 38, Issue 3, S. 196-202, Juni 2005. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00391-005-0311-0> (Stand: 26.05.2015)

Gräbel, Elmar (o.J.): **Situation pflegender Angehöriger: von der Belastung über die Entlastung zur Prävention** http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/e1852/e1819/e1821/e1832/inhalt1834/PS_BinderGraess.pdf, (Stand: 19.09.2012)

Grundmann, Reinhart T. (2012): **Burnout bei Ärzten und Pflegepersonal**. CHAZ, 13 (4): 239-243. http://www.medsachverstand.de/pdf/chaz_4_2012_s239f%20Burnout_Teil_1.pdf (Stand: 27.10.2012)

Hainz, Andreas (2013): **Systemische Familientherapie – Rahmenbedingungen**. <http://www.systemische-familientherapie.at/?q=node/16> (Stand: 23.04.2013)

Heinrich, Sven/König, Hans-Helmut (2010): **Gesundheitsökonomische Aspekte der Sturz- und Frakturprävention**. http://www.aktiv-in-jedem-alter.de/html/img/pool/Ma_nchen_S_Heinrich.PDF (Stand 25.10.2012)

Help (2013): **Arbeitsbedingungen für Lehrlinge** <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/24/Seite.240901.html> (Stand: 10.04.2013)

Hoffmann, Stefan (2010): **Expertenstandard Sturzprophylaxe**, Vortrag 8. Pflegefachtagung der „Freien“ Hamburg. <http://www.bildungszentrum.drk.de/bildungszentrum/pflegeberufe/formulare/S7ExpertenstandardSturz.pdf> (Stand: 25.10.2012)

Höfler, Sabine/ Bengough, Theresa/ Winkler, Petra/ Griebler, Robert (Hg.) (2015): **Österreichischer Demenzbericht 2014**. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien 2015.

Hofstätter, Carmen (2012): **Belastungen und Beeinträchtigungen pflegende Angehöriger**, Pflegenetz, [http://www.pflegenetz.at/index.php?id=142&tx_ttnews\[tt_news\]=251&type=123](http://www.pflegenetz.at/index.php?id=142&tx_ttnews[tt_news]=251&type=123) (Stand: 28.09.2012)

Höge, Th./Glaser, J. (2005): **Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften**. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd18.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 27.10.2012).

Horner, Judith (2011): **Zufriedenheitsanalyse im Alten- und Pflegeheim**. Evaluierung der Betreuungsqualität und der Angehörigenarbeit aus der Perspektive von Angehörigen der Bewohner. Diplomarbeit des Fachhochschulstudiengangs Sozialmanagement, Linz 2011.

Huhn, Siegfried (2010): **Expertenstandard Sturzprophylaxe**, Österreichische Pflegezeitschrift: 10/05, S. 8-12. www.oegkv.at (Stand: 25.10.2012)

IG-Pflege (2012): **Belastungen**. <http://www.ig-pflege.at/hintergrund/belastungen.php> (Stand: 28.09.2012)

Initiative Elga (2012): **Information über die Honorarsituation von Ärzten für Allgemeinmedizin mit allen Kassen**. http://www.initiative-elga.at/ELGA/Gesundheitssystem_Daten_Fakten_Infos/Hausaerzte_Honorar.htm (Stand: 21.09.2012)

Jung, Reinhard/Trukeschitz, Birgit/Schneider, Ulrike (2007): **Informelle Pflege und Betreuung älterer Menschen durch erwerbstätige Personen in Wien: Darstellung von Dimension und Struktur auf Basis bisheriger Erhebungen**. Forschungsbericht 2/2007, Institut für Altersökonomie, WU. Wien.

Land Steiermark (2013): **Arbeitslosenquote in % nach Geschlecht**. http://www.wibis-steiermark.at/show_page.php?pid=109 (Stand: 20.04.2013)

Land Steiermark (2013a): **Einkommensstatistik 2011**. <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/74836137/DE/> (Stand: 22.04.2013)

Land Steiermark (2013b): **Pflege & Betreuung zu Haus - Finanzierung**. <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72773865/DE/> (Stand: 23.04.2013)

Lebenswelt Heim (2013): **Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs** <http://lwh.mmf.at/j31/index.php/wir/bundesverband> und <http://www.altenpflege-stmk.at/de/kooperation/item/79-kooperationen#.VWhjaLccTcs> (Stand: 29.05.2015).

Leete, Laura (2000): **Wage equity and employee motivation in nonprofit and for-profit organizations**. Journal of Economic Behavior & Organizations, Vol. 43 (2000) 423-446.

Markowitsch, Jörg/Helfer, Günter (2003): **Betriebliche Weiterbildung in Österreich und Europa**. <http://www.trainingineurope.com/mmedia/2007.06.27/1182942099.pdf> (Stand: 25.04.2013)

Medizininfo (2012): **Medizinische Problembereich im Alter Austrocknung – Exsikkose**. <http://www.medizininfo.de/geriatrie/problembereiche/austrocknung.shtml> (Stand: 27.10.2012)

Medizinische Universität Graz (2011): **Europäische Pflegequalitätserhebung 2011**. Graz

Mieterschutzverband (2014): **Neue Kategoriebeiträge ab September 2011**. <http://www.mieterschutzwien.at/index.php/2648/neue-kategoriebetraege-ab-september-2011/> (Stand: 27.05.2015)

Neumayr, Michaela/Schober, Christian (2012): **Giving in Austria. Einflussfaktoren auf das Spendeverhalten der österreichischen Bevölkerung**. NPO-Kompetenzzentrum und Abteilung für Nonprofit Management, WU. Wien

Nice (2010): **Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY**. <http://www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectivenessandcosteffectivenessstheqaly.jsp> (Stand: 27.10.2012)

NÖ Heime (2010): **Zufriedenheitsstudie in den NÖ Pflegeheimen der ARGE Heime NÖ**. St. Pölten. http://www.noehome.at/fileadmin/bilder/Aktuelles/Zuf-NOEges_EndBer-Kurzfassung_.pdf (Stand: 26.05.2015)

ÖBVP (2011): **Anstieg psychischer Leiden – Wirtschaftskrise bedrückt die österreichische Seele**. <http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/presse/%C3%96BVP-Pressemappe-18102011.pdf> (Stand: 27.10.2012)

Oe24 (2009): **Pro Jahr 5.000 Tote durch Spitalsinfektionen**. <http://www.oe24.at/oesterreich/politik/Pro-Jahr-5-000-Tote-durch-Spitalsinfektionen/485111> (Stand: 28.09.2012)

ÖHGB (2014): **Richtwerte** (gültig seit 1. April 2012. Österreichischer Haus- und Grundbesitzerbund Steiermark. <http://www.hausbesitzer.at/84-0-richtwert.html> (Stand: 26.05.2015)

ÖNB (2012): **Household Finance and Consumption Survey des Eurosystems 2010 Erste Ergebnisse für Österreich**. Geldpolitik und Wirtschaft Q3/12.

Osteoporose (2012): **Häufigkeit**. <http://www.osteoporose.co.at/haeufigkeit.html> (Stand: 25.10.2012)

- Pensionsversicherung (2012): **Selbstversicherung für pflegende Angehörige.**
http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=62521&p_tabid=4 (Stand: 28.10.2012)
- Pervan-Al Soqauer, Ina/Schober, Christian/Peric, Natasa/Gosch, Tobias (2013): **Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der Miteinander leben – Organisation für Betreutes Wohnen GmbH mittels einer SROI-Analyse.** Forschungsbericht, NPO & SE Kompetenzzentrum, WU. Wien.
- Pflegedienst24 (2014): **Wie viel kostet eine Heimhilfe bzw. mobile Betreuung?**
<http://mobilepflege.pd24.at/?gclid=CNOMldDD88QCFWH4wgodMZwAPA> (Stand: 27.05.2015)
- Pflegende-Haende (2012): **Kostenrechner.** http://www.pflegende-haende.at/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=192 (Stand 09.09.2012)
- Phillips, Ceri (2009): **What is a QALY?** Hayward Medical Communications,
<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/QALY.pdf> (Stand: 27.10.2012)
- PIK Projektbericht (2010): **PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung.**
http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Projektberichte/Projektbericht_2005_-_2010.pdf (Stand: 20.9.2012)
- Pochobradsky, Elisabeth/Bergmann, Franz/Brix-Samolenko, Harald/Laub, Renate (2005): **Situation pflegender Angehöriger.** Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien.
- Pochobradsky, Elisabeth/Bergmann, Franz/Brix-Samolenko, Harald/Laub, Renate (2005): **Situation pflegender Angehöriger.** Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien
- Psychotherapiepraxis (2014): **Kosten einer Paartherapie.**
http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/paartherapie/paartherapie_wien.phtml (Stand: 27.05.2015)
- Psyonline (2012): **Überblick: Kosten der Psychotherapie.**
<http://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie> (Stand: 08.10.2012)
- Rauscher, Olivia/Mildenberger, Georg/Krlev, Gorgi (2015): **„Wie werden Wirkungen identifiziert? Das Wirkungsmodell“** In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.41-57; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.
- Rechnungshofbericht (2011/2): **Wirkungsbereich der Bundeshauptstadt Wien: Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“.**
http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/wien/wien_2011_02/Wien_2011_02_2.pdf (Stand: 30.10.2012)
- Rechtsfreund (o.J.): **Schmerzensgeld - Heilungskosten - Verdienstentgang - Rechtsanwalt - Österreich – Literatur.** <http://www.rechtsfreund.at/schmerzensgeld.htm> (Stand: 27.10.2012)
- Reiche, Dagmar (2011): **Zu wenig Flüssigkeit bei älteren Menschen,** Gesundheit.
<http://www.gesundheit.de/medizin/alter-und-pflege/ernaehrung-im-alter/zu-wenig-fluessigkeit-bei-aelteren-menschen> (Stand: 27.10.2012)

Samariterbund (2014): **Essen auf Rädern – Wochenpaket.**

<http://www.samariterbund.net/pflege-betreuung/essen-auf-raedern/essen-auf-raedern-wochenpaket/preise/> (Stand: 26.05.2015)

Schmerzensgeld (2012): **Fallsuche.** <http://www.schmerzensgeld.info/search.aspx> (Stand: 27.10.2012)

Schneider, Friedrich/Dreer, Elisabeth (2013): **Volkswirtschaftliche Analyse eines rechtzeitigen Erkennens von Burnout.** Johannes Kepler Universität Linz. 2013.

Schneider, Ulrike/Trukeschitz, Birgit/Mühlmann, Richard/Jung, Reinhard, Ponocny, Ivo/Katzlinger, Magdalena/Östle, August (2009): **Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008.** Forschungsbericht, Institut für Altersökonomie, WU. Wien

Schober, Christian (2015): **„Wie können Wirkungen monetarisiert werden?“** In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.125-159; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

Schober, Christian (2011): **Kosten- und Leistungsstruktur von stationären Pflegeeinrichtungen in Wien.** Vergleich zwischen unterschiedlichen öffentlichen und nichtgewinnorientierten Trägern. Projektbericht NPO-Kompetenzzentrum. WU Wien.

Schober, Christian/Rauscher Olivia (2014): **„Was ist Impact? Gesellschaftliche Wirkungen von (Nonprofit) Organisationen. Von der Identifikation über die Bewertung bis zu unterschiedlichen Analyseformen.“**, Working Paper, NPO&SE Kompetenzzentrum WU Wien. Download unter: http://www.wu.ac.at/npo/competence/forschungsthemen/impact_gesellschaftliche_wirkungen_von_nonprofit_organisationen.pdf

Schober, Christian/Rauscher, Olivia (2014a): **Alle Macht der Wirkungsmessung?** In: Zimmer, Annette E./Simsa, Ruth (Hrsg.): Forschung zu Zivilgesellschaft, NPOs und Engagement. Quo vadis? Wiesbaden: Springer, S. 261-282.

Schober, Christian/Schober, Doris/Perić, Nataša/Pervan, Ena (2013): **Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien mittels einer SROI-Analyse.** Forschungsbericht, NPO & SE Kompetenzzentrum, WU. Wien.

Schober, Christian/Then, Volker (2015): **„Was ist eine SROI-Analyse? Wie verhält sie sich zu anderen Analyseformen? Warum sind Wirkungen zentral? Die Einleitung“** In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.1-22; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

SDE (2013): **Wohnassistenz – Soziale Dienste Ennstal.** <http://www.soziale-dienste-ennstal.at/leistungen/wohnnassistentz> (Stand: 25.04.2013)

Seniorenbetreuung24h (2012): **Preisangebot-Exklusiv Rund-um-die-Uhr-Betreuungsmodell.** <http://www.seniorenbetreuung24h.at/cenniky/preisangebot-exklusiv.pdf> (Stand: 09.09.2012)

Stangl-Taller (2013): **Die Systemische Familientherapie.** <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/PSYCHOTHERAPIE/Systemische-Familientherapie.shtml> (Stand: 25.04.2013)

Statistik Austria (2010a): **Zeitverwendungserhebung 2008/09.** http://www.statistik.at/web_de/static/durchschnittliche_zeitverwendung_pro_tag_samstag_-_sonntag_aller_personen__052100.pdf (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2010b): **Bruttostundenverdienste. Verdienste nach Berufsgruppen**

2010, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personen-einkommen/verdienststruktur/068380.html (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2011a): **Monatliche Verbrauchsausgaben der privaten Haushalte.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/verbrauchsangaben/konsumerhebung_2009_2010/index.html (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2011b): **Durchschnittliche Wohnungsgrößen nach Bundesländern und Gebäudetyp, 2011.** http://www.statistik.at/web_de/presse/074327/index.html (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2012a): **Allgemeiner Einkommensbericht.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personen-einkommen/allgemeiner_einkommensbericht/index.html (Stand: 29.09.2012)

Statistik Austria (2012b): **Bevölkerung nach Alter und Geschlecht.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (Stand: 10.10.2012)

Statistik Austria (2012c): **Jährliche Sterbetafeln 1947 bis 2011 für Österreich.** http://www.statistik.at/web_de/static/jaehrliche_sterbetafeln_1947_bis_2011__fuer_oesterr_eich_022707.pdf (Stand: 27.10.2012)

Statistik Austria (2013a): **Nettomonatseinkommen unselbstständig Erwerbstätiger nach Bundesland und Geschlecht – Jahresdurchschnitt 2013.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/nettomonatseinkommen/index.html

Statistik Austria (2013b): **Urlaubs- und Geschäftsreisen 2013.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/reisegewohnheiten/index.html (Stand: 27.05.2015)

Statistik Austria (2014a): **Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html

Statistik Austria (2014b): **Durchschnittliche Nettomiete und Betriebskosten von Hauptmietwohnungen nach Bundesland (Zeitreihe).** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/wohnen/wohnenkosten/index.html (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2014c): **Betreuungs- und Pflegedienste.** http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html (Stand: 28.05.2015)

Statistik Steiermark (2013): **Arbeitslosigkeit in der Steiermark. Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in der Steiermark und in den steirischen Bezirken.** <http://www.statistik.steiermark.at/cms/beitrag/11679685/109801486/> (Stand: 27.05.2015)

Steiermärkische Landesregierung (2015): **Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung über die Festsetzung des Eurowertes je LKF-Punkt sowie der Pflegegebühren der Allgemeinen Gebührenklasse für Fondskrankenanstalten ausgenommen Landeskrankenanstalten ab dem Jahr 2015.**

Then, Volker/ Schober, Christian (2015): **„Was bleibt zusammenfassend und mit Blick auf die Zukunft zu sagen?“** In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.219-226; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

Thiesmann (2005): **Interdisziplinäre Rahmenleitlinie zur Diagnostik und Behandlung von nosokomialen Harnwegsinfektionen geriatrischer Patienten im Kath. Marienkrankenhaus Hamburg.**

http://www.marienkrankenhaus.org/fileadmin/user_upload/downloads/Harnwegsinfektionen_Thiesmann.pdf (Stand: 27.10.2012)

Tovstentchouk, Ekaterina (2009): **Zusammenhang der Kommunikation mit dem Crossover Effekt von Burnout in Arbeitsteams.** Universität Wien.

Uniqa (2012): **Lebensversicherung.**

<http://www.uniqa.at/uniqaat/cms/privatkunden/lebensversicherung/Pflege--Vordenken.de.xhtml> (Stand: 25.10.2012)

Urlaub (2014): **Preise in der Haupt- bzw. Nebensaison von Agriturismo Sertofano und Linearis Holiday House.** <http://www.linearisertofano.eu/de/urlaub-mit-kindern-toskana.php> (Stand: 27.05.2015)

Van Den Brandhof, W. E./De Wit, G.A./De Wit, M. A. S./Van Duynhoven, Y. T. H. P. (2003): **Costs of gastroenteritis in The Netherlands.** Epidemiol. Infect., 132: 211–221.

Volkshilfe Steiermark 2013: **Pflegende Angehörige stark machen.**

<http://www.stmk.volkshilfe.at/Pflegestammtische> (Stand: 25.04.2013)

waff (2012): **Wir über uns.** <http://www.waff.at/wir-ueber-uns/> (Stand: 29.10.2012)

WAG (2014): **Assistenzgenossenschaft – persönliche Assistenz – wie bekomme ich persönliche Assistenz?** <http://www.wag.or.at/persoенliche-assistenz-pa/wie-bekomme-ich-pa/> (Stand: 26.05.2015)

Weicht (2013): **The making of ‚the elderly‘: Constructing the subject of care.** In: Journal of Aging Studies, S. 188-197

Wiener Städtische (2014): **Kosten für einen Einzelzimmerzuschlag.**

<https://www.wienerstaedtsche.at/privat/gesundheit/krankenhaus/sonderklasse-versicherung.html> (Stand: 26.05.2014)

Wifi Wien (2013): **Übersicht der Kursangebote des WIFI Wien – Persönlichkeitsentwicklung.**

<http://www.wifiwien.at/eshop/kursbuch.aspx/Pers%C3%B6nlichkeitsentwicklung/@/ZG/BH/> (Stand: 15.04.2013)

WPPA (2010): **Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft 2009.**

<http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/pdf/taetigkeitsbericht-2009.pdf> (Stand: 25.10.2012)

WRK (2014): **Wiener Rotes Kreuz. SeniorenbetreuerIn Basismodul.**

<https://kursbuchung.wrk.at/index.php?id=28&kathaupt=11&knr=15412002&kursname=BGS-ENB+-+SeniorenbetreuerIn+Basis> (Stand: 31.05.2015)

8 ANHANG

8.1 WIRKUNGSKETTEN

Tabelle 8-1: Wirkungsketten

Stakeholder	Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
BewohnerInnen	Kostenbeiträge	Pflege und Betreuung	Anzahl an Verrechnungstagen	keine Gefahr der Verwahrlosung erhöhtes Sicherheitsgefühl eingeschränkte Individualität eingeschränkte Privatsphäre (Zweibettzimmer) keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können verändertes psychisches Wohlbefinden verbesserter allg. physischer Zustand höhere Infektionsgefahr als zuhause längere Lebenserwartung ausgewogene und regelmäßige Ernährung höhere/geringere Kosten im Vergleich zum Alternativszenario geringerer Organisationsaufwand mehr soziale Kontakte	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt hätten (vgl. BewohnerInnenverteilung Alternativszenario)

				adäquate Freizeitangebote Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit Gewährleistung eines sauberen Umfelds Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen	
Angehörige	Bereitschaft den/die Angehörige/n im APH unterzubringen	Übernahme der Pflege und Betreuung Einbeziehen der Angehörigen	Anzahl der von APH übernommenen Verpflegstage	weniger physische, psychische und soziale Belastungen Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen Schuldgefühle, den/die Angehörige/n "abgeschoben" zu haben Möglichkeit auf Urlaub Zeitliche Entlastung Veränderte Beziehung zum Angehörigen (unbelastete Begegnung) Veränderte Beziehung zum Partner/der Partnerin (Beziehungskonflikte)	Anzahl der Angehörigen, deren Angehörige/r ohne APH anders fremdbetreut wäre

Hauptamtliche MitarbeiterInnen	Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Aus- bildung,...)	Zurverfügungstell- ung des Arbeitsplatzes Bereitstellung von Arbeits- mitteln Weiterbildungs- möglichkeiten	Anzahl an bezahlten Stunden Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen	Feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen erhöhte physische Beeinträchtigung höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz erhöhte psychomenteale Belastung Teamarbeit im Vergleich zu MD Know-how Gewinn durch Zusatzqualifikationen	Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich Möglichkeit eines Alternativjobs im Hilfskräftebereich (nur für nicht qualifizierte MA)
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen	Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Aus- bildung,...)	Zurverfügung- stellung einer ehrenamtlichen Position Bereitstellung von Arbeitsmitteln Weiterbildungsm öglichkeiten Sozialleistungen Koordination der Ehrenamtlichen	Anzahl an ehren- amtlichen Stunden Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz Know-how Gewinn Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Gemeinschaftsgefühl, Freundschaften	Möglichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements

Krankenhäuser	Vermittlung an APH	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von APH übernommenen PatientInnen	weniger Procuratio-Fälle geringerer verwaltungstechnischer Aufwand Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH Procuratio-Fälle im KH werden würden
Bund	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfe	Pflege und Betreuung Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB) Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung zukaufen würden Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH mithilfe von erwerbstätigen Angehörigen zurechtkommen

Land Niederösterreich bzw. Steiermark	Errichtungskosten Ausgleich der Nettoausgaben der APH	Betreuung und Pflege Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Steuereinnahmen Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Dienste Erfüllung des Versorgungsauftrages	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung oder mobile Dienste zukaufen würden Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl hervorruft
SV	Sachleistungen (Inkontinenzprodukte, Medikamente etc.)	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Pflege und Betreuung der BewohnerInnen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen Anzahl betreuter BewohnerInnen	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich (Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen, Krankentransporte)	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl der BewohnerInnen, bei denen auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt worden wäre (vgl. BewohnerInnenverteilung Alternativszenario)

AMS	N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Bereitstellung von Ausbildungsplätzen	Anzahl an beschäftigten u. ausgebildeten MitarbeiterInnen	Einsparung von Arbeitslosengeld/ Notstandshilfe zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären
LieferantInnen	Produkte/Dienstleistungen	Bezug von Produkten und Dienstleistungen um den Betrieb der APH zu ermöglichen	Anzahl und Umfang an abgenommenen Produkten/ Dienstleistungen	zusätzliche Aufträge	Aufträge, die durch andere Organisationen/ Firmen kompensiert werden könnten
Niedergelassene ÄrztInnen	Beratung und Austausch über medizinische Therapie	Übernahme von pflegerischen und medizinischen Verrichtungen	Anzahl an BewohnerInnen bei denen weniger Hausbesuche notwendig sind	Zeitersparnis	Anzahl KlientInnen, die auch ohne APH keinen Hausbesuch benötigen
EigentümerInnen	Gewinn/ Verlust Auflösung Rückstellungen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Verlust Umlagen für zentrale Leistungen	Ausbau der APH bzw. anderer Leistungsbereiche möglich/ Einschränkung der APH bzw. anderer Leistungsbereiche nötig	Umlagen für zentrale Leistungen die auch ohne APH entstanden wären
Einsatzorganisationen	N/A	Von APH übernommene Verrichtungen, die sonst einen Kranken-transport erfordern würden	Anzahl der BewohnerInnen, die keinen Kranken-transport benötigen	geringeres Einsatzaufkommen	BewohnerInnen, die auch ohne APH keinen Kranken-transport benötigen

PraktikantInnen	Arbeitszeit Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Praktikums Bereitstellung von Arbeitsmitteln	Anzahl an Praktikumsstunden	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz Teamarbeit Know-how Gewinn	Möglichkeit einer alternativen Praktikumsstelle
VermieterInnen und LiegenschaftseigentümerInnen	Errichtung von Alten- und Pflegeheimen	Unterbringung der BewohnerInnen in APH	Anzahl der Alten- und Pflegeheime die angemietet werden Anzahl der Mietwohnungen, die durch APH frei werden Anzahl der Mietwohnungen, die durch APH nicht verwahrlosen	Mieteinnahmen durch APH mögliche Mietpreisanpassung/-erhöhung Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	Anzahl der Wohnungen, die keine Mietpreisanpassung zulassen (Übernahme durch Familienmitglieder etc.)
SachwalterInnen	N/A	organisatorische Tätigkeiten	Art und Umfang der Leistungen die APH übernommen haben	Zeitersparnis	KlientInnen, die nicht besachwaltet werden

Allgemeine Bevölkerung	Spenden Sonstige Einnahmen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl und Umfang der erbrachten Leistungen, die für die allgemeine Bevölkerung wahrnehmbar sind	Sicherheitsgefühl Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	Anzahl der Personen, die nicht bereit sind für APH zu zahlen Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt
-------------------------------	-------------------------------	---	--	---	--

8.2 DATENTABELLE

Tabelle 8-2: Zuordnung von Daten und Quellenangaben

Stakeholder	Wirkungen (Outcome)	Indikatoren / Proxys	Daten	Quellen
Bewohnerinnen und Bewohner	keine Gefahr der Verwahrlosung	Proxy: Stundenlohn einer privaten Hausbedienerin/ Putzfrau Proxy: Zeitverwendung für Hygiene und	Stundensatz eines privaten Reinigungspersonals: € 12,50 Zeitverwendung pro Jahr: 626h u. 35 Min.	Interviews mit zwei privaten Reinigungspersonen, Statistik Austria 2010a, eigene Berechnung
	erhöhtes Sicherheitsgefühl	Proxy: Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530	Uniq, Schober et. al 2013, eigene Berechnung
	eingeschränkte Individualität - Bevormundung	Proxy: Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate	Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate: € 1.460	Albertus Magnus Volksschule 2013, eigene Berechnung
	eingeschränkte Privatsphäre (Zweibettzimmer)	Proxy: Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer pro Jahr	Kosten für ein Einzelzimmer pro Jahr pro Person: € 19.524,60	Statistik Austria 2014a, Wiener Städtische 2014

Bewohnerinnen und Bewohner	keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können	Proxy: Abfindungszahlung für den Verzicht auf Hauptmietrechte	durchschnittliche Umzugskosten: € 480,00 Marktpreisdifferenz für ein Jahr: € 206,78 € (NÖ) / € 276,41 (Stmk) drei Monatsmieten für die durchschnittlichen Maklergebühren: € 1.256,70 (NÖ)/ € 1.233 (Stmk)	Eigene Erhebung, Statistik Austria 2011b, Statistik Austria 2014b, ÖHGB 2014
	verändertes psychisches Wohlbefinden	Proxy: Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie)	Kosten Psychotherapie (Einheit á 50 Minuten): € 110 Dauer Kurztherapie: 25 Einheiten	Ellviva 2013, Psyonline 2013, eigene Berechnung
	verbesserter allg. physischer Zustand	Proxy: Folgekosten einer Schenkelhalsfrakturen, eines Harnwegsinfekts, einer Magen-Darm-Entzündung (Gastroenteritis)	Kosten Schenkelhalsfraktur: € 11.250 Kosten Harnwegsinfekt: € 425 Kosten Gastroenteritis: € 77 Folgekosten Mangelernährung: € 3.146,61 Folgekosten Medikamentenverwechslung: € 4.545,45 Folgekosten Dekubitalgeschwüre: € 19.692,00	Huhn 2010, Osteoporose 2012, Thiesmann 2005, Van Den Brandhof et al. 2003, Frei 2006, Grandt et al. 2005, Eibel 2012, eigene Berechnung
	höhere Infektionsgefahr als zuhause	Proxy: Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion	Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion: € 18.636,36	Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009, eigene Berechnungen
	längere Lebenserwartung	Proxy: Wert eines gesunden Lebensjahres (QALY)	Wert eines gesunden Lebensjahres: € 36.937,50	Nice 2010, eigene Berechnung

Bewohnerinnen und Bewohner	ausgewogene und regelmäßige Ernährung	Proxy: Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr	Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr: € 3.941,60	Samariterbund 2014
	Unzufriedenheit mit dem Essen	Proxy: Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen und einem À la carte – Menü	Mensa Mittagsmenü: € 5,39 A la carte Restaurant: € 24,10	Eurest 2014, Das Campus 2014, Noe Heime 2010
	höhere Kosten im Vergleich zum Alternativszenario	Differenz der Kostenbeiträge bei Existenz der APH im Vergleich zum Alternativszenario (alleine, bei Angehörigen, MD, Zukauf privater Betreuung, 24h- Betreuung, AWF, Pflegeheime, Krankenhaus)	Verlust bei „alleine“: € 4.371,40 (NÖ)/ € 6.992,59 (Stmk) Verlust „bei Angehörigen“: € 9.398,20 (NÖ)/ € 11.924,59 (Stmk) Verlust bei Zukauf MD: € 4.127,01 (NÖ)/ € 6.707,79 (Stmk) Gewinn bei Zukauf privater Betreuung: € 25.851,80 (NÖ)/ € 23.325,41 (Stmk) Verlust bei Zukauf AWF: € 5.773,11 (Stmk) Gewinn bei Zukauf 24h- Betreuung: € 21.270,91 (NÖ)/ € 18.697,92 (Stmk) Gewinn bei Procuratio-Fall: € 13.014,87 (NÖ)/ € 11.136,23 (Stmk) Verlust bei „verwahrlosen“: € 6.663,93 (NÖ)/€ 9.375,58 (Stmk) Verlust bei „versterben“: € 13.895,82 (NÖ)/€ 16.435,22 (Stmk)	Eigene Berechnung, GK-Agentur 2012, Interview Entlassungsmanagement, Seniorenbetreuung24h 2012, Pflegerische-Haende 2012, WPAA 2010, Help 2012, Schober et al. 2013, Pervan Al-Soqauer 2013

Bewohnerinnen und Bewohner	geringerer Organisationsaufwand	Proxy: Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten multipliziert mit den Kosten für eine persönliche Assistenz	Zeitverwendung pro Tag: 75 Minuten, Kosten persönliche Assistenz: 22 €	Statistik Austria 2010a, WAG 2014
	mehr soziale Kontakte	Proxy: Zeitverwendung für soziale Kontakte Multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	Zeitverwendung pro Tag: 93 Minuten, Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 12,79 €	Statistik Austria 2010a, Statistik Austria 2010b
	adäquate Freizeitangebote	Kosten für Seniorenanimation	Bruttostundengehalt: € 50,08	Pervan-Al Soquauer et al. 2013
	Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit	Proxy: Kosten für eine Wohnassistenz für ein Jahr	Höhe der Kosten: € 12.775	SDE 2013, eigene Berechnung
	Gewährleistung eines sauberen Umfelds	Proxy: Stundenlohn einer privaten HausbedienerIn multipliziert mit Zeitverwendung für Hygiene	Stundensatz eines privaten Reinigungspersonals: € 12,50 Zeitverwendung pro Jahr: 626h u. 35 Min.	Interviews mit zwei privaten Reinigungspersonen, Statistik Austria 2010a, eigene Berechnung
	Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen	Proxy: Kosten für eine systemische Familientherapie	Kosten Familientherapie (Einheit á 90 Minuten): € 160 Dauer Kurztherapie: 6 Einheiten	Stangl-Taller 2013, Hainz 2013, eigene Berechnung
	Wahrung der Selbständigkeit und Vermeidung von Bevormundung	Proxy: Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate	Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate: € 1.460	Albertus Magnus Volksschule 2013, eigene Berechnung

Angehörige	weniger psychische Belastung	Proxy: Folgekosten Burnout	Folgekosten Burnout (Szenario 2): € 16.850	Pochobradsky et al. 2005, Schneider 2013
	weniger physische Belastung	Proxy: Folgekosten von Rückenproblemen	Folgekosten Rückenprobleme: € 2.303	Pochobradsky et al. 2005, Göbel 2001
	geringere soziale Belastung	Proxy: Zeitverwendung für soziale Kontakte Multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	Zeitverwendung pro Tag: 93 Minuten, Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 12,79 €	Statistik Austria 2010a, Statistik Austria 2010b
	Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist	Proxy: Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung pro Jahr	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530	Uniq, Schober et. al 2013, eigene Berechnung
	Möglichkeit der Erwerbsarbeit uneingeschränkt nachzugehen	dadurch erzielt Einkommen	Durchschnittliches Bruttojahresgehalt: € 27.455 Vollzeit, € 16.117 Teilzeit	Land Steiermark 2013a, Statistik Austria 2013a
	Schuldgefühle	Proxy: Höhe der Kosten für Geldgeschenke von Eltern an Kindern und Jugendlichen	Höhe der Geldgeschenke: € 2.880	Gabanyi et al. 2007,
	Möglichkeit auf Urlaub	Proxy: Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison	Differenz Inland: € 210 Differenz Ausland: € 126	Statistik Austria 2013b, Urlaub 2014

	zeitliche Entlastung für Pflege	Proxy: Durchschnittlicher Zeitaufwand der pflegende Angehörige für Pflegetätigkeiten pro Jahr Multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	Zeitaufwand pro Jahr: 2.340 Stunden Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 12,79 €	Schneider et al. 2009, Statistik Austria 2010b
	Verbesserte Beziehung zum Angehörigen	Proxy: Kosten für eine systemische Familientherapie	Kosten Familientherapie (Einheit á 90 Minuten): € 160 Dauer Kurztherapie: 6 Einheiten	Stangl-Taller 2013, Hainz 2013, eigene Berechnung
	verbesserte Beziehung zum Partner	Proxy: Kosten einer Paartherapie	Kosten Paartherapie (Einheit á 90 Minuten): € 120 Dauer Therapie: 7 Einheiten	Psychotherapiepraxis 2014, Pochobradsky et al. 2005
Hauptamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	Feste Beschäftigung und fixes Einkommen	Höhe des zusätzlich verfügbaren Einkommens pro VZÄ-MitarbeiterIn	zusätzlich verfügbares Einkommen Pflege- und Betreuungspersonal: € 36.551.266,13 (NÖ)/ € 53.813.310,97 (Stmk) zusätzlich verfügbares Einkommen sonstiges Personal: € 4.553.910,60 (NÖ)/ € 10.372.477,71 (Stmk)	Erhebung Organisation, eigene Berechnung
	erhöhte physische Beeinträchtigung	Proxy: Folgekosten von Rückenproblemen	Folgekosten Rückenprobleme: € 2.303	Pochobradsky et al. 2005, Göbel 2001
	höhere Sensibilisierung fürs Älterwerden	Proxy: Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst einer VZÄ-MitarbeiterIn DGKS/PH/HH	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung

	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	Proxy: Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich	Gehaltsunterschied brutto pro Stunde: € 6,17	Leete 2000
	Verbesserung der Sozialkompetenz	Proxy: Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")	Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen: € 1.500	Egos 2012
	erhöhte psychomenteale Belastung	Proxy: Folgekosten von Burnout	Folgekosten von Burnout: € 9.375 (Szenario 1)	Pochobradsky et al. 2005, Schneider 2013
	Teamarbeit	Proxy: Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeiten	Kurskosten für „Teambuilding“: € 1.260,-	Wifi Wien 2013
	Weiterbildungsmöglichkeiten	Aufwand für Fort- und Weiterbildungen für 2013	Höhe Weiterbildungsaufwand: € 1.869.594,67 (NÖ)/ € 2.385.840,53 (Stmk) Anteil Unternehmen, die Weiterbildungen anbieten: 72%	Erhebung Organisation, Markowitsch/Helfer 2003
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	Proxy: Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	Höhe Verdienstentgang: € 1.840,50	Eigene Berechnungen, Erhebung Organisation,
	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	Proxy: Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn	Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn: € 91,40	Neumayr und Schober 2012
	Verbesserung der Sozialkompetenz	Proxy: Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")	Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen: € 1.500	Egos 2012

	Know-How Gewinn	Proxy: Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche	Kosten für einen Basiskurs: € 150	WRK 2014
	Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Gemeinschaftsgefühl, Freundschaften	Proxy: Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr	Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr: € 200	FCWIEN 2014
Krankenhäuser	Verhinderung von Procuratio-Fällen	Kosten eines Krankenhaustages für Procuratio-Fälle	Kosten Procuratio-Fall: € 583 (NÖ)/€ 470,64 (Stmk)	persönliche Auskunft der niederösterreichischen Landesregierung 2015, steiermärkische Landesregierung 2015
	geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	Proxy: Verdoppelung der Anzahl der EntlassungsmanagerInnen	25,47 VZÄ (NÖ)/25,09 VZÄ (Stmk)	PIK Projektbericht, Erhebung Organisation, eigene Berechnung
	Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	Proxy: Diagnoseaufwand multipliziert mit dem Personalaufwand einer TurnusärztIn	Diagnoseaufwand: 1,5 Stunden Personalaufwand TurnusärztIn: € 3.400 brutto	Ärztammer 2015
Bund	zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	Höhe der zusätzlichen Steuer- u. Abgabeneinnahmen	Zusätzliche Steuer- u. Abgabeneinnahmen: € 32.085.272(NÖ)/€ 33.939.605(Stmk)	Erhebung Organisation
	Einsparung von 24h Pflegeförderung 60%	Höhe der eingesparten 24h-Betreuungs-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550	BMASK 2012

	Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Höhe der eingesparten Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Höhe des Beitrages der Selbstversicherung pro Angehörigen: € 358,04	Erhebung BMASK
	Einnahmen aus der Ausgleichstaxe für das Behinderteneinstellungsgesetz	Höhe der Einnahmen aus der Ausgleichstaxe für das Behinderteneinstellungsgesetz	Höhe der Einnahmen: € 293.409 (NÖ)/ € 703.626(Stmk)	Erhebung Organisation
Land	Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgaben	Höhe der Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgaben	Höhe der Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgabe: € 700.095(Stmk)	Erhebung Organisation
	Einsparung 24h Betreuung Förderung 40%	Höhe der eingesparten 24h-Betreuung-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550	BMASK 2012
	Einsparungen mobile Dienste	Förderhöhe pro KlientIn	Förderhöhe pro KlientIn: 6.889,15 €	Schober et al. 2013
Sozialversicherungs-träger	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	Höhe der zusätzlich generierten SV-Beiträge	Zusätzliche SV-Beiträge: € 55.461.330 (NÖ)/ € 66.912.495 (Stmk)	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung
AMS	Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe u. Krankenkassenbeiträgen	Höhe des eingesparten Arbeitslosengeldes	Höhe des eingesparten ALG: € 59.201.970 (NÖ)/ € 74.378.913 (Stmk)	AMS 2013a, eigene Berechnung
LieferantInnen	Zusätzliche Aufträge	Höhe der zusätzlichen Aufträge	Höhe der zusätzlichen Aufträge: € 38.967.092(NÖ)/ € 47.888.113(Stmk)	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung

ÄrztInnen	weniger Hausbesuche	Proxy: Differenz zwischen Stundensatz für Hausbesuch Stundensatz der Praxis	Stundensatz Hausbesuch: € 37 Stundensatz Praxis: € 61,59	Initiative Elga ,Interviews
Eigentümerinnen und Eigentümer	Ausbau/Einschränkung des Bereiches APH möglich/nötig	Jahresüberschuss/Jahresverlust	Jahresverlust: -€ 89.753 (NÖ) -€ 9.520.280 (Stmk)	Erhebung Organisation, eigene Berechnungen
	Umlagen für zentrale Leistungen	Höhe der Umlagen für zentrale Leistungen	Höhe der Umlagen für zentrale Leistungen: € 12.911.589 (Stmk)	Erhebung Organisation
Einsatz- organisationen	geringeres Einsatzaufkommen	Kosten Krankentransport	Kosten Krankentransport: 73,92	eigene Berechnungen, Interviews
PraktikantInnen	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	Proxy: Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	Höhe Verdienstentgang: € 1.840,50	eigene Berechnungen, Erhebung Organisation,
	Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	Proxy: Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn	Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn: € 91,40	Neumayr und Schober 2012
	Verbesserung der Sozialkompetenz	Proxy: Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")	Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen: € 1.500	Egos 2012
	Teamarbeit	Proxy: Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeiten	Kurskosten für „Teambuilding“: € 1.260,-	Wifi Wien 2013
	Know-How Gewinn durch Zusatzqualifikationen	Proxy: Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche	Kosten für einen Basiskurs: € 150	WRK 2014
VermieterInnen u. Liegen-	Mieteinnahmen Gebäude APH	Höhe der Mieteinnahmen	Mieteinnahmen: € 24.982.904(NÖ)/ € 25.109.492 (Stmk)	Erhebung Organisation, eigene Berechnungen

schaftseigen-tümerInnen	Mieterhöhung/Mietpreis-anpassung	Proxy: Mieterhöhung bei Altmietzins Mietverträgen bei Übergabe an Verwandte mit Mietzins einer Kategorie A-Wohnung und bei Übergabe an Dritte mit Richtwert des Mietzins 2013	Altmietzins: € 0,97 Kategoriesatz Kategorie A-Wohnung 2013: 3,25 Richtwert Mietzins 2013: € 5,29 (NÖ)/ € 7,11 (Stmk)	Statistik Austria 2011b, Mieterschutzverband 2014, ÖHGB 2014, Interviews, eigene Berechnungen, Recherche
	Verhinderung von Verwahrlosung	Proxy: Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung	Räumungs- und Reinigungskosten: € 2.000	Interviews, eigene Berechnungen
SachwalterInnen	Zeitersparnis	Proxy: Anzahl Sachwalter, die KlientInnen bei APH haben mit Zeitersparnis und durchschnittlichem Stundensatz eines österr. Angestellten und eines Rechtsanwaltes	Zeitersparnis/Monat: 1,5 h Bruttostundensatz österr. Angestellter: € 15,09 Stundensatz Rechtsanwalt: € 180	Statistik Austria 2010b, Interviews, Anwalt Veith
Allgemeine Bevölkerung	Sicherheitsgefühl	Proxy: Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: €530 Personen über 40 Jahre: 912.397 (NÖ) 673.058 (Stmk)	Uniq, Statistik Austria 2012b
	Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	dadurch verlorenes Einkommen	Durchschnittliches Bruttojahresgehalt: € 27.455 Vollzeit, € 16.117 Teilzeit	Land Steiermark 2013a, Statistik Austria 2013a

Im Auftrag von Lebenswelt Heim, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs



In Kooperation mit



LANDESVERBAND
**ALTENPFLEGE
STEIERMARK**

NÖheime
ARGE DER PENSIONISTEN- UND PFLEGEHEIME



**Das Land
Steiermark**

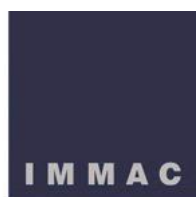
→ Gesundheit und Pflegemanagement



GRAZ
GERIATRISCHE
GESUNDHEITZENTREN

Näher am Menschen
SeneCura
Kliniken und Heime

Mit freundlicher Unterstützung von



... für starke Partnerschaften

WKO
WIRTSCHAFTSKAMMER ÖSTERREICH



heime • steiermark

INFOS UND KONTAKT

NPO & SE Kompetenzzentrum

Welthandelsplatz 1, 1020 Wien

T +43-1-313 36-5878

F +43-1-313 36-5824

npo-kompetenz@wu.ac.at

[**www.npo.or.at**](http://www.npo.or.at)