

Flavia-Elvira Bogorin, MSc  
Mag.<sup>a</sup> Olivia Rauscher  
Dr. Christian Schober

# Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland mittels einer SROI-Analyse

Wien, März 2019

**WU**  
WIRTSCHAFTS  
UNIVERSITÄT  
WIEN VIENNA  
UNIVERSITY OF  
ECONOMICS  
AND BUSINESS





**Impressum:**

Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen  
und Social Entrepreneurship  
Welthandelsplatz 1, Gebäude D2, Eingang E, 3.OG  
1020 Wien  
Tel.: +43 1 31336 5878  
[npo.or.at](http://npo.or.at)

Wien, März 2019

**Kontakt:**

Flavia-Elvira Bogorin, MSc [flavia-elvira.bogorin@wu.ac.at](mailto:flavia-elvira.bogorin@wu.ac.at)

Copyright © NPO & SE Kompetenzzentrum



# Vorbemerkung

---

Die vorliegende Studie wurde vom NPO & SE Kompetenzzentrum der WU Wien im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für HeimleiterInnen und PflegedienstleiterInnen der Alten- und Pflegeheime Burgenlands erstellt. Es handelt sich um eine Wirkungsanalyse, genauer gesagt, wurde die Methode der Social Return on Investment (SROI)-Analyse angewandt.

Die Studie baut auf den Ergebnissen der Vorgängerstudie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der steirischen und niederösterreichischen Alten- und Pflegeheime mittels einer SROI-Analyse auf. Nichts desto trotz wurden detaillierte Datenerhebungen in den Alten- und Pflegeheimen sowie bei einzelnen Stakeholdern durchgeführt. In diesem Zusammenhang gilt es all jenen zu danken, die hier mitgewirkt haben, allen voran den Verantwortlichen der Alten- und Pflegeheime, für die umfassende Bereitstellung der Daten.

Allen VertreterInnen der Arbeitsgruppe, darunter, in alphabetischer Reihenfolge, Herr Berghofer, Herr DSA Crass, Frau Deutsch, Frau Eresheim, MAS, Frau Mag. Lehto, Frau Muhr, Frau Prenner, Herr Mag. Seper, MSc, Frau Spath, MAS, Frau Sulzbacher, MSc, Herr Tschürtz, BA, sei herzlichst für die stets produktive Zusammenarbeit in angenehmer Atmosphäre gedankt. Besonders möchten wir uns auch bei Herrn Berghofer bedanken, der an der Initiierung der Studie wesentlich beteiligt und uns stets mit Informationen und Daten behilflich war.

Ein herzlicher Dank gebührt vor allem Herrn DSA Crass von der Abteilung 6 des Amtes der Burgenländischen Landesregierung für die sehr umfassenden und komplexen Datenauswertungen, die er uns zur Verfügung gestellt hat. Auch Frau Mag. Lehto und Herr Tschürtz, BA haben uns im Rahmen dieser Studie unterstützt, wofür wir uns bedanken wollen.

Nicht zuletzt sei unseren KollegInnen Katharina Weberberger und Gabriel Tanios für deren Unterstützung im Rahmen der Studie gedankt.

Ohne das Zutun all dieser Personen wäre die Studie in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen.

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 15.März 2019

Mag.<sup>a</sup> Olivia Rauscher

Dr. Christian Schober

Flavia-Elvira Bogorin, MSc



# Inhalt

---

<b>Executive Summary</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>18</b>
1.1. Ausgangssituation .....	18
1.2. Stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen .....	18
1.3. Ziel der Studie .....	20
1.4. Aufbau des Berichts .....	21
<b>2. Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>22</b>
2.1. Wirkungsanalyse .....	22
2.2. Social Return on Investment – Analyse .....	24
<b>3. Umfang der Analyse</b> .....	<b>28</b>
3.1. Konzeptionalisierung .....	28
3.2. Identifizierung der Stakeholder .....	28
3.3. Datenerhebung .....	32
<b>4. Analyse der Einnahmen und Ausgaben</b> .....	<b>34</b>
<b>5. Berechnung der Wirkungen</b> .....	<b>36</b>
5.1. BewohnerInnenverteilung .....	36
5.2. Bewohnerinnen und Bewohner .....	41
5.2.1. Wirkungskette BewohnerInnen .....	43
5.2.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	44
5.3. Angehörige .....	52
5.3.1. Wirkungskette Angehörige .....	54
5.3.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	54
5.4. Hauptamtliche Mitarbeitende .....	58
5.4.1. Wirkungskette hauptamtliche Mitarbeitende .....	59
5.4.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	59
5.5. Ehrenamtliche Mitarbeitende .....	63
5.5.1. Wirkungskette ehrenamtliche Mitarbeitende .....	63
5.5.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	64
5.6. Krankenhäuser .....	66
5.6.1. Wirkungskette Krankenhäuser .....	66
5.6.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	67
5.7. Bund .....	68

5.7.1.	Wirkungskette Bund.....	68
5.7.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	69
5.8.	Land Burgenland .....	70
5.8.1.	Wirkungskette Land Burgenland .....	70
5.8.2.	Berechnungen stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen .....	71
5.9.	Gemeinden .....	72
5.9.1.	Wirkungskette Gemeinden .....	72
5.9.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	72
5.10.	Sozialversicherungsträger.....	73
5.10.1.	Wirkungskette Sozialversicherungsträger.....	73
5.10.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	74
5.11.	AMS.....	75
5.11.1.	Wirkungskette AMS.....	75
5.11.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	76
5.12.	Lieferantinnen und Lieferanten .....	77
5.12.1.	Wirkungskette LieferantInnen .....	77
5.12.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	77
5.13.	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte .....	79
5.13.1.	Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte .....	79
5.13.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	79
5.14.	Eigentümerinnen und Eigentümer .....	80
5.14.1.	Wirkungskette Eigentümerinnen und Eigentümer .....	80
5.14.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	80
5.15.	Einsatzorganisationen .....	81
5.15.1.	Wirkungskette Einsatzorganisationen .....	81
5.15.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	81
5.16.	Praktikantinnen und Praktikanten .....	83
5.16.1.	Wirkungskette Praktikantinnen und Praktikanten .....	83
5.16.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	84
5.17.	VermieterInnen, LiegenschaftseigentümerInnen und GebäudeerrichterInnen .....	85
5.17.1.	Wirkungskette VermieterInnen .....	85
5.17.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	86
5.18.	Sachwalterinnen und Sachwalter .....	88
5.18.1.	Wirkungskette SachwalterInnen .....	88
5.18.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	88
5.19.	Allgemeine Bevölkerung von Burgenland .....	89
5.19.1.	Wirkungskette allgemeine Bevölkerung im Burgenland .....	89
5.19.2.	Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	90
5.20.	SROI-Wert – Gesamtberechnung und Szenarioberechnung .....	91
5.20.1.	SROI-WERT – Gesamtberechnung .....	91
5.20.2.	Szenarioberechnung .....	94
<b>6.</b>	<b>Resümee.....</b>	<b>97</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>101</b>

<b>8.</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>109</b>
8.1.	Wirkungsketten .....	109
8.2.	Datentabelle .....	115

# Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 2-1: Wirkungskette.....	22
Abbildung 2-2: SROI-Analyse im Überblick.....	24
Abbildung 2-3: Grundlegende Schritte der SROI-Analyse.....	26
Abbildung 3-1: Für die Analyse wesentliche Stakeholder .....	29
Abbildung 5-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten .....	93

# Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen - Gesamtbetrachtung Burgenland.....	16
Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse.....	28
Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder.....	29
Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder .....	31
Tabelle 3-4: Engagement-Plan der Vorgängerstudie.....	33
Tabelle 4-1: Einnahmen .....	35
Tabelle 4-2: Ausgaben .....	35
Tabelle 5-1: BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen im Burgenland .....	40
Tabelle 5-2: Wirkungskette BewohnerInnen.....	43
Tabelle 5-3: monetarisierte Wirkungen der BewohnerInnen .....	44
Tabelle 5-4: Wirkungskette Angehörige.....	54
Tabelle 5-5: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen .....	55
Tabelle 5-6: Wirkungskette hauptamtliche Mitarbeitende.....	59
Tabelle 5-7: monetarisierte Wirkungen der hauptamtlichen Mitarbeitenden .....	60
Tabelle 5-8: Wirkungskette ehrenamtliche Mitarbeitende.....	63
Tabelle 5-9: monetarisierte Wirkungen der ehrenamtlichen Mitarbeitenden .....	64
Tabelle 5-10: Wirkungskette der Krankenhäuser .....	66
Tabelle 5-11: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser .....	67
Tabelle 5-12: Wirkungskette des Bundes.....	68
Tabelle 5-13: monetarisierte Wirkungen des Bundes.....	69
Tabelle 5-14: Wirkungskette des Landes Burgenland .....	70
Tabelle 5-15: monetarisierte Wirkungen des Landes Burgenland .....	71
Tabelle 5-16: Wirkungskette der Gemeinden .....	72

Tabelle 5-17: monetarisierte Wirkungen der Gemeinden .....	73
Tabelle 5-18: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger .....	74
Tabelle 5-19: monetarisierte Wirkungen der Sozialversicherungsträger .....	74
Tabelle 5-20: Wirkungskette des AMS .....	76
Tabelle 5-21: monetarisierte Wirkungen des AMS.....	76
Tabelle 5-22: Wirkungskette der LieferantInnen .....	77
Tabelle 5-23: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen.....	77
Tabelle 5-24: Wirkungskette der niedergelassenen ÄrztInnen .....	79
Tabelle 5-25: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen .....	79
Tabelle 5-26: Wirkungskette der EigentümerInnen .....	80
Tabelle 5-27: monetarisierte Wirkungen der EigentümerInnen .....	80
Tabelle 5-28: Wirkungskette der Einsatzorganisationen.....	81
Tabelle 5-29: monetarisierte Wirkungen der Einsatzorganisationen .....	82
Tabelle 5-30: Wirkungskette PraktikantInnen .....	83
Tabelle 5-31: monetarisierte Wirkungen der PraktikantInnen.....	84
Tabelle 5-32: Wirkungskette der VermieterInnen .....	86
Tabelle 5-33: monetarisierte Wirkungen der VermieterInnen .....	86
Tabelle 5-34: Wirkungskette der SachwalterInnen.....	88
Tabelle 5-35: monetarisierte Wirkungen der SachwalterInnen.....	88
Tabelle 5-36: Wirkungskette der allgemeinen burgenländischen Bevölkerung .....	89
Tabelle 5-37: monetarisierte Wirkungen der allgemeinen burgenländischen Bevölkerung .....	90
Tabelle 5-38: Berechnung SROI-Wert .....	91
Tabelle 5-39: Investitionen und Profite der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland - Gesamtbetrachtung 2016 .....	91
Tabelle 5-40: Investitionen und Profite der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland - Gesamtbetrachtung nach Sensitivitätsanalyse, 2016.....	94
Tabelle 8-1: Wirkungsketten.....	109
Tabelle 8-2: Zuordnung von Daten und Quellenangaben .....	115



# Abkürzungsverzeichnis

---

AMS	Arbeitsmarktservice
APH	Alten- und Pflegeheime
DGKP/S	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-schwester
N/A	Nicht vorhanden
SROI	Social Return on Investment
TZ	Teilzeit
VZÄ	Vollzeitäquivalent

# Executive Summary

---

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt von der Arbeitsgemeinschaft für HeimleiterInnen und PflegedienstleiterInnen der Alten- und Pflegeheime Burgenlands den Auftrag, die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland zu analysieren. Die Analyse beruht auf der vom Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, für das Jahr 2013, beauftragten Studie zu den Wirkungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark. Der Beobachtungszeitraum der gegenwärtigen Analyse bezieht sich auf das Jahr 2016.

**Die Evaluation erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Then/ Schober/ Rauscher/ Kehl (2017) herausgegebenen Handbuch „Social Return on Investment Analysis. Measuring the Impact of Social 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 ergebene 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 beispielsweise doppelt so wertvolle gesellschaftliche Wirkungen wie Investitionen.

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

Die **Forschungsfrage 1** lautet: „Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfalten die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland bei den relevanten Stakeholdergruppen?“

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

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

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland erfüllen. Sie identifiziert darüber hinaus vor allem Wirkungen für unterschiedliche Gruppen,

die mit den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen in Kontakt stehen, sogenannten Stakeholdern. Als Stakeholder wurden folgende Gruppen identifiziert: BewohnerInnen, Angehörige, Mitarbeitende, Ehrenamtliche, Krankenhäuser, Bund, Land Burgenland, Gemeinden, 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 2016 **monetarisierter Wirkungen in der Höhe von rund 303 Mio. Euro für Burgenland. Demgegenüber stehen Investitionen von rund 84 Mio. Euro.** Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen zur Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 3,62. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,62 Euro schafft.**

Die bedeutendsten positiven Wirkungen entstehen für die **BewohnerInnen**, gefolgt von den **Krankenhäusern. Beide Stakeholder vereinen gemeinsam um die 64% der Gesamtwirkungen auf sich.**

**Zusammenfassend wird deutlich, dass die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland sehr wirkungsvoll sind. Die monetarisierten Wirkungen der Organisationen, bezogen auf das Jahr 2016, waren rund 3,6 Mal so hoch wie die getätigten finanziellen Investitionen.** Im Unterschied zur Vorgängerstudie ist der SROI-Wert hier höher, was v.a. an der Verwendung anderer Datenquellen sowie der fachlichen Weiterentwicklungen bezüglich Indikatorenbildung und Deadweightberechnungen liegt.

Nachstehende Tabelle 0-1 stellt eine Gesamtbetrachtung der Investitionen und Profite (monetarisierte Wirkungen) der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland für das Jahr 2016 dar:

**Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen - Gesamtbetrachtung Burgenland**

Stakeholder	Investitionen in APH		Wirkungen und Profite von APH	Anteil am Profit
<b>BewohnerInnen</b>	Kostenbeiträge	€ 36.122.002	z.B. keine Gefahr der Verwahrlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre	44,4%
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an APHs	-	z.B. weniger Procuratiofälle, geringerer Verwaltungsaufwand	19,4%
<b>Angehörige</b>	-	€ 4.691.554	z.B. verbesserte Beziehung zu den Pflegebedürftigen, weniger psychische und physische Belastungen	11,0%
<b>Mitarbeitende</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	6,2%
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Sonstige Einnahmen	€ 3.503.258	z.B. Sicherheitsgefühl	6,1%
<b>AMS</b>	-	-	z.B. Einsparung von Arbeitslosengeld	3,4%

<b>SV</b>	Inkontinenzprodukte	€ 557.611	z.B. zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	€ 9.056.535	3,0%
<b>Bund</b>	Förderungen	€ 4.985.690	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 7.552.940	2,5%
<b>EigentümerInnen</b>	Zuführung zu Rücklagen	€ 557.738	finanzieller Gewinn; Zuweisung zu Rücklagen	€ 2.973.875	1,0%
<b>VermieterInnen</b>	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	z.B. Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 2.652.807	0,9%
<b>LieferantInnen</b>	Produkte/ Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 2.345.325	0,8%
<b>PraktikantInnen</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 1.288.631	0,4%
<b>Land Burgenland</b>	Förderungen	€ 14.168.830	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 913.240	0,3%
<b>Gemeinden</b>	Förderungen	€ 14.168.830	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 913.240	0,3%
<b>Einsatzorganisationen</b>	-	-	geringeres Einsatzaufkommen	€ 899.945	0,3%
<b>SachwalterInnen</b>	organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 240.154	0,1%
<b>Ehrenamtliche</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. positives Gefühl, Wertschätzung	€ 226.930	0,1%
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	-	-	weniger Hausbesuche	€ 52.286	0,0%
<b>andere Bundesländer</b>	Einnahmen von anderen Sozialhilfeträgern	€ 5.096.700	-	-	0,0%
<b>SROI</b>		<b>€ 83.852.211</b>		<b>€ 303.182.643</b>	<b>3,62</b>

# 1. Einleitung

---

## 1.1. AUSGANGSSITUATION

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt von der Arbeitsgemeinschaft für HeimleiterInnen und PflegedienstleiterInnen der Alten- und Pflegeheime Burgenlands den Auftrag, die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland zu analysieren. Hintergrund der Studie ist, dass für das Jahr 2013 bereits eine solche Analyse vom Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs für die Bundesländer Niederösterreich und Steiermark beauftragt wurde. Damals wurde vereinbart, dass diese Analyse und die dort verwendeten Indikatoren auch für andere Bundesländer herangezogen werden dürfen. Daraufhin hat Herr Berghofer, Geschäftsführer des Haus St. Vinzenz, die Initiative ergriffen und im Namen der ARGE Burgenland die vorliegende Studie beauftragt. Konkret soll der soziale Mehrwert für die Gesellschaft sichtbar gemacht werden, der durch die Alten- und Pflegeheime im Burgenland generiert werden konnte.

Um die Wirkung der angebotenen Dienstleistungen, ähnlich wie in der Vorgängerstudie, in der gewünschten Breite messen und analysieren zu können, wurde entschieden, erneut eine Social Return on Investment (SROI) Analyse durchzuführen. Die Analyse wurde für das Jahr 2016 erstellt und hat den sogenannten SROI-Wert als Spitzenkennzahl 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 aus grauer und wissenschaftlicher Literatur zur Verfügung stehenden Informationen möglichst akkurat zu berücksichtigen.

## 1.2. STATIONÄRE ALTEN- UND PFLEGEINRICHTUNGEN

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 hochaltigen 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 (BMASK 2014a). Die Auswertung von 438 Angehörigengesprächen im Jahr 2016 ergab sogar einen Anteil von 80,8% weiblichen pflegenden Angehörigen (BMASK 2017). 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 der Pflegebedürftigen hängt ab dem Eintritt in ein Alten- und Pflegeheim stark von den Rahmenbedingungen (Ausstattung, BewohnerInnen, Mitarbeitende, etc.), in der jeweiligen Einrichtung ab (Horner 2011). Entsprechend bedeutend ist eine Analyse der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen um letztlich die gesamtgesellschaftliche Rolle der Alten- und Pflegeheime sichtbar zu machen. In der vorliegenden Studie, die von der Arbeitsgemeinschaft für HeimleiterInnen und PflegedienstleiterInnen der Alten- und Pflegeheime Burgenlands in Auftrag gegeben wurde, werden die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland analysiert.

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 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. 2015).

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. 2015).

Derzeit zeigt sich die Pflegelandschaft in Österreich sehr vielfältig. Je nach Pflegebedarf gibt es unterschiedliche Dienstleistungen und Wohnformen. Zu den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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.

Im Burgenland lebten im Jahr **2016 3.136 Personen** in den burgenländischen Alten- und Pflegeheimen, wobei Personen mit einem psychosozialen Betreuungsschwerpunkt exkludiert wurden. Aus bestehenden Statistiken der Burgenländischen Landesregierung ergeben sich rund **2.027 belegte Plätze** in den inkludierten Alten- und Pflegeheimen zum Stichtag 31.12.2016<sup>1</sup>. Der Großteil der BewohnerInnen ist weiblich (72%). Die BewohnerInnen sind durchschnittlich 83,4 Jahre alt.

### 1.3. ZIEL DER STUDIE

Ziel der hier skizzierten Studie ist die Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen des Bereichs der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen. 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 2016 herangezogen.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: „Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfalten die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland bei den relevanten Stakeholdergruppen?“

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

Die **Forschungsfrage 3** lautet: „Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen, 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, mobile Dienste in Anspruch nehmen, Betreuungsleistungen privat zukaufen, 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, in alternativen Wohnformen leben, 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 verwaarlosten beziehungsweise früher versterben.

---

<sup>1</sup> Das Pflegekompetenzzentrum Großpetersdorf wurde nicht in die Studie mitaufgenommen, da es erst im November 2016 eröffnet wurde.

#### 1.4. AUFBAU DES BERICHTS

Die Einleitung im Kapitel 1 beinhaltet die Ausgangssituation, die Beschreibung der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland, 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, während in Kapitel 4 die Einnahmen und Ausgaben der Alten- und Pflegeheime analysiert werden. Die Berechnungen werden in Folge im Kapitel 5 bzw. den einzelnen Unterkapiteln dargestellt. Diese Kapitel bilden das Herzstück der Analyse und beinhalten die Berechnungen der Wirkungen je Stakeholder, d.h. es werden jeweils der Nutzen, die Wirkungsketten und die Berechnungen der monetarisierten Wirkungen (Profite) pro Stakeholder dargestellt. Am Ende werden schließlich der SROI-Wert und eine Szenarioberechnung wiedergegeben. Das Resümee der Studie wird schließlich in Kapitel 6 gezogen. Quellenverzeichnis sowie Anhang komplettieren die Studie.

## 2. Methodisches Vorgehen

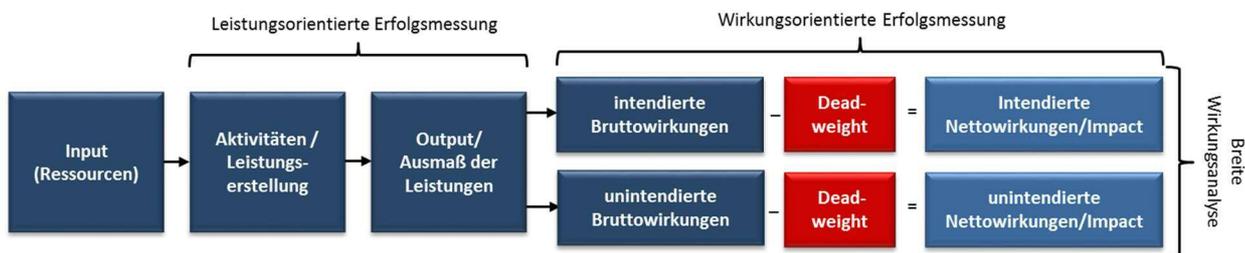
### 2.1. WIRKUNGSANALYSE

Das Thema Wirkungen und Wirkungsmessung bzw. Social Impact Measurement ist 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 (2017:43-45).

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 2017: 5

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 z.B. 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.

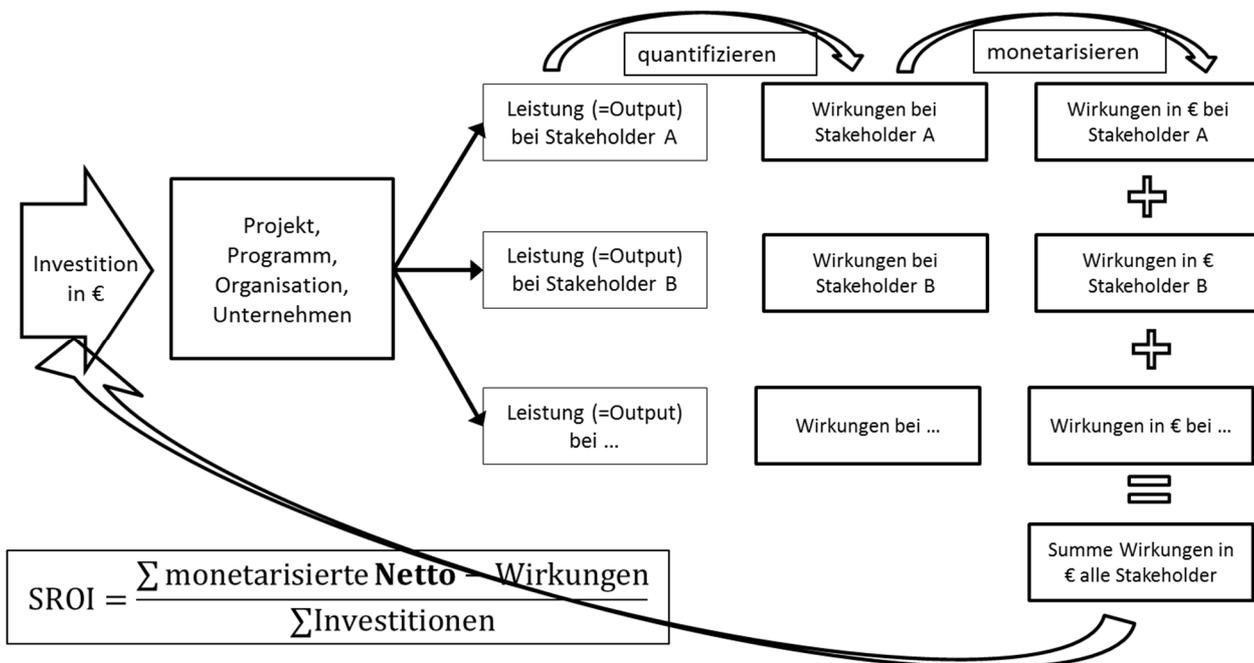
Gesellschaftliche Relevanz entfalten die Wirkungen, wenn sie, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, entweder viele Individuen betreffen und daher Kraft ihrer Breite relevant werden oder kollektive Bedürfnisse befriedigen. Um gesellschaftliche Kernwirkungen wird es sich wiederum handeln, wenn sie direkt auf breit akzeptierte Werte oder allgemein anerkannte Normen positiv einwirken (Schober/ Rauscher 2017).

## 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 im Burgenland. 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 2017: 38

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.

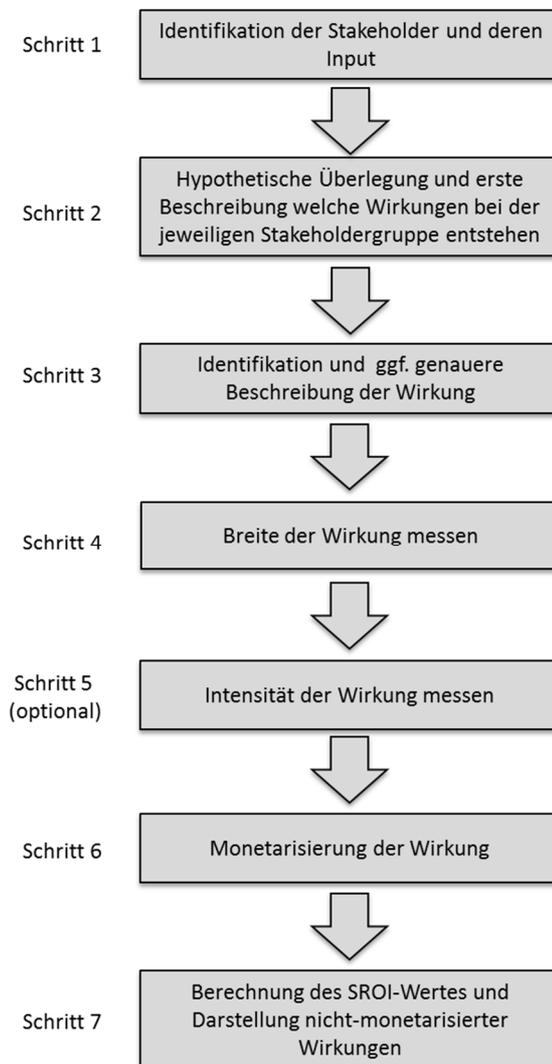
Sind am Ende der Analyse die Nettowirkungen der Stakeholder erhoben und monetarisiert worden, werden sie addiert und den investierten, meist finanziellen, Ressourcen gegenübergestellt. Daraus ergibt sich der SROI-Wert, der als Kennzahl die soziale Rendite bzw. den Profit oder eben gesellschaftlichen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 bei den jeweiligen Stakeholdern 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 im Kapitel 5.1 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.

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 2016 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 (2016) recherchiert und erhoben. Die Entscheidung für das Jahr 2016 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 Stakeholdern 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland, wobei in dieser Studie die Bezeichnung „stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen“ synonym mit der Bezeichnung „Alten- und Pflegeheime“ (APH) verwendet wird. Im Rahmen der Studie wurden all jene Stationen, 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 2016, 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 (2016) recherchiert und erhoben.

Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse

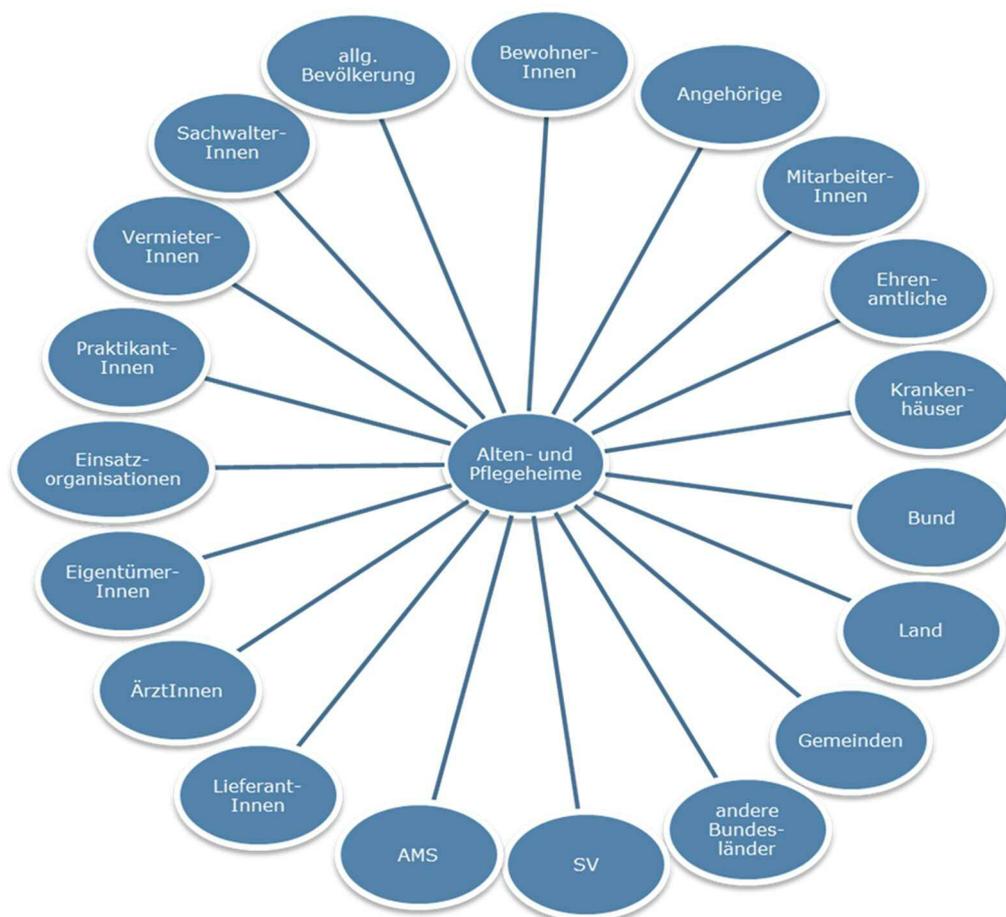
Analysesubjekt	„Stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland“
<b>Projektträger</b>	Arbeitsgemeinschaft für HeimleiterInnen und PflegedienstleiterInnen der Alten- und Pflegeheime Burgenlands
<b>Dauer der Analyse</b>	8 Monate
<b>Berechnungszeitraum</b>	1 Jahr (2016)

## 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen profitieren. Die Ziele der Stakeholder bestimmen letztendlich die Erfolgskriterien für die SROI-Analyse.

Die Identifizierung der relevanten Stakeholder erfolgte im Grunde bereits in der Vorgängerstudie zu den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark. Die damals inkludierten Stakeholder wurden jedoch mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe plausibilisiert und für die aktuelle Studie weitestgehend übernommen. Nachfolgende Abbildung 3-1 gibt einen Überblick über die betrachteten Interessensgruppen.

Abbildung 3-1: Für die Analyse wesentliche Stakeholder



Die Gründe für die Inklusion der einzelnen Stakeholdergruppen sind in komprimierter Form in nachfolgender Tabelle dargestellt. Im Kapitel 5 werden die einzelnen Stakeholder genauer beschrieben.

Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder

Stakeholder	Hauptgründe für Inklusion (Nutzen)
<b>BewohnerInnen</b>	Profitieren durch eine fachgerechte Pflege und Betreuung.
<b>Angehörige</b>	Profitieren durch die Abnahme der Pflege und/oder Betreuung, sowie Unterbringung ihrer Angehörigen.
<b>Hauptamtliche Mitarbeitende</b>	Profitieren durch eine feste Beschäftigung und ein fixes Einkommen und dem Wissen „etwas Gutes zu tun“.
<b>Ehrenamtliche Mitarbeitende</b>	Profitieren vom Wissen „etwas Gutes zu tun“.
<b>Krankenhäuser</b>	Profitieren von einer Reduktion der Procuratio-Fälle.
<b>Bund</b>	Profitiert von zusätzlichen Steuer- und Abgabeneinnahmen.
<b>Land Burgenland</b>	Profitieren durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages.

<b>Gemeinden</b>	Profitieren durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages.
<b>Andere Bundesländer</b>	Wurden nur auf der Input-Seite berücksichtigt.
<b>Sozialversicherungsträger</b>	Profitieren von zusätzlichen SV-Beiträgen.
<b>AMS</b>	Profitiert durch Einsparung von Arbeitslosengeld.
<b>LieferantInnen</b>	Profitieren von (zusätzlichen) Aufträgen.
<b>ÄrztInnen</b>	Profitieren von weniger Behandlungs- und Organisationsaufwand und weniger Hausbesuchen.
<b>EigentümerInnen</b>	Profitieren durch Gewinn bzw. haben Verlust zu tragen
<b>Einsatzorganisationen</b>	Profitieren von geringerem Einsatzaufkommen.
<b>PraktikantInnen</b>	Profitieren von Know-how Gewinn und der Zurverfügungstellung eines Praktikumsplatzes.
<b>VermieterInnen, LiegenschaftseigentümerInnen und GebäudeerrichterInnen</b>	Profitieren von Mieterlösen, einer möglichen Mietpreisanpassung und der Verhinderung der Verwahrlosung der Wohnung.
<b>SachwalterInnen</b>	Profitieren von geringerem Zeitaufwand.
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Profitieren von Sicherheitsgefühl in Bezug auf die eigene Versorgung im Alter.

Der tatsächlich ermittelte Nutzen auf Basis der empirischen Erhebungen (v.a. aus der Vorgängerstudie), Quantifizierungen und Monetarisierungen ist ausführlich in Kapitel 5 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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
<b>Psychosoziale Betreuungsstationen</b>	Sind wirkungsmäßig nicht wie Alten- und Pflegeheimstationen zu behandeln.
<b>Tageszentren</b>	Überschreitet das Ausmaß der Analyse.
<b>Betreutes Wohnen</b>	Überschreitet das Ausmaß der Analyse.
<b>Externe EssensbezieherInnen</b>	Überschreitet das Ausmaß der Analyse. Nutzen spielt keine entscheidende Rolle in der Analyse.
<b>Zivildienstler</b>	Würden allesamt in einem Alternativszenario ebenfalls einen Zivildienstplatz bekommen und dort ähnliche Nutzen haben
<b>Fachspezifische Ausbildungsstätten</b>	Überschreitet das Ausmaß der Analyse. Hoher Deadweight würde Wirkung stark reduzieren.
<b>Mobile Dienste, 24h-Betreuungsangebote, Privatanbieter von Pflege- und Betreuungsdiensten und Alternative Wohnformen</b>	Nur im Alternativszenario berücksichtigt

In den burgenländischen Alten- und Pflegeheimen sind zum Teil **psychosoziale Betreuungsstationen** in den Pflegeheimen als Einzelbereiche vorhanden. 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 welche andere Wirkungen entstehen würden.

Für die **Tageszentren** und Einrichtungen des **Betreuten Wohnens** ergeben sich Synergien mit den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, wenn diese direkt an ein Alten- und Pflegeheim angebunden sind. Dies kann für den Betrieb des Tageszentrums beziehungsweise der Einrichtung des Betreuten Wohnens 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 erhalten 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. Ähnlich verhält es sich mit den **fachspezifischen Ausbildungsstätten**. Diese profitieren von einer Zeitersparnis und einem geringeren Organisationsaufwand, da sie fixe Praktikumsplätze für ihre SchülerInnen in den Alten- und Pflegeheimen vorfinden. Diese Wirkung zu berücksichtigen, würde jedoch das Ausmaß der Analyse sprengen, außerdem müsste ohnehin ein sehr hoher Deadweight abgezogen werden.

**Mobile Dienste, 24h-Betreuungsangebote, Privatanbieter von Pflege- und Betreuungsdiensten sowie alternative Wohnformen** haben in erster Linie keine direkten Wirkungen durch die stationären

Alten- und Pflegeeinrichtungen. Jedoch sind diese Stakeholder für das Alternativszenario relevant. Im Alternativszenario wird angenommen, dass BewohnerInnen, die jetzt in den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, bei Nichtexistenz dieser, in diesen Alternativen unterkommen würden. Die BewohnerInnenverteilung bei Inexistenz der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen wird in Kapitel 5.1 beschrieben.

### 3.3. DATENERHEBUNG

Was die Wirkungen bei den einzelnen Stakeholdern durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen betrifft, wurden in der aktuellen Studie kaum Primärerhebungen durchgeführt. Stattdessen wurden die in der Vorgängerstudie erhobenen Wirkungen übernommen, da davon ausgegangen werden kann, dass die Alten- und Pflegeheime in Niederösterreich und der Steiermark dieselben Wirkungen erzielen wie jene im Burgenland. Dennoch wurden alle Wirkungsdimensionen im Rahmen der Arbeitsgruppentreffen plausibilisiert bzw. verifiziert.

Um einen besseren Überblick zu erhalten, gibt der nachfolgende Engagement-Plan pro Stakeholdergruppe die jeweilige Methode zur Datengewinnung sowie die Anzahl der Befragten aus der Vorgängerstudie wieder. Aufgrund der Thematik wurden neben einer Sekundärmaterialrecherche vor allem **persönliche Interviews** und **Telefoninterviews** mit den VertreterInnen der Stakeholdergruppen geführt.

Insgesamt wurden damals 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 wurden in der Regel aufgezeichnet, transkribiert und verkodiert, um daraus die Wirkungen bzw. den Nutzen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen abzuleiten.

Darüber hinaus wurden in einer geplanten Vollerhebung umfassende Daten der burgenländischen Alten- und Pflegeheime erfasst. Neben Daten zu den BewohnerInnen wurden auch die Erträge und Aufwendungen der Organisationen sowie zusätzliche, relevante Outputdaten erhoben. Von den 42 inkludierten Alten- und Pflegeheimen, haben sich 35 an der Datenerhebung beteiligt. Dies entspricht einem Rücklauf von 83%. Die erhobenen Daten wurden jedoch auf alle Alten- und Pflegeheime im Burgenland hochgerechnet. Von Seiten des Landes Burgenland wurden zusätzlich Daten und Auswertungen zu den BewohnerInnen als auch Ein- und Ausgaben für die burgenländischen Alten- und Pflegeheime zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurde in 13 Modellheimen eine weitere Befragung durchgeführt, um fehlende Daten zu ergänzen und offene Fragen zu klären.

Wichtige Datenquelle für die vorliegende Analyse waren auch der Pflegevorsorgebericht (BMASK 2017), diverse Statistiken des Landes oder die **Pflegedienstleistungsstatistik** der Statistik Austria (2017). Jedoch ist anzumerken, dass nicht alle vorhandenen Daten übereinstimmten und schlüssig waren. Ein Grund hierfür ist beispielsweise, dass manche Daten zu einem Stichtag erhoben wurden, während andere auf einer Jahresbetrachtung basieren. Alle Ungereimtheiten wurden jedoch mit Hilfe der Mitglieder der Arbeitsgruppe, die sich aus VertreterInnen des Landes sowie einzelner Alten- und Pflegeheime zusammensetzte, abgestimmt und wenn nötig wurden zusätzliche Daten erhoben.

Zudem wurden **Geschäftsunterlagen** und **interne Dokumente** der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 der Vorgängerstudie

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

## 4. 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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.

Diese Daten wurden mittels eines Excel-Fragebogens direkt in den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen erhoben. Ergänzend wurden Daten aus internen Dokumenten der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung Soziales herangezogen. Da nicht alle Alten- und Pflegeheime die Daten zur Verfügung gestellt haben, wurden Hochrechnungen vorgenommen. Aufgrund der durchgeführten Hochrechnungen handelt es sich dabei nicht um eine exakte, sondern lediglich um eine annähernde Darstellung der Finanzdaten für das Jahr 2016. Somit sind die in der vorliegenden Studie abgebildeten Finanzdaten nur bedingt vergleichbar mit anderen Datenquellen wie beispielsweise die Pflegedienstleistungsstatistik, wo diese Daten ebenfalls erfasst werden.

**Insgesamt haben die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland im Jahr 2016 83.852.211 Euro an Einnahmen erzielt, sowie 84.000.098 Euro an Ausgaben getätigt.** Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben sowie der getätigten Auflösung von und Zuweisung zu Rücklagen ergibt einen **Gewinn in der Höhe von 2.255.531 Euro** für die stationären Alten- und Pflegeheime im Burgenland.

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 %
<b>Einnahmen von BewohnerInnen (einschl. Bundes-Pflegegeld)</b>	€ 26.779.910	31,9%
<b>Einnahmen aus Förderungen vom Land Burgenland<sup>2</sup></b>	€ 13.903.541	16,6%
<b>Einnahmen aus Förderungen von den Gemeinden</b>	€ 13.903.541	16,6%
<b>Einnahmen von SelbstzahlerInnen</b>	€ 9.342.091	11,1%
<b>Einnahmen anderer Sozialhilfeträger</b>	€ 5.096.700	6,1%
<b>Einnahmen aus Förderungen vom Bund</b>	€ 4.985.690	5,9%
<b>Einnahmen von Drittverpflichteten, Erben und GeschenknehmerInnen</b>	€ 4.691.554	5,6%
<b>Sonstige Einnahmen</b>	€ 4.213.031	5,0%
<b>Einnahmen von Sozialversicherungsträgern</b>	€ 557.611	0,7%
<b>Einnahmen aus Förderungen vom Land Burgenland und von den Gemeinden für die Errichtung</b>	€ 378.542	0,5%
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>€ 83.852.211</b>	<b>100%</b>

Quelle: Basis: Erhebung bei den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, eigene Berechnungen und Hochrechnungen

Es ist deutlich zu sehen, dass die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen zum größten Teil über das Bundes-Pflegegeld der BewohnerInnen und das Land Burgenland sowie die Gemeinden finanziert werden. Aufwandseitig ist es vor allem Personalaufwand, der mit 66,2% der Aufwendungen besonders stark ins Gewicht fällt.

Tabelle 4-2: Ausgaben

Art der Ausgaben	Höhe Aufwendung	Anteil an Aufwendungen in %
<b>Personalaufwand</b>	€ 55.617.161	66,2%
<b>Sonstige Aufwendungen</b>	€ 15.174.603	18,1%
<b>Miet- und Leasingaufwand</b>	€ 7.970.483	9,5%
<b>Abschreibungen</b>	€ 2.647.334	3,2%
<b>Sachaufwand für Pflege und Betreuung</b>	€ 2.173.202	2,6%
<b>Steuern / Abgaben</b>	€ 417.315	0,5%
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>€ 84.000.098</b>	<b>100%</b>
<b>Auflösung von Rücklagen</b>	€ 50.508	
<b>Zuweisung zu Rücklagen</b>	€ 2.453.925	
<b>Gewinn EigentümerInnen inkl. Rücklagenerhöhung</b>	<b>€ 2.255.531</b>	

Quelle: Basis: Erhebung bei den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, eigene Berechnungen und Hochrechnungen

<sup>2</sup> Die Einnahmen aus Förderungen vom Land Burgenland und den Gemeinden wurden gleichmäßig auf die beiden Stakeholder verteilt.

# 5. Berechnung der Wirkungen

---

## 5.1. BEWOHNERINNENVERTEILUNG

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, berechnet die vorliegende SROI-Analyse die Wirkungen immer auf Basis eines Alternativszenarios. Im vorliegenden Fall ist dies das völlige Fehlen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen ohne Ersatzleistung bei gleich bleiben aller anderen Betreuungssettings. Die jetzigen BewohnerInnen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 von Daten, welche in den 35 teilnehmenden Alten- und Pflegeheimen direkt erhoben und für die restlichen sieben fehlenden Einrichtungen hochgerechnet wurden, ermittelt, was mit den 3.136 im Jahr 2016 betreuten BewohnerInnen ohne den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen passieren würde.

Ausgangspunkt der Überlegungen und Berechnungen sind die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Varianten einer alternativen Pflege und Betreuung. Hier erscheinen für Burgenland im Jahr 2016 folgende Varianten plausibel:

- BewohnerInnen kommen alleine zurecht
- BewohnerInnen kommen mit Hilfe der Angehörigen 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 verwaarloosen
- BewohnerInnen erleiden einen früheren Tod

Zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungsintensität standen im vorliegenden Projekt die Anzahl der betreuten Personen pro Pflegegeldstufe (0-7) zur Verfügung. Laut Angaben der Steuerungsgruppe handelt es sich bei BewohnerInnen mit Pflegegeldstufe 0 um Personen mit einem hohen Pflegebedarf, der noch nicht deklariert wurde. Da diese BewohnerInnen noch nicht eingestuft sind, wurden diese nach dem bestehenden Schlüssel auf die restlichen Pflegegeldstufen (1-7) umverteilt. Die dafür relevanten Daten wurden in den untersuchenden Alten- und Pflegeeinrichtungen erhoben und hochgerechnet.

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, zitiert in Pervan et al. 2015a) 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. Auf Basis der Erhebungen der Vorgängerstudie wurde eine Einschätzung getroffen, wie viele BewohnerInnen mit den vorhandenen Kapazitäten aus dem Jahr 2016 zusätzlich von den mobilen Diensten betreut werden könnten. Im Burgenland wären dies rund 108 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 228,69 Euro an Verbrauchsausgaben für Essen benötigt werden (Statistik Austria 2016a). Dieser Betrag bezieht sich auf die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben eines PensionistInnenhaushaltes. Zusätzlich wurde noch ein durchschnittlicher Mietaufwand von 424,00 Euro für Burgenland hinzugezählt (Statistik Austria 2016b). Das Einkommen setzt sich in der Berechnung aus drei Komponenten zusammen: Pflegegeld-Einnahmen, durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen beziehungsweise durchschnittliche Pension und Einnahmen aus Vermögen. Die durchschnittliche Pension liegt in Österreich im Jahr 2016 bei 1.136 Euro (Statistik Austria 2016c). 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 2012a, zitiert in Pervan et al. 2015a). 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 2016 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 320 Betten (Statistik Austria 2016d) zur Verfügung stehen würden.

In **Alten- und Pflegeheimen der angrenzenden Bundesländer** Niederösterreich und Steiermark sowie in Wiener Alten- und Pflegeheimen, welche aufgrund der unmittelbaren Nähe auch berücksichtigt wurden, gab es insgesamt 812 freie Plätze. Der Großteil der freien Kapazitäten stehen in steierischen Alten- und Pflegeheimen zur Verfügung (Landesrechnungshof NÖ 2016; Firgo et al. 2014).

Somit können von den BewohnerInnen, die sich einen stundenweisen Zukauf oder eine 24h-Betreuung nicht leisten können, 1.132 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 5-1 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 der Angehörigen 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 bzw. bei denen Angehörige aufgrund verschiedener Konflikte (z.B. schlechte Beziehung, Erwerbstätigkeit, Wohnsituation) die Betreuung nicht übernehmen können, sofern freie Kapazitäten vorhanden sind.
- **BewohnerInnen kommen ins Alten- und 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, sofern freie Kapazitäten vorhanden sind.
- **BewohnerInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall<sup>3</sup>:** 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 2,6 Jahren (eigene Erhebung) 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 3.136 BewohnerInnen dient als Basis für die weiteren Berechnungen der Wirkungen, der davon betroffenen Stakeholder in den folgenden Kapiteln.

---

<sup>3</sup> 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). Die nicht mehr anstaltsbedürftigen Patientinnen und Patienten werden dann als pflegebedürftige Personen behalten und zum sogenannten Procuratio-Fall erklärt (WPPA 2010, zitiert in Pervan et al. 2015a).

Tabelle 5-1: BewohnerInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen im Burgenland

	<b>Gesamt</b>	<b>PGST 1</b>	<b>PGST 2</b>	<b>PGST 3</b>	<b>PGST 4</b>	<b>PGST 5</b>	<b>PGST 6</b>	<b>PGST 7</b>
<b>Anzahl der BewohnerInnen im Jahr 2016</b>	<b>3.136</b>	<b>76</b>	<b>193</b>	<b>332</b>	<b>1.041</b>	<b>978</b>	<b>330</b>	<b>186</b>
<b>kommen alleine zurecht</b>	<b>115</b>	30	85	-	-	-	-	-
<b>durch Angehörige</b>	<b>544</b>	25	59	94	213	155	-	-
<b>mobile Dienste</b>	<b>108</b>	17	37	55	-	-	-	-
<b>privater Zukauf</b>	<b>9</b>	-	-	1	5	2	1	-
<b>24-Stunden Betreuung</b>	<b>333</b>	-	-	9	104	124	96	-
<b>alternative Wohnformen</b>	<b>72</b>	5	12	21	33	-	-	-
<b>Krankenhäuser</b>	<b>320</b>	-	-	-	-	-	134	186
<b>andere Alten- und Pflegeheime in anderen Bundesländern</b>	<b>812</b>	-	-	-	135	607	71	-
<b>verwahrlosen</b>	<b>351</b>	-	-	76	275	-	-	-
<b>versterben früher</b>	<b>472</b>	-	-	76	275	92	29	-

## 5.2. BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

Die bedeutendste Stakeholdergruppe der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen sind die **BewohnerInnen** der Alten- und Pflegeheime im Burgenland.

Im Jahr 2016 haben **3.136 Personen** in den burgenländischen Alten- und Pflegeheimen gelebt, wobei Personen mit einem psychosozialen Betreuungsschwerpunkt exkludiert wurden. Die Anzahl der SelbstzahlerInnen wurde in den teilnehmenden Alten- und Pflegeheimen ebenfalls erhoben. Aus bestehenden Statistiken der Burgenländischen Landesregierung ergeben sich rund **2.027 belegte Plätze** in den inkludierten Alten- und Pflegeheimen zum Stichtag 31.12.2016.

Der Großteil der BewohnerInnen ist weiblich (72%). Die BewohnerInnen sind durchschnittlich 83,4 Jahre alt.

Um die Wirkungen für die BewohnerInnen einschätzen zu können, wurden im Rahmen der Vorgängerstudie neun persönliche Interviews mit BewohnerInnen geführt. Die Interviews 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 mittels einer SROI-Analyse“ (Schober et. al 2013) und „zum gesellschaftlichen Nutzen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Auf Basis der Erhebungen im Rahmen der Vorgängerstudie sowie der Analyse von Sekundärmaterialien wurde ein Wirkungsmodell für die steierischen und niederösterreichischen Alten- und Pflegeheime entwickelt. Das bereits vorhandene Wirkungsmodell wird auch für die vorliegende Folgestudie im Burgenland verwendet. Folglich wird davon ausgegangen, dass die BewohnerInnen in den burgenländischen Alten- und Pflegeeinrichtungen von den gleichen Wirkungen, die in der Vorgängerstudie bereits identifiziert werden konnten, profitieren. Dementsprechend werden diese Wirkungen für die burgenländischen Alten- und Pflegeeinrichtungen neu bewertet.

Eine bedeutende 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 aufgrund 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 aufgrund von Doppelzimmern thematisiert und der Vorteil eines Einbettzimmers wurde hervorgehoben. Beispielsweise betont eine der BewohnerInnen im Interview, dass der Rückzugsort aufgrund 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 wünscht.

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.

### 5.2.1. 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 5.2.2 genauer beschrieben und berechnet.

Tabelle 5-2: Wirkungskette BewohnerInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Kostenbeiträge</b>	Pflege und Betreuung Bereitstellung eines Wohnplatzes	Anzahl an Verrechnungstagen	keine Gefahr der Verwahrlosung erhöhtes Sicherheitsgefühl <b>Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung</b> <b>eingeschränkte Privatsphäre</b> <b>keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können</b> verändertes psychisches Wohlbefinden verbesserter allgemeiner physischer Zustand <b>höhere Infektionsgefahr als zuhause</b> 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 saubereren 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen zuzurechnen sind. Diese Wirkungen werden auch als Impact oder Nettowirkung bezeichnet. Der Impact liegt der Berechnung der stakeholderspezifischen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen. Der Deadweight wurde somit in den folgenden Berechnungen bereits inkludiert und nicht nochmals extra ausgewiesen und abgezogen.

## 5.2.2. Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** der BewohnerInnen, die durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland erreicht werden, liegen insgesamt bei **134.696.875 Euro** und verteilen sich, wie in nachfolgender Tabelle 5-3 ausgeführt.

**Tabelle 5-3: monetarisierte Wirkungen der BewohnerInnen**

BewohnerInnen	
Keine Gefahr der Verwahrlosung Stundenlohn eines/einer privaten Haushaltsbedieners/Haushaltsbedienerin multipliziert mit der Zeitverwendung für Hygiene multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst verwahrlosen würden	<b>€ 2.671.693</b>
Erhöhtes Sicherheitsgefühl Kostenquote im Bereich Krankenzusatzversicherung einer privaten Versicherungsgesellschaft pro Jahr multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die von einem erhöhten Sicherheitsgefühl profitieren	<b>€ 974.341</b>
Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung Schulgebühren für private Volksschule für 10 Monate multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sich bevormundet fühlen	<b>- € 2.669.367</b>
Eingeschränkte Privatsphäre Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer pro Jahr multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit dem Anteil der BewohnerInnen, die im Alternativszenario in einem Einzelzimmer wären abzüglich Deadweight (Anteil der BewohnerInnen, die ein Zweibettzimmer bevorzugen = 1,8%)	<b>- € 21.109.820</b>
Keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können Abfindungszahlung für den Verzicht auf Hauptmietrechte multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, welche im Alternativszenario in ihrer eigenen Wohnung verbleiben könnten	<b>- € 1.479.493</b>
Verändertes psychisches Wohlbefinden durchschnittliche Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, deren psychisches Wohlbefinden sich verbessert bzw. verschlechtert hat	<b>€ 1.102.271</b>
Verbesserter allgemeiner 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 der BewohnerInnen, die im Alternativszenario von den oben genannten Pflegerisiken betroffen wären	<b>€ 53.177.551</b>
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	<b>-€ 741.153</b>

<p>Längere Lebenserwartung Wert eines gesunden Lebensjahres (QALY) multipliziert mit dem Nutzwert der Lebensqualität multipliziert mit der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ohne die APHs einen frühen Tod erleiden würden</p>	<b>€ 22.477.980</b>
<p>Ausgewogene und regelmäßige Ernährung Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen welche von einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung profitieren</p>	<b>€ 10.846.142</b>
<p>Unzufriedenheit mit dem Essen Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen und einem á la carte – Menü multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die mit dem Essen unzufrieden sind</p>	<b>- € 1.213.237</b>
<p>Höhere/geringer Kosten im Vergleich zum Alternativszenario Differenz der Kostenbeiträge der BewohnerInnen bei Existenz der APH im Vergleich zum Alternativszenario (alleine, bei Angehörigen, mobile Dienste, Zukauf privater Betreuung, 24h-Betreuung, AWF, Pflegeheim, Krankenhaus, verwaarlosten, versterben früher)</p>	<b>€ 466.082</b>
<p>Geringerer Organisationsaufwand Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten multipliziert mit den Kosten für eine persönliche Assistenz multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, welche von einem geringeren Organisationsaufwand profitieren</p>	<b>€ 20.116.438</b>
<p>Mehr soziale Kontakte Zeitverwendung für soziale Kontakte multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst alleine oder mit extrem spärlich Besuchen durch Angehörige Zuhause wären</p>	<b>€ 10.901.634</b>
<p>Adäquate Freizeitangebote Kosten für zwei Stunden Seniorenanimation pro Woche multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario keine adäquaten Freizeitangebote in Anspruch nehmen könnten abzüglich Deadweight (Anteil der BewohnerInnen, die nicht an Aktivitäten teilnehmen = 28%)</p>	<b>€ 8.433.348</b>
<p>Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit Kosten für eine Heimhilfe multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr), täglich 1 Stunde multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die bewegungseingeschränkt sind und von einer verbesserten Wohnsituation profitieren</p>	<b>€ 23.383.455</b>
<p>Gewährleistung eines sauberen Umfelds Stundenlohn eines/einer privaten Haushaltsbedieners/Haushaltsbedienerin multipliziert mit der Zeitverwendung für Hygiene multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ansonsten alleine wären</p>	<b>€ 7.131.285</b>
<p>Verbesserung der Beziehung zu den Angehörige Stundensatz einer Familientherapieeinheit multipliziert mit der Dauer einer systemischen Familientherapie multipliziert mit Anzahl der BewohnerInnen, die verbesserte soziale Kontakte zu Angehörigen haben anteilig zugewiesen: 50% „BewohnerInnen“ und 50% „Angehörige“</p>	<b>€ 227.724</b>
<b>Gesamtprofit der BewohnerInnen</b>	<b>€ 134.696.875</b>

Die Existenz der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen trägt einen wesentlichen Teil zur Vermeidung von Verwahrlosung bei älteren Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf bei. Durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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-Indikator für die Monetarisierung wurde die jährlich aufgewendete Zeit für Hygiene und Haushaltsführung herangezogen. Darunter fallen: Körperpflege, Geschirr waschen und Küchenarbeiten, Aufräumen und 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 2010). Weiters wurde der Bruttostundenlohn eines privat zugekauften Haushälters bzw. einer Haushälterin in Höhe von 12,14 Euro (BGBl. II Nr. 345/2016) 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-Indikator 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. Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr, welche 530 Euro vom herangezogenen Berechnungsbasis für eine Pflegeversicherung ausmachen (Schober et. al 2013). 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 Alten- und 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). Diese Wirkung berechnet sich aus dem Schulgeld für eine Privatschule in Höhe von 1.620 Euro für 10 Monate (Albertus Magnus Volksschule 2016) 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 Zwei- oder Mehrbettzimmer 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 2016e, Landesregierung Burgenland 2016, eigene Erhebung). Die Kosten für ein Einzelzimmer pro Jahr pro Person belaufen sich auf 24.554 Euro (Uniqa 2018).

Als weitere Negativwirkung, die durch die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim entsteht, wurde **keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben bzw. versterben 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 (Movinga 2017) und zwei Monatsmieten für die durchschnittlichen Maklergebühren berechnet (Statistik Austria 2016b, BGBl. II Nr. 268/2010). Zusätzlich wurde die Marktpreisdifferenz für ein Jahr berechnet, die sich aus dem Richtwertmietzins für Burgenland für das Jahr 2016 und der Verminderung des Mietzinses bei befristeten Verträgen (um 25%) ergibt (BGBl. I Nr. 12/2016; BGBl. I Nr. 100/2014). Dahinter steht die Annahme, dass die Befristung des Mietvertrages ebenfalls nur eine zeitlich beschränkte Nutzung der Wohnung zulässt. Die Abfindungszahlung beträgt in Summe 2.631 Euro für das gesamte Jahr. Dieser Wert wurde für die durchschnittliche Wohnnutzfläche im Burgenland berechnet (Statistik Austria 2011) und 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 Mitarbeitenden 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 (Pervan et al. 2015a; Gelbmann 2005). Als Proxy-Indikator 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 2.750 Euro pro Person (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-Indikator wurden die Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion in Höhe von 18.636 Euro (Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009, zitiert in Pervan et al. 2015a) 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, zitiert in Pervan et al. 2015a), bereinigt.

Durch die Bereitstellung von barrierefreien Heimen leisten die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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. Für die Faktoren wurden unterschiedliche Proxys für die Berechnungen herangezogen und eine fachliche Einschätzung zur Eintrittswahrscheinlichkeit dieser medizinischen Probleme von zwei Pflegedienstleitungen eingeholt (Medizinische Universität Graz 2011, zitiert in Pervan et al. 2015a).

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 oder in niederschweligen stationären Betreuungseinrichtungen wie beispielsweise die AWF unterkommen würden, 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen garantieren eine qualitativ hochwertige Pflege. Zusätzlich werden durch Gesetze die Pflegeheimausstattung und die Ausbildung der Mitarbeitenden geregelt und sichergestellt.

Die monetarisierten Wirkungen von 53.177.551 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, zitiert in Pervan et al. 2015a), wurden für die Monetarisierung als Proxy-Indikator die medizinischen Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur in Höhe von 11.250 Euro angesetzt (Huhn 2005, Osteoporose 2018). Dieser Wert wurde um die Häufigkeit der Stürze ohne APH und der Wahrscheinlichkeit, dass der Sturz einer medizinischen Betreuung bedarf, (= 80%) (Huhn 2005) bereinigt. Dies ergibt einen Teilprofit 10.196.573 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 2018). Das Risiko für Harnwegsinfektionen, wenn Niere, Harnleiter, Blase und Harnröhre nicht regelmäßig "gespült" werden, steigt und kann eine Folge von Exsikkose (Austrocknung) sein (Medizininfo 2018, Reiche 2016). 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 (Pervan et al. 2015a). Als Proxy-Indikator wurden hierfür die Folgekosten eines Harnwegsinfektes in Höhe von 425 Euro pro Fall angesetzt (Thiesmann 2005, zitiert in Pervan et al. 2015a). 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 666.796 Euro.
- **Weniger Lebensmittelvergiftungen/Gastroenteritis:** Da alle BewohnerInnen von einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung in den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen profitieren, wird Lebensmittelvergiftungen und Gastroenteritis (Magen-Darm-Entzündungen) vorgebeugt. Mit steigendem Alter verändern sich sowohl Seh- Geschmacks- und Geruchsvermögen (Ernaehrungesund 2003, zitiert in Pervan et al. 2015a), was dazu führen kann, dass ältere Menschen auch verdorbene Lebensmittel zu sich nehmen und an einer Magen-Darm-Entzündung erkranken. Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Gastroenteritis pro Fall in Höhe von 77 Euro (Van Den Brandhof et al. 2003, zitiert in Pervan et al. 2015a) 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%) (Pervan et al. 2015a) bereinigt. Daraus resultiert ein Teilprofit von 107.369 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 (Medizinische Universität Graz 2011, zitiert in Pervan et al. 2015a). Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Mangelernährung in Höhe von 3.121 Euro (Frei 2006, umgerechnet von CHF) herangezogen und auf die Anzahl der BewohnerInnen hochgerechnet. Zusätzlich wurde der Wert um die geschätzte Häufigkeit einer Mangelernährung ohne

APH (= 52,5%), welche den Anteil an BewohnerInnen mit Demenz ausmacht (Kränzl-Nagl/ Nußbaumer 2012), bereinigt. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 2.668.701 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 Euro (Grandt et al. 2005, zitiert in Pervan et al. 2015a) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario hiervon betroffen wären (= 52,5%) (Kränzl-Nagl/ Nußbaumer 2012), hochgerechnet. Dies ergibt einen Teilprofit von 3.886.124 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 34.090 Euro bei einer durchschnittlichen Anzahl von 1,5 Geschwüren pro Patient im Jahr (Eibel 2012, zitiert in Pervan et al. 2015a) auf die Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario hiervon betroffen wären (60%) (Pervan et al. 2015a), hochgerechnet. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 35.651.988 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 36.938 Euro (Nice 2010, zitiert in Pervan et al. 2015a) herangezogen. Der Wert eines gesunden Lebensjahres wird anschließend mit dem Nutzwert der Lebensqualität/Gesundheitszustandes (= 0,5) (Phillips 2009) und der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung gemäß der Verweildauer der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen (= 2,6 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 104,08 Euro pro Woche (Österreichisches Rotes Kreuz 2018).

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 2018) und einem á la carte – Menü (Das Campus 2018) in Höhe von 23,60 Euro herangezogen und mit der Anzahl an BewohnerInnen, die mit dem Essen unzufrieden sind multipliziert. Dies wurde jedoch nur für all jene BewohnerInnen angenommen, welche im Alternativszenario mit dem Essen zufrieden wären (NÖ Heime 2010, zitiert in Pervan et al. 2015a).

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 674,92 Euro anfallen würden. Diese Kosten setzen sich aus dem durchschnittlichen Mietaufwand im Burgenland inklusive Betriebskosten von 424,00 Euro (Statistik Austria 2016b) und den durchschnittlichen Lebenserhaltungskosten eines/einer PensionistIn von 228,69 Euro (Statistik Austria 2016a) im Monat zusammen. Zusätzlich müssen all jene Personen, die im Alternativszenario in keiner stationären Einrichtung betreut werden würden, von durchschnittlichen Kosten für Pflegeprodukte in Höhe von 266,71 Euro pro Jahr (eigene Erhebung) rechnen. Für all jene BewohnerInnen, welche **Angehörige** zur Verfügung haben, die Pflegeleistungen übernehmen würden, wurde die Annahme getroffen, dass der/die Pflegebedürftige bei der/dem 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 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). Die Kosten eines/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 Pflegeprodukte. Würden die Pflegebedürftigen in **alternativen Wohnformen** unterkommen, würden die Kosten für Unterkunft, Pflegeprodukte sowie Lebenserhaltung im Durchschnitt 9.162,48 Euro pro BewohnerIn und Jahr betragen (Pervan Al-Soqauer et al. 2013). 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). 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. Kosten für Pflegeprodukte werden nur dann berücksichtigt, wenn der/die Pflegebedürftige bei Angehörigen wohnen würden. Es wird davon ausgegangen, dass sich diese aufgrund der Verwahrlosung die Pflege nicht selber organisieren könnten. Für alle BewohnerInnen, die **einen früheren Tod erleiden** würden, werden die durchschnittlichen Mietkosten für einen Monat herangezogen bzw. für jene, die bei Angehörigen unterkommen würden, wird davon ausgegangen, dass diese den Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum auch Pflegeprodukte zur Verfügung stellen würden.

Die BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime profitieren des Weiteren von einem **geringeren Organisationsaufwand**. Dieser wurde mit der Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten monetarisiert.

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 2010) und den Kosten für eine persönliche Assistenz pro Stunde in Höhe von 22 Euro (WAG 2018).

Zur Bewertung der **Verbesserung der sozialen Kontakte** wurde die Zeitverwendung für soziale Kontakte mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 13,87 Euro (Statistik Austria 2014) multipliziert: 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 o.ä. Veranstaltungen; Wege - soziale Kontakte; Wege - Freiwilligenarbeit (Statistik Austria 2010). 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 regelmäßig an den angebotenen Aktivitäten teilnahmen (eigene Erhebung). Personen, die diese Wirkung auch hätten, würden die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 mit den Kosten für eine/n AltenbetreuerIn in Höhe von 50 Euro für zwei Stunden Seniorenanimation pro Woche, im Zeitraum von einem Jahr (Pervan et al. 2015a).

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 wurde ein Proxy-Indikator verwendet: Eine Dienstleistung, die als Ersatz für Barrierefreiheit im Kontext von Menschen mit Behinderung dient, ist die Heimhilfe. Diese Leistung wird in der vorliegenden Studie somit als Hilfsindikator für den monetären Wert von Barrierefreiheit verwendet. Es wird nicht davon ausgegangen, dass BewohnerInnen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, wenn diese nicht existieren würde, tatsächlich Heimhilfe in Anspruch nehmen würden. Für die Berechnungen wurden die Kosten für täglich eine Stunde Heimhilfe für ein Jahr angesetzt, die sich durchschnittlich auf 38,54 Euro belaufen (persönliche Auskunft der burgenländischen Landesregierung 2018).

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-Indikator 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 2010) sowie der Stundensatz von einem privat zugekauften Haushälter bzw. einer Haushälterin in Höhe von 12,14 Euro (BGBl. II Nr. 345/2016), verwendet.

Weiters bewirken die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, 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-Indikator liegt hier die Verwendung der Kosten für eine systemische Familientherapie, welche sich auf 160 Euro pro Einheit belaufen, nahe. Eine Dauer von 13,5 Einheiten pro Jahr wird dafür angesetzt (Hainz 2018). 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.

### 5.3. ANGEHÖRIGE

Eine wesentliche Stakeholdergruppe stellen die **Angehörigen** dar. In Folge wird größtenteils der Begriff „Angehörige“ verwendet. Gemeint sind jedoch sowohl Angehörige als auch Vertrauenspersonen im weiteren Sinn.

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 (BMASK 2014a). Die Auswertung von 438 Angehörigengesprächen im Jahr 2016 ergab sogar einen Anteil von 80,8% weiblichen pflegenden Angehörigen (BMASK 2017). Die Hälfte der pflegenden Angehörigen ist zwischen 55 und 72 Jahre alt (Schneider et al. 2009, zitiert in Pervan et al. 2015a)<sup>4</sup>. Rund 43% dieser waren gleichzeitig erwerbstätig (Jung et al. 2007, zitiert in Pervan et al. 2015a).

Mit Angehörigen der BewohnerInnen wurden im Rahmen der Vorgängerstudie sechs persönliche Interviews geführt. Diese dienen als Grundlage auch für das Wirkungsmodell des Stakeholders „Angehörigen“ in der vorliegenden Studie. Die Interviews bestätigten die Ergebnisse zu pflegenden Angehörigen in der Literatur und Praxis (z.B. Schneider et al. 2009, BMASK 2005, Hofstätter 2013, Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger 2013, zitiert in Pervan et al. 2015a). 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

Zusätzlich wurden weitere Informationen zu Angehörigen in den 13 Modellheimen im Burgenland erhoben, wie beispielsweise die Qualität der Beziehung zwischen den Angehörigen und den Pflegebedürftigen, der Erwerbsstatus und die Wohnsituation der Angehörigen.

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 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*

---

<sup>4</sup> 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.

*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 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 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.

### 5.3.1. 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 Verpflegungstage. Der für die Berechnung besonders relevante Outcome wird im folgenden Kapitel beschrieben.

Tabelle 5-4: Wirkungskette Angehörige

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

### 5.3.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die monetarisierten Wirkungen der Angehörigen liegen, wie Tabelle 5-5 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 **33.354.951 Euro**. Der Deadweight setzt sich aus dem Anteil an Angehörigen zusammen, deren pflegebedürftige Angehörige auch ohne den Alten- und Pflegeeinrichtungen fremdbetreut werden würden und ist in den Berechnungen bereits inkludiert.

Tabelle 5-5: 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 APHs anders fremdbetreut werden würden)	<b>€ 11.171.138</b>
Geringere physische Belastung Folgekosten von Rückenproblemen multipliziert mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen, die physisch belastet sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APHs anders fremdbetreut werden würden)	<b>€ 142.697</b>
Verbesserte soziale Beziehungen Zeitverwendung für soziale Kontakte multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn eines/einer ÖsterreicherIn multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen, die sozial belastet sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APHs anders fremdbetreut werden würden)	<b>€ 2.224.981</b>
Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung pro Jahr multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH nicht fremdbetreut wären	<b>€ 433.799</b>
Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen durchschnittliches Bruttojahresgehalt eines/einer ÖsterreicherIn bei Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung multipliziert mit der Anzahl der Personen, die im erwerbsfähigen Alter sind und aufgrund der Pfl egetätigkeit nicht bzw. nur eingeschränkt erwerbstätig sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren pflegebedürftige Angehörige ohne APH anders fremdbetreut werden würden)	<b>€ 1.043.401</b>
Schuldgefühle den Angehörigen „abgeschoben“ zu haben Höhe der Kosten für Geldgeschenke von Eltern an ihre Kinder multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen die Schuldgefühle haben abzüglich Deadweight (Angehörige, die im Alternativszenario ebenfalls Schuldgefühle hätten)	<b>-€ 1.391.215</b>
Möglichkeit auf Urlaub zu fahren Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne APHs die Pfl egetätigkeit übernehmen müssten multipliziert mit der Anzahl der Urlaubsreisenden im Alter von 55 bis 64 Jahren in Österreich multipliziert mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Urlaub	<b>€ 105.129</b>
Zeitliche Entlastung durchschnittlicher Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert mit dem durchschnittlichen Zeitaufwand, der pflegenden Angehörigen für Pfl egetätigkeiten pro Jahr entsteht multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne APHs die Pfl egetätigkeit übernehmen müssten	<b>€ 19.292.973</b>
Verbesserte Beziehung zum Angehörigen (unbelastete Begegnung) Stundensatz für eine Familientherapieeinheit multipliziert mit der Dauer einer systemischen Familientherapie multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die verbesserte soziale Kontakte zu Angehörigen haben anteilig zugewiesen: 50% „BewohnerInnen“ und 50% „Angehörige“	<b>€ 227.724</b>
Verbesserte Beziehung zum Partner/zur Partnerin (Beziehungskonflikte) Kosten einer Paartherapie multipliziert mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne APH die Pfl egetätigkeit übernehmen müssten multipliziert mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen mit familiären Problemen	<b>€ 104.324</b>
<b>Gesamtprofit der Angehörige</b>	<b>€ 33.354.951</b>

Die **psychische Belastung** betrifft insbesondere das ständige Gefühl der Verantwortung, das Gefühl der Überforderung und auch durch die Belastung entstehende Depressionen (BMASK 2015, zitiert in Pervan et al. 2015a). Als Proxy-Indikator 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 (berechnet nach Szenario 2 in Schneider/ Dreer 2013). Zusätzlich wurden auch die durchschnittliche Burnout-Rate, welche bei Pflegeberufen 39% beträgt (Dressler et al. 2014), sowie der Anteil an pflegenden Angehörigen, die sich psychisch belastet fühlen (=81%) (BMASK 2005), herangezogen.

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 bei einem Anteil von 69% der ehemals betreuenden Angehörigen (BMASK 2005). Als Proxy-Indikator wurden hier die durchschnittlichen Folgekosten von Rückenproblemen in Höhe von 346,9 Euro (Freytag et al. 2012) verwendet.

Pflegende Angehörige klagen zudem über wenig Zeit für sich selbst und ihre Hobbys, wenig Zeit für soziale Kontakte und Isolation. Durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 (Interessensvertretung pflegender Angehöriger 2013, Hofstätter 2013, Schneider et al. 2009, BMASK 2005, zitiert in Pervan et al. 2015a). Als Proxy-Indikator für diesen Nutzen wurde die durchschnittliche Zeitverwendung für soziale Kontakte herangezogen. 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 2010). Dieser Zeitaufwand wurde mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 13,87 Euro (Statistik Austria 2014) multipliziert.

Des Weiteren profitieren die Angehörigen von **dem Wissen, dass die/der Angehörige 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. Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr (Schober et al. 2013). Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl in Bezug auf die Betreuungssituation 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**. Diese Wirkung wird jenen pflegenden Angehörigen zugerechnet, die im erwerbsfähigen Alter sind, aber keine Erwerbstätigkeit ausüben (Pervan et al. 2015a). Bezogen auf das durchschnittliche Bruttojahresgehalts einer/eines unselbstständig Erwerbstätigen, sowohl für Teilzeit wie auch Vollzeit (Statistik Austria 2014), ergibt dies eine Nettowirkung, Outcome, von € 1.043.401 Euro. Die Aufteilung Vollzeit-Teilzeit wird analog zur tatsächlichen Aufteilung bei den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen verwendet (BMASK 2005). 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, die/den Angehörige/n 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 (Pervan et al. 2015a). 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). Für die Angehörigen ergibt sich somit eine Negativwirkung von 1.391.215 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 2016f, der Standard 2018), 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 2016f).

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 (Statistik Austria 2014) multipliziert.

Weiters bewirken die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, durch die Entlastung der angehörige in der Pflege und Betreuung, hinsichtlich der dahinterstehenden Verantwortung und Minderung von Konfliktpotential, eine **Verbesserung der Beziehung zwischen dem/der Betreuten und der/dem Angehörigen**, sodass das bestehende gute Naheverhältnis nicht gefährdet wird. Als Proxy-Indikator wurden hier die Kosten für eine systemische Familientherapie, welche sich auf 160 Euro pro Einheit belaufen, verwendet. Eine Dauer von 13,5 Einheiten pro Jahr wird dafür angesetzt (Hainz 2018). 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.

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 975 Euro (Psychotherapiepraxis 2018) mit der Anzahl der Angehörigen, die ohne den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen die Pflegetätigkeit übernehmen müssten und mit der Anzahl der pflegenden Angehörigen mit familiären Problemen (BMASK 2005) multipliziert.

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

#### 5.4. HAUPTAMTLICHE MITARBEITENDE

Einen weiteren bedeutenden Stakeholder der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen stellen die **Mitarbeitenden** dar. Im Jahr 2016 waren insgesamt 1.151 Pflege- und Betreuungspersonen (944 Vollzeitäquivalente) beschäftigt. Im Rahmen der Vorgängerstudie wurden insgesamt sechs persönliche Interviews mit Mitarbeitenden von stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen geführt. Aus den geführten Interviews konnten deutliche Nutzendimensionen abgeleitet werden, welche auch für die vorliegende Studie als Ausgangsbasis dienen. Die Beschreibung der Nutzendimensionen sowie ausgewählte Auszüge aus dem Interview werden im Folgenden erneut angeführt.

Zentraler Nutzen für die Beschäftigten der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen ist der fixe Arbeitsplatz und das damit verbundene Erwerbseinkommen. Darüber hinaus ziehen die Mitarbeitenden der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Mitarbeitenden 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 Mitarbeitenden in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen wurde im Rahmen der Interviews deutlich, dass ihre psychische Belastung für im Arbeitsalltag sehr hoch ist. Vier Mitarbeitende 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 Mitarbeitenden 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 für das Thema Alter deutlich, was sich als bedeutende Wirkung zeigt. So wird deutlich, dass die Mitarbeitenden in stationären Alten- und Pflegeeinrich-

tungen durch die Arbeit mit den pflegebedürftigen BewohnerInnen ständig mit dem Thema Alter(n) konfrontiert werden, was den Weitblick für das eigene „Älterwerden“ verstärkt und auf diese Weise Bewusstsein schafft. 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 Mitarbeitenden individuell und sehr sensibel behandelt werden muss. Dies lässt zudem auf eine Verbesserung der Sozialkompetenz der Mitarbeitenden schließen.

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

#### 5.4.1. Wirkungskette hauptamtliche Mitarbeitende

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

Tabelle 5-6: Wirkungskette hauptamtliche Mitarbeitende

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Arbeitszeit</b>			Feste Beschäftigung und fixes Einkommen	Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich (für qualifizierte MA)
<b>Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...)</b>	Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes	Anzahl an bezahlten Stunden	erhöhte physische Beeinträchtigung höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich bzw. im Hilfskräftebereich (für nicht qualifizierte MA und Funktionspersonal)
<b>Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)</b>	Bereitstellung von Arbeitsmitteln	Anzahl an/ Qualität von Weiterbildungen	Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Verbesserung der Sozialkompetenz	
	Weiterbildungsmöglichkeiten		erhöhte psychomentele Belastung Teamarbeit/ enge Zusammenarbeit Know-how Gewinn/ Weiterbildungsmöglichkeiten	Möglichkeit eines Alternativjobs im Verwaltungsbereich (für Leitungs- und Verwaltungspersonal)

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

#### 5.4.2. Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Die Mitarbeitenden haben durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 18.651.101 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

**Tabelle 5-7: monetarisierte Wirkungen der hauptamtlichen Mitarbeitenden**

Hauptamtliche Mitarbeitende	
Feste Beschäftigung und fixes Einkommen Jährliches durchschnittliches Bruttogehalt der Mitarbeitenden der jeweiligen Berufsgruppe (in VZÄ) abzüglich Arbeitslosengeld abzüglich Sozialversicherungsbeitrag (DN-Beitrag) abzüglich Lohnsteuer zuzüglich freiwilliger Sozialaufwendungen multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in VZÄ) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflege-, Hilfskräfte-, bzw. Verwaltungsbereich)	<p style="text-align: right;"><b>€ 8.720.512</b></p>
Erhöhte physische Beeinträchtigung Folgekosten von Rückenbeschwerden (differenziert nach Schweregraden) multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in Köpfen) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich kombiniert mit dem Anteil berufstätiger pflegender Angehöriger in Österreich)	<p style="text-align: right;"><b>-€ 293.799</b></p>
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einer stationären Alten- und Pflegeeinrichtung multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in Köpfen) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich)	<p style="text-align: right;"><b>€ 5.769.171</b></p>
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Gehaltsunterschied zwischen Dienstleistungs- und Warenproduktionssektor multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in Köpfen) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich)	<p style="text-align: right;"><b>€ 5.050.190</b></p>
Verbesserung der Sozialkompetenz Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von ausgewählten Kursen zum Thema "Social Skills") multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in Köpfen) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich)	<p style="text-align: right;"><b>€ 1.370.437</b></p>
Erhöhte psychomentele Belastung Folgekosten von Burnout multipliziert mit Burnout-Rate in Pflegeberufen multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in Köpfen) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich)	<p style="text-align: right;"><b>-€ 3.340.440</b></p>
Teamarbeit/enge Zusammenarbeit Kosten für ein ausgewähltes Weiterbildungspaket „Teambuilding“ multipliziert mit Anzahl Mitarbeitender der jeweiligen Berufsgruppe (in Köpfen) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflege-, Hilfskräfte-, bzw. Verwaltungsbereich kombiniert mit der Wahrscheinlichkeit einer guten Teameinbindung in österreichischen Unternehmen)	<p style="text-align: right;"><b>€ 1.163.075</b></p>
Know-how Gewinn/Weiterbildungsmöglichkeiten Aufwand für Aus- und Weiterbildungen Abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich kombiniert mit dem Anteil österreichischer Unternehmen, welche Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten)	<p style="text-align: right;"><b>€ 211.955</b></p>
<p><b>Gesamtprofit der hauptamtlichen Mitarbeitenden</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>€ 18.651.101</b></p>

Die monetarisierten Wirkungen für **eine feste Beschäftigung und ein fixes Einkommen** werden ausgehend vom jährlichen Nettoeinkommen der Mitarbeitenden abzüglich des Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe, welches sie ohne die Beschäftigung erhalten würden (berechnet nach AMS 2018b) und zuzüglich des freiwilligen Sozialaufwandes berechnet. Hierbei wird nach jeweiligen Berufsgruppen differenziert und das zusätzliche Netto-Einkommen schließlich auf die Anzahl der Beschäftigten (in VZÄ) hochgerechnet.

Als Deadweight muss der Profit für jenen Anteil an Personen abgezogen werden, welche sonst auch einen Arbeitsplatz entsprechend der jeweiligen Qualifikation in einer anderen Organisation bekommen und somit ebenfalls ein zusätzliches Einkommen erhalten hätten. Dem im Rahmen der Vorgängerstudie durchgeführten 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 -pflegende sowie PflegehelferInnen auf den Bereich der qualifizierten Pflegeberufe beschränkt, könnten dem Vertreter des AMS zufolge Mitarbeitende, die als Heimhilfe (nicht qualifizierter Bereich) tätig sind, zusätzlich noch in den Hilfskräftebereich (insbesondere Einzelhandel und Gastronomie) vermittelt werden. Bezugnehmend auf Sonderauswertungen des AMS zum Jahresdurchschnittsbestand an offenen Stellen für qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Pflege- bzw. Hilfskräfteberufe, welche anhand einer weiteren Sonderauswertung zur durchschnittlichen Laufzeit der Stellenangebote in den entsprechenden Bereichen auf das Jahr hochgerechnet wurden, konnte eine Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich von 21,0 Prozent (DKGS/DGKP und PflegehelferInnen) bzw. 17,5 Prozent (Heimhilfe) errechnet werden (eigens angeforderte Sonderauswertungen basierend auf AMS 2018a).

Im Bereich der Heimhilfe wurde dieser auf den Pflegebereich limitierte Deadweight insbesondere bei Wirkungen eingesetzt, welche in erster Linie im Pflegebereich vorzufinden sind (z.B. höhere Sensibilisierung für das Älterwerden). Im Folgenden wird dies als *Deadweight (nur Pflegebereich)* ausgewiesen. Für Wirkungen, welche auch in anderen Berufsfeldern eintreten (z.B. feste Beschäftigung und fixes Einkommen), wurde für nicht qualifiziertes Personal die Arbeitslosenquote im Hilfskräftebereich herangezogen, da diese wie bereits erwähnt auch in diesem Bereich vermittelt werden könnten. Die zugehörige Arbeitslosenquote beträgt 12,0 Prozent (eigene Berechnungen basierend auf AMS 2018a) und der Deadweight entsprechend 88,0 Prozent (100 Prozent abzüglich der Arbeitslosenquote). Für Funktionspersonal (Küchenpersonal, hauswirtschaftliches Personal und sonstiges Personal wurde ebenfalls die Arbeitslosenquote im Hilfskräftebereich herangezogen, der Deadweight für Mitarbeitende der Verwaltung (Leistungs- und Verwaltungspersonal) wurde auf Basis der Arbeitslosenquote im Verwaltungsbereich (3,2 Prozent; eigene Berechnungen basierend auf AMS 2018a) berechnet und beträgt entsprechend 96,8 Prozent.

Der Umstand, dass die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung auch eine wesentliche körperliche Beanspruchung (schweres Heben, Tragen oder Lagern) darstellt (Höge/ Glaser 2005, zitiert in Pervan et al. 2015a) und somit zu einer **erhöhten physischen Beeinträchtigung** führt (insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen), wurde als negative Wirkung für die Mitarbeitenden der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen identifiziert. Dadurch werden die monetarisierten Wirkungen um 293.799 Euro reduziert. Für die Quantifizierung wurde hierbei die Häufigkeit von Rückenbeschwerden bei Pflegekräften auf Basis von Hirsch/ Lindenberg (2013) als Ausgangsbasis gewählt. Als Proxy-Indikator für die Monetarisierung wurden die Folgekosten von Rückenbeschwerden differenziert nach spezifischen oder nicht-spezifischen Rückenschmerzen sowie Hinweisen auf Chronifizierung (unter Berücksichtigung des Anteils betroffener Personen mit den jeweiligen Schweregraden; eigene Berechnungen basierend auf Freytag et al. 2012) herangezogen und anschließend um den Deadweight (nur Pflegebereich) bereinigt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden Mitarbeitende der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxy-Indikators des entgangenen Bruttoeinkommens von Mitarbeitenden der jeweiligen Berufsgruppe durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der Beschäftigten (in Köpfen) hochgerechnet und

um den Deadweight (nur Pflegebereich) bereinigt. Für Mitarbeitende aus der Verwaltung wurde hierfür bezugnehmend auf Berechnungen der Vorgängerstudie ein niedriger Deadweight angesetzt, zumal davon auszugehen ist, dass dieselbe Wirkung ausschließlich bei einer Verwaltungstätigkeit im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen erzielt werden kann. Zusätzlich wurde, ebenfalls auf Basis der Vorgängerstudie, für den Deadweights der Anteil der berufstätigen österreichischen Gesamtbevölkerung, welcher zuhause Angehörige pflegt, berücksichtigt, da dadurch eine vergleichbare Wirkung erzielt werden kann.

**Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)** ist eine weitere wesentliche Wirkung, die allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Um das positive Gefühl, mit Menschen zu arbeiten, in monetären Werten abzubilden, wurde als Proxy-Indikator der Gehaltsunterschied zwischen dem Dienstleistungs- und Warenproduktionssektor herangezogen (berechnet auf Basis von Geisberger 2014). Die Wirkung wurde lediglich für das Pflege- und Betreuungspersonal berechnet und um den Deadweight (nur Pflegebereich) reduziert.

Der tägliche Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der in den Alten- und Pflegeheimen tätigen Mitarbeitenden bei. Bezugnehmend auf die Vorgängerstudie wurden für die Monetarisierung dieser Wirkung Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen im Rahmen eines Kurses zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.500 Euro (Egos 2012, zitiert in Pervan et al. 2015a), verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der Mitarbeitenden (in Köpfen) hochgerechnet und um den Deadweight (nur Pflegebereich) bereinigt. Da diese Wirkung nur das Pflege- und Betreuungspersonal betrifft, wurden Mitarbeitende der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Neben der physischen Beeinträchtigung ist die **erhöhte psychomentale Belastung** der Mitarbeitenden ebenfalls eine negative Wirkung, welche 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). Zusätzlich können Angehörige der BewohnerInnen, vor allem jene, die ihre Familienangehörigen besonders oft besuchen und vermehrt Ansprüche stellen, zum Problem werden. Für die Mitarbeitenden 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). Für die Monetarisierung wurden hierbei die Folgekosten eines Burnouts differenziert nach Früherkennung, zeitverzögerter Diagnose und später Diagnose (berechnet nach Szenario 1 in Schneider/ Dreer 2013) herangezogen und entsprechend der Burnoutrate im Gesundheitsbereich 39 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals zugeschrieben (Dressler et al. 2014). Anschließend wurde die Wirkung um den Deadweight (nur Pflegebereich) reduziert.

Als weitere wichtige Wirkung für die Mitarbeitenden 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 Mitarbeitenden. Diese Wirkung kann ebenfalls nicht direkt gemessen werden. Als Proxy-Indikator wurden basierend auf der Vorgängerstudie die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch ausgewählter Kurse zum Thema „Teambuilding“ des Wirtschaftsförderungsinstituts in Wien, verwendet (Wifi Wien 2013, zitiert in Pervan et al. 2015a). Diese wurden auf alle Mitarbeitenden hochgerechnet und um den Deadweight, also die Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflege-, Hilfskräfte-, bzw. Verwaltungsbereich kombiniert mit der Wahrscheinlichkeit einer guten Teameinbindung in österreichischen Unternehmen, bereinigt. Letztere bezieht sich auf die Komponente „Isolation am Arbeitsplatz“ des Arbeitsklimaindexes der Arbeiterkammer, welche im Durchschnitt beider im Jahr 2016 durchgeführten Erhebungen 13,5 Prozent beträgt (AK 2018).

Zusätzlich trägt der Nutzen aus der **persönlichen und fachlichen Weiterbildung** zum Gesamtprofit der Mitarbeitenden bei. Zur Bewertung wurde der getätigte Aufwand für die Aus- und Weiterbildung herangezogen und um den Deadweight reduziert. Der Deadweight setzt sich zusammen aus der Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich (als Durchschnitt der jeweiligen Deadweights für qualifiziertes und nicht qualifiziertes Personal) sowie dem Anteil der Unternehmen, welche Weiterbildungen anbieten (Statistik Austria 2012b).

## 5.5. EHRENAMTLICHE MITARBEITENDE

Im Jahr 2016 waren insgesamt 316 **ehrenamtliche Mitarbeitende** in den burgenländischen Alten- und Pflegeheimen tätig (eigene Erhebung). Ehrenamtliche sind in den burgenländischen Alten- und Pflegeheimen gut organisiert. Sie 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 burgenländischen 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 Mitarbeitenden Sicherheit und Rückhalt geboten. Aus der Möglichkeit zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch können auch neue Bekanntschaften und Freundschaften entstehen.

### 5.5.1. Wirkungskette ehrenamtliche Mitarbeitende

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

Tabelle 5-8: Wirkungskette ehrenamtliche Mitarbeitende

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

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, die durch die Tätigkeit der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen hervorgerufen werden. Dieser liegt der Berechnung der stakeholder-spezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

## 5.5.2. Berechnung stakeholder-spezifischer monetarisierter Wirkungen

Die ehrenamtlichen Mitarbeitenden haben durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen insgesamt **monetarisierter Wirkungen von 226.930 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle 5-9 dargestellt.

**Tabelle 5-9: monetarisierter Wirkungen der ehrenamtlichen Mitarbeitenden**

Ehrenamtliche Mitarbeitende	
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim multipliziert mit der Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements = 83%)	<b>€ 102.695</b>
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich multipliziert mit dem durchschnittlichen Engagementsausmaß Ehrenamtlicher pro Jahr multipliziert mit der Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements = 83%)	<b>€ 30.211</b>
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 = 83%)	<b>€ 79.724</b>
Know-how Gewinn Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche multipliziert mit Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements = 83%)	<b>€ 7.972</b>
Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Freundschaften Mitgliedschaft in einem Sportverein multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit Anzahl Ehrenamtlicher abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit, alternativ sozial eingebunden zu werden = 90%)	<b>€ 6.327</b>
<b>Gesamtprofit der ehrenamtlichen Mitarbeitenden</b>	<b>€ 226.930</b>

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxy-Indikators des durchschnittlich in Österreich entgangenen Bruttoeinkommens für unselbstständig Erwerbstätige (Statistik Austria 2016g) 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 bereinigt. Der Deadweight wurde bei 83% angesetzt, basierend auf den Ergebnissen der „SROI-Analyse der Oberösterreichischen Feuerwehren“ (Schober et al. 2012). Der Anteil an ehrenamtlichen Mitarbeitenden, die sich alternativ auch anderswo ehrenamtlich engagieren würden, wird von einer weiteren unveröffentlichten Studie „zur Ermittlung des ökonomischen Wertes der Freiwilligenarbeit im Rettungsdienst des Oberösterreichischen Roten Kreuzes“ (Schober/ Bogorin 2017) ebenfalls bestätigt.

**Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)** ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxy-Indikator die Höhe des durchschnittlichen Bruttogehaltsunterschieds zwischen dem Profit und Non-Profit Bereich von 2,37 Euro pro Stunde (Statistik Austria 2014) herangezogen und auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet. Dabei wurde auch das durchschnittliche Ausmaß des ehrenamtlichen Engagements pro Freiwillige/r berücksichtigt, welches bei 30 Tagen

im Jahr liegt (BMASK 2015). 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 Proxy-Indikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, im Konkreten der Besuch von mehreren Kursen zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.500 Euro (Egos 2012, zitiert in Pervan et al. 2015a) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements) bereinigt.

Des Weiteren profitieren die Ehrenamtlichen 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, zitiert in Pervan et al. 2015a) und auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet. Es wurde wiederum ein Deadweight abgezogen, der der Möglichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements entspricht.

Durch das ehrenamtliche Engagement erfahren sie in 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 Proxy-Indikators bewertet werden. Es wurden dafür die Kosten einer Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr herangezogen (FCWIEN 2013, zitiert in Pervan et al. 2015a) und auf die Anzahl der Ehrenamtlichen hochgerechnet. Es wurde hier ein Deadweight von 90% abgezogen, da davon ausgegangen wird, dass ein Großteil der Ehrenamtlichen auch ohne stationäre Pflegeeinrichtungen Freunde finden würde und Wertschätzung erfahren würde.

## 5.6. KRANKENHÄUSER

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

Dieser Stakeholder wurde als einer der wichtigsten identifiziert, da sich die Krankenanstalten durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen erhebliche Kosten in der Versorgung von Procuratio-Fällen ersparen. Außerdem profitieren die Mitarbeitenden 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen. Durch die Übernahme der PatientInnen liegt der Output also bei der Anzahl der von den stationären Alten- und Pflegeheimen 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 Mitarbeitenden im Entlassungsmanagement der jeweiligen Krankenanstalt aufgrund der Verhinderung von Procuratio-Fällen. Zusätzlich profitieren die Krankenanstalten von einer Zeitersparnis durch eine bereits durchgeführte Diagnostik durch die HeimärztInnen. 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. Des Weiteren ersparen sich die ÄrztInnen Zeit auch dadurch, dass die Nachbetreuung der PatientInnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ebenfalls von den Alten- und Pflegeheimen übernommen wird. 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
<b>Vermittlung an APHs</b>	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von APHs übernommenen PatientInnen	Verhinderung von Procuratio-Fällen  geringerer verwaltungstechnischer Aufwand  Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik sowie durch Nachbetreuung	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH Procuratio-Fälle im Krankenhaus werden würden

### 5.6.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt ergeben sich für den Stakeholder Krankenhäuser **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 58.826.556 Euro**, wobei der Großteil durch eingesparte Procuratio-Fälle entsteht. Der Deadweight setzt sich aus der Anzahl an PatientInnen, die bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeeinrichtungen ohnehin zu Procuratio-Fällen geworden wären, zusammen und ist bereits in den Berechnungen inkludiert.

**Tabelle 5-11: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser**

Krankenhäuser	
Verhinderung von Procuratio-Fällen Höhe der Kosten für einen Krankenhaustag (Procuratio) multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der zusätzlichen Procuratio-Fälle	<b>€ 58.535.582</b>
Geringerer verwaltungstechnischer Aufwand durchschnittlicher jährlicher Personalaufwand für diplomierte Krankenschwestern multipliziert mit der Anzahl der Mitarbeitenden (in VZÄ) im Entlassungsmanagement	<b>€ 201.684</b>
Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik sowie durch Nachbetreuung durchschnittlicher Personalaufwand eines/r Spitalarztes/-ärztin multipliziert mit dem durchschnittlichen Diagnose- und Nachbetreuungsaufwand pro PatientIn multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die ins Krankenhaus kommen	<b>€ 89.291</b>
<b>Gesamtprofit der Krankenhäuser</b>	<b>€ 58.826.556</b>

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 bei 501,5 Euro (Rechnungshofbericht 2011/2). Für die vorliegende Berechnung werden nur jene BewohnerInnen betrachtet, die sonst zum Procuratio-Fall in einer Krankenanstalt erklärt werden müssten. Dies sind insgesamt 320 BewohnerInnen.

Ein **geringerer verwaltungstechnischer Aufwand** für die Mitarbeitenden des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten ging aus Interviews mit EntlassungsmanagerInnen, die im Rahmen der Vorgängerstudie geführten wurden, hervor. Würde es keine stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen geben, hätten die Mitarbeitenden im Entlassungsmanagement einen deutlichen höheren Aufwand und es müsste von einem zusätzlichen Personalbedarf von mindestens 100 Prozent ausgegangen werden. Die Anzahl der Mitarbeitenden im Entlassungsmanagement im Jahr 2010 betrug für Wien 44,32 in Vollzeitäquivalenten (PIK Projektbericht 2010). Diese Anzahl wurde über die Anzahl der Spitalsentlassungen in Wien und Burgenland berechnet, was letzten Endes für Burgenland 4,95 VZÄ ergibt. Durch einen zusätzlichen Personalbedarf von 100 Prozent, wird der Profit für einen geringeren verwaltungstechnischen Aufwand, aus der Anzahl der Mitarbeitenden, multipliziert mit dem durchschnittlichen jährlichen Personalaufwand für eine diplomierte Krankenschwester in Höhe von 40.755 Euro (eigene Erhebung), berechnet.

Ein weiterer Outcome ist die **Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik sowie durch Nachbetreuung**. Diese wurde mit der Anzahl der BewohnerInnen die ins Krankenhaus kommen, multipliziert mit 1,5 Stunden durchschnittlichem Diagnoseaufwand (Pervan et al. 2015b) und mit dem Personalaufwand eines Spitalarztes/-ärztin, der bei 61.994 Euro im Jahr liegt (KAV 2015), monetarisiert. Es wurde die Annahme getroffen, dass zusätzlich 50% jeweils mehr Diagnose- und Nachbetreuungsaufwand 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 den Ergebnissen der Vorgängerstudie sowie 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Mitarbeitenden.

Tabelle 5-12: Wirkungskette des Bundes

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfe</b>	Unterbringung der BewohnerInnen in APHs	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB)	Möglichkeit eines Alternativjobs
	Pflege und Betreuung	Anzahl beschäftigter Mitarbeitender	Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung zukaufen würden
	Bereitstellung von Arbeitsplätzen		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 Alternarbeitsplätzen 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 7.552.940 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 dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeitenden (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	<b>€ 3.919.711</b>
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Förderungshöhe für unselbstständige Betreuungskräfte für 24h-Betreuung multipliziert mit dem Anteil der Förderung, den das Bundessozialamt übernimmt multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden	<b>€ 1.318.859</b>
Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige Höhe des Beitrages der Selbstversicherung multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der KlientInnen, die zumindest in Pflegegeldstufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden	<b>€ 2.305.662</b>
Zusätzliche Einnahmen (Ausgleichstaxe Behinderteneinstellungsgesetz) Höhe der abgeführten Ausgleichstaxe des Behinderteneinstellungsgesetzes abzüglich Deadweight (Anteil, der auch sonst anfallen würde = 50%)	<b>€ 8.709</b>
<b>Gesamtprofit des Bundes</b>	<b>€ 7.552.940</b>

Der Bund profitiert aufgrund von **Lohnsteuereinnahmen und Dienstgeberbeiträgen** der hauptamtlichen Mitarbeitenden in der Höhe von 3.919.711 Euro. Wie in Kapitel 5.4.2 bereits beschrieben, hierbei wurde allerdings ein Deadweight in Höhe von 21,0% für das diplomierte Pflegepersonal (AMS 2018a) bzw. 88,0% für die Berufsgruppe der HeimhelferInnen (AMS 2018a), also die Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu erlangen, abgezogen.

Der Bund lukriert **zusätzliche Einnahmen** auch aus der Ausgleichstaxe laut dem Behinderteneinstellungsgesetz. Nach Abzug des Deadweights belaufen sich diese für das Jahr 2016 auf 8.709 Euro (eigene Erhebung).

Zusätzlich zum Profit aus Steuereinnahmen kann der Bund aufgrund der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 von 550 Euro pro Monat für zwei selbstständige Betreuungskräfte (BMDW 2018), dem Förderungsanteil, den das Bundessozialamt übernimmt (=60%) (Landesregierung Burgenland 2018) 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 (Pensionsversicherungsanstalt 2015). Für die Berechnung wurde die Höhe des Beitrages der Selbstversicherung, welcher bei einer Beitragsgrundlage in Höhe von 1.828,22 Euro 416,83 Euro beträgt (Pensionsversicherungsanstalt

2018), auf die Anzahl der BewohnerInnen, die zumindest in Pflegestufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden hochgerechnet. Anschließend wurde der daraus resultierende Nutzen um den Deadweight, nämlich den Anteil pflegender Angehöriger, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (eigene Erhebung), bereinigt.

## 5.8. LAND BURGENLAND

Das **Land Burgenland** investiert in die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen Gelder. Diese werden in erster Linie über den Stakeholder Gemeinden bezogen. Die Abrechnung läuft direkt zwischen dem Land Burgenland und den Gemeinden sowie Sozialhilfeverbänden. Da die genaue Höhe der Beiträge der einzelnen Institutionen auf Basis des vorhandenen Datenmaterials nicht eruiert werden konnte, werden in dieser Analyse sowohl der Input als auch die monetarisierten Profite gleichmäßig zwischen den Stakeholdern Land und Gemeinden aufgeteilt.

Durch die Unterbringung und Betreuung der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeeinrichtungen profitiert das Land hauptsächlich von der Einsparung von Kosten, die sonst für Leistungen wie beispielsweise die 24h-Betreuung oder die mobilen Dienste anfallen würden. Darüber hinaus trägt das Land durch die Erfüllung des Versorgungsauftrags auch dazu bei, dass der Gesellschaft ein Sicherheitsgefühl vermittelt wird. Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

### 5.8.1. Wirkungskette Land Burgenland

Das Land Burgenland investiert in die Alten- und Pflegeheime in Form von Errichtungskosten und gleicht die Nettoausgaben aus. Durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen werden Personen beschäftigt und BewohnerInnen stationär gepflegt und betreut. Wirkungen die aufgrund dieser Unternehmensaktivität dem Land Burgenland entstehen, sind folgender Tabelle 5-14 zu entnehmen und werden darauf folgend berechnet und monetarisiert.

Tabelle 5-14: Wirkungskette des Landes Burgenland

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Errichtungskosten</b>	Unterbringung der BewohnerInnen in APHs	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	Möglichkeit eines Alternativjobs
	Betreuung und Pflege	Anzahl beschäftigter Mitarbeiter	Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Dienste	Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung oder mobile Dienste zu kaufen würden
<b>Ausgleich der Nettoausgaben der APH</b>	Bereitstellung von Arbeitsplätzen		Zusätzliche Steuer und Abgabeneinnahmen	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. Berechnungen stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt erzielt das Land Burgenland **monetarisierte Wirkungen von 913.240 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in Tabelle 5-15 näher erläutert.

**Tabelle 5-15: monetarisierte Wirkungen des Landes Burgenland**

Land Burgenland	
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Förderungshöhe für unselbstständige Betreuungskräfte für 24h-Betreuung multipliziert mit dem Anteil der Förderung, den das Land Burgenland übernimmt multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden anteilig zugewiesen: 50% „Land Burgenland“ und 50% „Gemeinden“	<b>€ 439.620</b>
Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Pflege Höhe der Landesbeiträge für mobile Pflege multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst mobile Pflegedienste zukaufen würden anteilig zugewiesen: 50% „Land Burgenland“ und 50% „Gemeinden“	<b>€ 373.647</b>
Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen Höhe der abgeführten Steuern abzüglich Deadweight (Anteil, der auch sonst anfallen würde = 100% für Grundsteuer, 50% für sonstige Steuern) anteilig zugewiesen: 50% „Land Burgenland“ und 50% „Gemeinden“	<b>€ 99.974</b>
Erfüllung des Versorgungsauftrages	<b>Bei Stakeholder allgemeiner Bevölkerung berechnet</b>
<b>Gesamtprofit des Landes Burgenland</b>	<b>€ 913.240</b>

Die **Einsparung der 24h-Betreuungsförderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe für unselbstständige Betreuungskräfte für 24h-Betreuung, die bei 550 Euro pro Monat liegt (BMDW 2018), dem Förderungsanteil, den das Land Burgenland übernimmt (= 40%) (Landesregierung Burgenland 2018) und der Anzahl der BewohnerInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Betreuung zukaufen würden. Somit ergibt sich ein Outcome von 879.239 Euro, der gleichmäßig zwischen den Stakeholdern „Land Burgenland“ und „Gemeinden“ aufgeteilt wird.

Das Land Burgenland profitiert durch die Existenz der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen, 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 zahlt. Die durchschnittliche Förderungshöhe pro KlientIn beträgt 6.889 Euro im Jahr (Schober et al. 2013), welche mit der Anzahl an BewohnerInnen, die im Alternativszenario mobile Dienste beziehen würden, multipliziert wird. Daraus ergibt sich ein Profit in Höhe von 747.293 Euro, von welchem ein Anteil von 50% dem Land Burgenland zugerechnet wird. Der restliche Anteil kommt den Gemeinden zugute.

Das Land Burgenland lukriert **zusätzliche Einnahmen aus Steuern** in Höhe von 99.974 Euro (eigene Erhebung). Für die Einnahmen aus dem Grundsteuer wird ein Deadweight von 100% gesetzt, weil die Gebäude auch im Alternativszenario bestehen bleiben und somit weiterhin genutzt wären. Für sonstige Steuereinnahmen wird der Deadweight bei 50% fixiert.

Die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen vermitteln der allgemeinen burgenländischen Bevölkerung ein **Sicherheitsgefühl**, insofern, als dass sichergestellt ist, dass bei einer hohen Pflegebedürftigkeit Alten- und Pflegeheime zur Verfügung stehen. Das Land Burgenland profitiert somit davon, dass die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen mithelfen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das Sicherheitsgefühl wird bei diesem Stakeholder allerdings nicht monetär erfasst, da der Outcome direkt bei dem Stakeholder „allgemeine Bevölkerung“ berücksichtigt wird.

## 5.9. GEMEINDEN

Die **Gemeinden** im Burgenland investieren Gelder in die Alten- und Pflegeeinrichtungen, welche direkt mit dem Land Burgenland abgerechnet werden. In der vorliegenden Analyse wird davon ausgegangen, dass die finanzielle Mittel, welche in die Alten- und Pflegeheime investiert werden, die gleiche Höhe sowohl für den Stakeholder „Land Burgenland“ als auch für den Stakeholder „Gemeinden“ beträgt. Auch die monetarisierten Profite werden gleichmäßig zwischen diesen beiden Stakeholdern aufgeteilt.

### 5.9.1. Wirkungskette Gemeinden

Die Gemeinden investieren hauptsächlich finanzielle Mittel in Form von Errichtungskosten sowie sonstige Förderungen in die burgenländischen Alten- und Pflegeheime. Die Aktivität der Alten- und Pflegeheime ist wiederum die Unterbringung und Betreuung von BewohnerInnen sowie die Beschäftigung von Mitarbeitenden. Die Wirkungen sind folgender Tabelle 5-16 zu entnehmen und liegen in der Einsparung von Förderungen für alternative Betreuungsformen sowie in der Einnahme von zusätzlichen Steuern und Abgaben.

**Tabelle 5-16: Wirkungskette der Gemeinden**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Errichtungskosten</b>	Unterbringung der BewohnerInnen in APHs	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung	Möglichkeit eines Alternativjobs
	Betreuung und Pflege	Anzahl beschäftigter Mitarbeitender	Einsparung von Gemeindebeiträgen für mobile Dienste	Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung oder mobile Dienste zu kaufen würden
<b>Ausgleich der Nettoausgaben der APH</b>	Bereitstellung von Arbeitsplätzen		Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl hervorruft
			Erfüllung des Versorgungsauftrages	

### 5.9.2. Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Durch die Gemeinden werden **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von € 913.240** erzielt, die sich wie in der nachfolgenden Tabelle 5-17 beschrieben zusammensetzen.

Tabelle 5-17: monetarisierte Wirkungen der Gemeinden

Gemeinden	
Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Förderungshöhe für unselbstständige Betreuungskräfte für 24h-Betreuung multipliziert mit dem Anteil der Förderung, den das Land Burgenland übernimmt multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst eine 24h-Betreuung zukaufen würden anteilig zugewiesen: 50% „Land Burgenland“ und 50% „Gemeinden“	<b>€ 439.620</b>
Einsparung von Gemeindebeiträgen für mobile Pflege Höhe der Gemeindebeiträge für mobile Pflege multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die sonst mobile Pflegedienste zukaufen würden anteilig zugewiesen: 50% „Land Burgenland“ und 50% „Gemeinden“	<b>€ 373.647</b>
Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen Höhe der abgeführten Steuern abzüglich Deadweight (Anteil, der auch sonst anfallen würde = 100% für Grundsteuer, 50% für sonstige Steuern) anteilig zugewiesen: 50% „Land Burgenland“ und 50% „Gemeinden“	<b>€ 99.974</b>
Erfüllung des Versorgungsauftrages	<b>Bei Stakeholder allgemeiner Bevölkerung berechnet</b>
<b>Gesamtprofit der Gemeinden</b>	<b>€ 913.240</b>

Der monetäre Nutzen für die Wirkungen **Einsparung von Förderungen für die 24h-Betreuung** sowie **von Beiträgen für die mobile Pflege** wurde schon im Ausmaß von 50% dem Stakeholder „Land Burgenland“ zugerechnet. Die Gemeinden profitieren bei diesen Wirkungen von den restlichen 50%. Das Gleiche gilt auch für die **zusätzlichen Einnahmen aus Steuern und Abgaben**, die ebenfalls in Ausmaß von 50% den Gemeinden zugutekommen. Für eine genauere Beschreibung der Berechnungswege, siehe Kapitel 5.8.2.

Darüber hinaus profitieren die Gemeinden auch von der **Erfüllung des Versorgungsauftrages**, eine Wirkung die allerdings bei dem Stakeholder „allgemeine Bevölkerung“ monetär erfasst wird.

## 5.10. 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen und deren Aktivitäten, eine Erwerbsarbeit haben.

### 5.10.1. Wirkungskette Sozialversicherungsträger

Die Sozialversicherungen stellen den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen Sachleistungen, insbesondere Inkontinenzprodukte, zur Verfügung. Im Unterschied zu Niederösterreich und der Steiermark werden im Burgenland die Kosten für Sondennahrung nicht von den Sozialversicherungen, sondern von den Alten- und Pflegeheimen selber getragen. Des Weiteren ersetzen die Sozialversicherungsträger auch die Kosten für Medikamente nicht, denn diese werden von den BewohnerInnen getragen. Die für diesen Stakeholder rele-

vante Aktivität ist die Bereitstellung von Arbeitsplätzen und die damit verbundenen zusätzlichen Beitragsleistungen. Der entsprechende Output ist die Anzahl an hauptamtlich beschäftigten Mitarbeitenden, die ihren Arbeitsplatz ohne den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen verlieren würden.

**Tabelle 5-18: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger**

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

### 5.10.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Den Sozialversicherungsträgern entstehen **monetarisierte Wirkungen von 9.056.535 Euro**. Diese setzen sich zusammen, wie in der nachfolgenden Tabelle 5-19 beschrieben.

**Tabelle 5-19: monetarisierte Wirkungen der Sozialversicherungsträger**

Sozialversicherungsträger	
Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung Höhe des SV-Beitrags (DG-Anteil) + Höhe des SV-Beitrags (DN-Anteil) Berechnung auf Basis der Bruttoeinkommen der hauptamtlich beschäftigten Mitarbeitenden (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe für den Berechnungszeitraum (1 Jahr) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	<b>€ 9.056.535</b>
Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	<b>Bei Stakeholder Krankenhaus, niedergelassene ÄrztInnen und Einsatzorganisationen berechnet</b>
<b>Gesamtprofit der Sozialversicherungsträger</b>	<b>€ 9.056.535</b>

Die **Beiträge zur Sozialversicherung** wurden anhand der erhobenen Anzahl an VZÄ-Beschäftigten in den burgenländischen Alten- und Pflegeeinrichtungen berechnet. Abgezogen wurde ein Deadweight in Höhe von 21,0% für das diplomierte Pflegepersonal (AMS 2018a) bzw. 88,0% für die Berufsgruppe der HeimhelferInnen (AMS 2018a), welcher die Wahrscheinlichkeit einer alternativen Beschäftigung darstellt.

Die Sozialversicherungsträger profitieren auch von einem geringeren Verwaltungs- und Organisationsaufwand für die Bereitstellung von Inkontinenzprodukten. Diese Wirkung entsteht dadurch, dass die Alten- und Pflegeheime verantwortlich für die Beschaffung dieser Produkte sind und die Sozialversicherungsträger lediglich die Kosten dafür ersetzen. Darüber hinaus kommen den Sozialversicherungsträgern auch Kosteneinsparungseffekte zugute dadurch, dass die Alten- und Pflegeheime laut Einschätzungen der Mitglieder der Steuerungsgruppe bessere Preiseangebote für diese Produktgruppen bekommen. Diese Wirkungen werden allerdings nicht monetär bewertet, weil die Erhebung der dafür erforderlichen Daten das Ausmaß der Analyse übersteigt.

Zusätzlich profitieren die Sozialversicherungsträger von Einsparungen im Gesundheitsbereich, da die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 erlaubt haben, 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.

## 5.11. 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, die 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen hat.

Auch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen eine Anstellung finden und damit eine kontinuierliche Beschäftigungsmöglichkeit erhalten werden kann.

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

### 5.11.1. 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 Mitarbeitenden, die ihren Arbeitsplatz ohne der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 5-20: Wirkungskette des AMS**

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

### 5.11.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Das AMS erzielt insgesamt **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 10.186.787 Euro**, die sich wie in der nachfolgenden Tabelle 5-21 beschrieben zusammensetzen.

**Tabelle 5-21: monetarisierte Wirkungen des AMS**

Arbeitsmarktservice	
Einsparung von Arbeitslosengeld Höhe des Arbeitslosengelds nach Berufsgruppe multipliziert mit Anzahl Mitarbeitenden (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	<b>€ 10.186.787</b>
Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung Höhe des Arbeitslosengeldsatzes nach Berufsgruppe multipliziert mit dem Beitragssatz zur Krankenversicherung abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	<b>Bei Stakeholder Sozialversicherungsträger berücksichtigt</b>
<b>Gesamtprofit des AMS</b>	<b>€ 10.186.787</b>

Zur Berechnung des Profits des AMS wurde das **durchschnittliche Arbeitslosengeld** in Höhe von 35,48 Euro pro Tag und Person (AMS 2018b) herangezogen und auf alle Beschäftigten (VZÄ) umgelegt. Hinzu kommt weiters ein Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017), 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.

## 5.12. LIEFERANTINNEN UND LIEFERANTEN

Unter den **LieferantInnen**, im weiteren Sinne, wurden all jene subsummiert, von denen die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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.

### 5.12.1. Wirkungskette LieferantInnen

Die für diesen Stakeholder relevante Unternehmensaktivität der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 5-22: Wirkungskette der LieferantInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Produkte/ Dienstleistungen</b>	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

### 5.12.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die LieferantInnen erzielen durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen **monetarisierte Wirkungen von 2.345.325 Euro**.

Tabelle 5-23: 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)	<b>€ 2.345.325</b>
<b>Gesamtprofit der LieferantInnen</b>	<b>€ 2.345.325</b>

Der Nutzen für die LieferantInnen liegt primär im **Erhalt zusätzlicher Aufträge** durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen. 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., das im Rahmen der Vorgängerstudie geführt wurde, 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, wobei in diesen Fällen aufgrund des mangelnden Fachwissens von einer weniger intensiven Betreuung auszugehen ist. Deshalb wurde für diese Produkte ein Deadweight von 90% abgezogen.

Auch bezogene Leistungen, die direkt die Gebäuden der Alten- und Pflegeheime betreffen, könnten im Alternativszenario vollständig kompensiert werden. Leistungen wie beispielsweise Instandhaltungen, Schneeräumungen, zugekaufte Haustechnik sowie Reinigung und Infrastruktur (z.B. Telekommunikation und IT) würden selbst bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeheime benötigt werden, weil davon ausgegangen wird, dass die Gebäude weiterhin bestehen bleiben würden und für andere Zwecke benutzt werden würden. Auch Betriebs- und Energiekosten würden bei weiterer Verwendung der Gebäude weiterhin anfallen. Deswegen wurde der Deadweight auch für diese Leistungen bei 100% angesetzt.

Der Aufwand für Dienstbekleidung wäre ebenfalls leicht durch andere KundInnen zu kompensieren, weil Mitarbeitende, die alternativ anderswo beschäftigt wären, höchstwahrscheinlich auch eine Dienstbekleidung hätten. Somit wird für diese Leistung ein Deadweight von 90% abgezogen. Ähnliches gilt auch für Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Gebäudeversicherungen, welche bei weiterer Verwendung der Gebäude zum Großteil weiterhin erhalten bleiben würden. Für diese Leistungen beträgt der Deadweight 80%.

Anders sieht dies jedoch für bezogene Leistungen, die direkt die Aktivitäten der Alten- und Pflegeheime betreffen, wie beispielsweise Rechts- und Beratungskosten, Kosten für Inserate und Werbung sowie Aufwand für Wartungen und Leasing. Diese Leistungen könnten bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeheime nur teilweise kompensiert werden und somit wird der Deadweight bei 50% fixiert. Darüber hinaus würden Kosten für Aus-, Fort- und Weiterbildung bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeheime fast zur Gänze ausfallen. Dafür wird angenommen, dass lediglich für jene Mitarbeitenden, die im Alternativszenario weiter im Pflegebereich tätig bleiben würden, ähnliche Aus- und Weiterbildungen zur Verfügung stehen würden. Somit wird für diese Leistungen ein vergleichsweise geringer Deadweight von 19,2% (AMS 2018a) abgezogen. Im Gegensatz dazu würde der KFZ-Aufwand bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeheime komplett ausfallen. Deshalb wird für diese Leistung kein Deadweight abgezogen.

### 5.13. 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 hausärztlichen Modells 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.

#### 5.13.1. 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen keine Hausbesuche benötigen, abgezogen.

**Tabelle 5-24: Wirkungskette der niedergelassenen ÄrztInnen**

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

#### 5.13.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die Ärztinnen und Ärzte erzielen durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 52.286 Euro**.

**Tabelle 5-25: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen**

<b>ÄrztInnen</b>	
Weniger Hausbesuche Kosten die durch einen Hausbesuch entstehen (Differenz zwischen Stundensatz von einem Hausbesuch und einer Praxisstunde) multipliziert mit der Anzahl der zusätzlichen Hausbesuche multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen von APHs, die zusätzliche Hausbesuche benötigen (jeweils zu 50% den Stakeholdern „Einsatzorganisationen“ und „niedergelassene ÄrztInnen zugewiesen)	<b>€ 52.286</b>
<b>Gesamtprofit der ÄrztInnen</b>	<b>€ 52.286</b>

Die Interviews mit ÄrztInnen haben ergeben, dass ÄrztInnen von **weniger Hausbesuchen** profitieren, da die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen pflegerische und medizinische Tätigkeiten durchführen, die ohne diese von den niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden müssten. Die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche im Jahr liegt in Österreich bei 6,6 (OECD 2017). Dies wird auch von einer anderen Studie bestätigt, welche zusätzlich die Alterskomponente berücksichtigt (Statistik Austria 2002). Pro Arztbesuch wird eine durchschnittliche Dauer (inklusive Wegzeiten) von ca. einer Stunde angenommen. Dies wurde jedoch nur für all jene BewohnerInnen angenommen, die im Alternativszenario zuhause leben würden und somit Hausbesuche in Anspruch nehmen 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 (WGKK 2017). Somit gelten Hausbesuche für niedergelassene ÄrztInnen als nicht besonders attraktiv, dürfen von diesen jedoch nicht unterlassen werden.

## 5.14. EIGENTÜMERINNEN UND EIGENTÜMER

Unter **EigentümerInnen** werden die EigentümerInnen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen verstanden, welche häufig auch als Träger bezeichnet werden.

### 5.14.1. Wirkungskette Eigentümerinnen und Eigentümer

Die EigentümerInnen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen haben im Jahr 2016 einen finanziellen Gewinn registriert. Zusätzlich wird der Profit durch diverse Umlagen für zentrale Leistungen erhöht.

Tabelle 5-26: Wirkungskette der EigentümerInnen

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

### 5.14.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die EigentümerInnen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland haben einen **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von 2.973.875 Euro**. Diese setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 5-27: monetarisierte Wirkungen der EigentümerInnen

EigentümerInnen	
Umlagen für zentrale Leistungen Höhe der Umlagen für das Jahr 2016	<b>€ 718.344</b>
Gewinn (inkl. Rücklagenerhöhung) Gewinn = Gesamteinnahmen abzgl. Gesamtausgaben der APHs und Auflösung von Rücklagen, zzgl. Zuweisung zu Rücklagen für das Jahr 2016	<b>€ 2.255.531</b>
<b>Gesamtprofit der EigentümerInnen</b>	<b>€ 2.973.875</b>

Die Möglichkeit der Weiterverrechnung von **zentralen Leistungen eines Eigentümers bzw. einer Eigentümerin** an ein Alten- und Pflegeheim wurde als positiver Effekt für den Stakeholder EigentümerInnen 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 Alten- und Pflegeheim geschlossen werden, ist auch davon auszugehen, dass die entsprechenden zentralen Leistungen entfallen würden. Deshalb wurde kein Deadweight abgezogen.

2016 kam es bei den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen zu einem hochgerechneten **Gewinn** von 2.255.531 Euro. Die **Rücklagenbildung** ist in diesem Betrag ebenfalls enthalten.

## 5.15. EINSATZORGANISATIONEN

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

### 5.15.1. Wirkungskette Einsatzorganisationen

Wie beim Stakeholder ÄrztInnen zählen hier die Verrichtungen, die von den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen keinen Krankentransport benötigen.

Tabelle 5-28: 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

### 5.15.2. Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Durch die Einsatzorganisationen werden **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von € 899.945 Euro** erzielt. Der Deadweight setzt sich aus der Anzahl der BewohnerInnen, die auch bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeheime stationär betreut wären und somit keinen Krankentransport benötigen würden, zusammen und wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

**Tabelle 5-29: monetarisierte Wirkungen der Einsatzorganisationen**

Einsatzorganisationen	
Geringeres Einsatzaufkommen Kosten eines Krankentransportes multipliziert mit der Anzahl der zusätzlichen Einsätze bei BewohnerInnen von APHs (jeweils zu 50% den Stakeholdern „Einsatzorganisationen“ und „niedergelassene ÄrztInnen zugewiesen) multipliziert mit der Häufigkeit bei BewohnerInnen, die Verrichtungen wie Katheder spülen, Wundversorgung etc. benötigen	<b>€ 899.945</b>
<b>Gesamtprofit der Einsatzorganisationen</b>	<b>€ 899.945</b>

Der Stakeholder Einsatzorganisationen profitiert vor allem durch ein **geringeres Einsatzaufkommen**, da, einem Experteninterview aus der Vorgängerstudie 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 10.489 Krankentransporte (Pervan et al. 2015a) mehr durchgeführt werden, da bei den genannten Verrichtungen ein Transport ins Krankenhaus oder zu niedergelassenen ÄrztInnen erfolgen müsste.

Um eine Doppelzählung mit dem Stakeholder „niedergelassene ÄrztInnen“ zu vermeiden, wurde hier eine 50 prozentige Aufteilung der betroffenen BewohnerInnen 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 durchschnittlichen Kosten für einen Krankentransport bei Berücksichtigung von verschiedenen Tarifen für den städtischen und ländlichen Bereich, multipliziert mit den zusätzlich benötigten Krankentransporten (Pervan et al. 2015a).

## 5.16. PRAKTIKANTINNEN UND PRAKTIKANTEN

SchülerInnen aus fachspezifischen Ausbildungsstätten müssen im Rahmen ihrer Ausbildung ein **Praktikum** absolvieren. Stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen bieten somit einer Vielzahl von Auszubildenden die Möglichkeit, praxisrelevante Erfahrung in der Pflege zu sammeln.

### 5.16.1. Wirkungskette Praktikantinnen und Praktikanten

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

Tabelle 5-30: Wirkungskette PraktikantInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Arbeitszeit</b>  <b>Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...)</b>  <b>Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)</b>	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 die Wirkungen, die durch die Tätigkeit der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen hervorgerufen werden. Dieser liegt der Berechnung der stakeholderspezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

## 5.16.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

PraktikantInnen erzielen durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 1.288.631 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

**Tabelle 5-31: monetarisierte Wirkungen der PraktikantInnen**

<b>PraktikantInnen</b>	
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Alten- und Pflegeheim multipliziert mit der Anzahl der PraktikantInnen abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums = 30%)	<b>€ 475.442</b>
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich hochgerechnet für ein Monat multipliziert mit der Anzahl der PraktikantInnen abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums= 30%)	<b>€ 97.152</b>
Verbesserung der Sozialkompetenz Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills") multipliziert mit der Anzahl der PraktikantInnen abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums = 30%)	<b>€ 369.091</b>
Teamarbeit Kosten für ein Weiterbildungspaket „Teambuilding“ multipliziert mit Anzahl der PraktikantInnen abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums = 30%)	<b>€ 310.036</b>
Know-how Gewinn Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche multipliziert mit der Anzahl der PraktikantInnen abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen Praktikums = 30%)	<b>€ 36.909</b>
<b>Gesamtprofit der PraktikantInnen</b>	<b>€ 1.288.631</b>

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxy-Indikators des durchschnittlich in Österreich entgangenen Bruttoeinkommens von unselbstständig Erwerbstätige (Statistik Austria 2016g) 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 Proxy-Indikator die Höhe des durchschnittlichen Bruttogehaltsunterschieds zwischen dem Profit und Non-Profit Bereich von 2,37 Euro pro Stunde (Statistik Austria 2014) herangezogen und auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Ebenfalls wie bei der Wirkung „höhere Sensibilisierung für das Älterwerden“, wird der Nutzen auf einen Monat hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einem anderen 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 Proxy-Indikator die Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen, im Konkreten der Besuch von mehreren Kursen zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.500 Euro (Egos 2012, zitiert in Pervan et al. 2015) 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** als positive Wirkung zugerechnet. Als Proxy-Indikator wurden die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch einiger Kurse zum Thema „Teambuilding“, in Höhe von 1.260 Euro (Wifi Wien 2013, zitiert in Pervan et al. 2015a) 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 (WRK 2014, zitiert in Pervan et al. 2015a) und auf die Anzahl der PraktikantInnen hochgerechnet. Es wurde wiederum ein Deadweight in Höhe von 30% abgezogen.

Zusätzlich profitieren auch die fachspezifischen Ausbildungsstätten von einem geringeren verwaltungstechnischen Aufwand dadurch, dass diese die SchülerInnen den Alten- und Pflegeeinrichtungen übermitteln können. Da eine systematische Erhebung der Daten, die für die monetäre Bewertung dieser Wirkung erforderlich sind, schwierig wäre und dies das Ausmaß der Analyse übersteigt, wurde auf die Monetarisierung der Wirkung verzichtet. Darüber hinaus ist bei dieser Wirkung von einem hohen Deadweight auszugehen, weil auch andere Einrichtungen wie beispielsweise Krankenhäuser oder sonstige betreute Wohnformen Praktikumsplätze ebenfalls zur Verfügung stellen.

## 5.17. 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen 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.

### 5.17.1. Wirkungskette VermieterInnen

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

**Tabelle 5-32: Wirkungskette der VermieterInnen**

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

**5.17.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen**

Den VermieterInnen sind **monetarisierte Wirkungen von 2.635.921 Euro** zuzuschreiben. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

**Tabelle 5-33: monetarisierte Wirkungen der VermieterInnen**

VermieterInnen	
Mieteinnahmen durch APHs Höhe der Mieteinnahmen im Berechnungszeitraum (Jahr 2016) abzüglich Deadweight (Möglichkeit, die APHs anderweitig zu vermieten = 80%)	<b>€ 1.775.931</b>
mögliche Mietpreisanpassung/ -erhöhung mögliche Mietzinserhöhung (unterschieden nach Gemeindewohnung/ private Mietwohnung und nach Übernahme durch Familie der betreuten Person/ freier Markt) für eine durchschnittlich große Mietwohnung im Burgenland multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alten- und Pflegeheim unterkommen und in einer Mietwohnung gelebt haben abzüglich Deadweight (Anteil jener BewohnerInnen die im Alternativszenario ebenfalls die Wohnung aufgeben würden)	<b>€ 508.762</b>
Verwahrlösung der Wohnung verhindern Höhe der Räumungs- und Reinigungskosten multipliziert mit der Anzahl der BewohnerInnen, die verwahrlösen würden	<b>€ 351.228</b>
<b>Gesamtprofit der VermieterInnen</b>	<b>€ 2.635.921</b>

VermieterInnen profitieren von **Mieteinnahmen** durch die Alten- und Pflegeheime. Dieser wurde aus den Aufwendungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen berechnet (eigene Erhebung). Zusätzlich wurde für jene Alten- und Pflegeheime, für welche keine Daten vorliegen, eine Hochrechnung auf Basis der erhobenen Daten vorgenommen. Es wird davon ausgegangen, dass die Gebäude auch bei Nicht-Existenz der Alten- und Pflegeeinrichtungen weiter bestehen bleiben und zum Großteil weiterverwendet werden. Entsprechend wird ein Deadweight von 80% abgezogen.

Eine weitere Wirkung, die sich für diesen Stakeholder herausgestellt hat, ist der **Gewinn** durch die im Burgenland 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.

22% der burgenländischen Bevölkerung leben in einer Wohnung (Statistik Austria 2017a). Davon leben 41% in Mietwohnungen (Oberhuber/ Denk 2014). 19% der BewohnerInnen haben in einer Gemeindewohnung gelebt, die übrigen 81% lebten in privaten Mietwohnungen (ebd. 2014). Da das Durchschnittsalter der BewohnerInnen der Alten- und Pflegeheime bei über 80 Jahren liegt (eigene Erhebung), wurde angenommen, dass all jene, die in einem Mietverhältnis stehen, über einen Altmietzins-Vertrag verfügen. Die durchschnittliche Nutzfläche in Quadratmetern für Burgenland lag bei 78,4 m<sup>2</sup> (Statistik Austria 2011).

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 2016 bei 3,43 Euro pro Quadratmeter lag (BGBl. I Nr. 100/2014). Kommt es zu keiner Übernahme durch Verwandte kann die/der VermieterIn einen Mietzins, der im Jahr 2016 bei 4,92 Euro lag (BGBl. I Nr. 12/2016), verlangen.
- **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 (Pervan et al. 2015a). 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 Burgenland (BGBl. I Nr. 100/2014; BGBl. I Nr. 12/2016).

Berücksichtigt man den Gewinn, durch neues Vermieten (entweder durch die Familie der betreuten Person, oder am freien Markt) einer durchschnittlich großen Mietwohnung im Burgenland (Statistik Austria 2011), so entsteht ein Nutzen in der Höhe von 525.648 Euro.

VermieterInnen profitieren von den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen zusätzlich durch die Verhinderung der **Verwahrlosung der Wohnung**. Hierzu wurden nach einer Recherche die Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung herangezogen (Pervan et al. 2015a) und mit der Anzahl der BewohnerInnen, die im Alternativszenario verwahrlosen würden, multipliziert.

## 5.18. SACHWALTERINNEN UND SACHWALTER

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

### 5.18.1. Wirkungskette SachwalterInnen

In die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen übernommenen Leistungen genannt, die zu einer Zeitersparnis für die SachwalterInnen führen. Die Wirkungen werden nur für jene BewohnerInnen berechnet, die besachwaltet werden.

Tabelle 5-34: Wirkungskette der SachwalterInnen

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

### 5.18.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt ergeben die Berechnungen **monetarisierte Wirkungen von 240.154 Euro** für die SachwalterInnen. Der Deadweight setzt sich aus der Anzahl der BewohnerInnen, die nicht besachwaltet werden, zusammen und wurde in den Berechnungen bereits inkludiert.

Tabelle 5-35: monetarisierte Wirkungen der SachwalterInnen

<b>SachwalterInnen</b>	
Zeitersparnis Anzahl der Stunden die eingespart werden multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit dem Stundensatz eines österreichischen Angestellten bzw. Rechtsanwalts für die Anzahl der besachwalteteten BewohnerInnen	<b>€ 240.154</b>
<b>Gesamtprofit der SachwalterInnen</b>	<b>€ 240.154</b>

Durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen entsteht für den Stakeholder SachwalterInnen eine monatliche **Zeitersparnis** von 1,5 Stunden (Pervan et al. 2015a). Diese Zeitersparnis wird über den durchschnittlichen Stundensatz einer/eines österreichischen unselbstständig Erwerbstätigen in Höhe von 13,87 Euro (Statistik Austria 2014) monetarisiert. Insgesamt werden 17,4% der BewohnerInnen der burgenländischen Alten- und Pflegeheime besachwaltet (eigene Erhebung). Die Besachwaltung erfolgt entweder durch Angehörige oder durch RechtsanwälterInnen. Der Anteil der RechtsanwältInnen unter den SachwalterInnen im Burgenland basiert auf der Verteilung dieser für Wien (Pervan et al. 2015a).

Ein Anteil von 12% der SachwalterInnen sind laut Auskunft des Sounding Boards, welche bei der Vorgängerstudie mitgewirkt hat, als RechtsanwälterInnen tätig (Pervan et al. 2015a). Für diesen Anteil der SachwalterInnen wird die Zeitersparnis über einen höheren durchschnittlichen Stundensatz, nämlich den einer/eines

Rechtsanwältin/Rechtsanwalt (Veith 2018), monetarisiert. Der Gesamtprofit ergibt sich somit aus der Anzahl der SachwalterInnen, die KlientInnen bei den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen haben, multipliziert mit der jährlichen Zeitersparnis.

## 5.19. ALLGEMEINE BEVÖLKERUNG VON BURGENLAND

Unter der **allgemeinen Bevölkerung** im Burgenland als Stakeholder wird die gesamte burgenländische 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.

### 5.19.1. Wirkungskette allgemeine Bevölkerung im Burgenland

Durch die allgemeine Bevölkerung im Burgenland fließen sonstige Einnahmen in die Alten- und Pflegeheime, die Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung erbringen. Durch die Leistungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen entsteht als Outcome ein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch das Bewusstsein, im Fall einer Pflegebedürftigkeit professionell gepflegt zu werden. Darüber hinaus entstehen auch Verdrängungseffekte am Arbeitsmarkt dadurch, dass Angehörige mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erwerbstätig werden, wenn die BewohnerInnen in den Alten- und Pflegeheime unterbracht sind und die Angehörige nicht selber ihre Pflege und Betreuung Verantwortung übernehmen müssen.

**Tabelle 5-36: Wirkungskette der allgemeinen burgenländischen Bevölkerung**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Sonstige Einnahmen</b>	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl und Umfang der erbrachten Leistungen, die für die allgemeine Bevölkerung wahrnehmbar sind	Sicherheitsgefühl <b>Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt</b>	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

### 5.19.2. Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** für die allgemeine burgenländische Bevölkerung liegen bei **18.350.466 Euro**. Diese setzen sich zusammen, wie in der nachfolgenden Tabelle 5-37 beschrieben.

**Tabelle 5-37: monetarisierte Wirkungen der allgemeinen burgenländischen Bevölkerung**

<b>Allgemeine burgenländische Bevölkerung</b>	
Erhöhtes Sicherheitsgefühl durchschnittliche Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung multipliziert mit dem Berechnungszeitraum (1 Jahr) multipliziert mit der Anzahl der Personen über 40 im Burgenland abzüglich Deadweight (Personen, die kein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch APHs haben = 50%; Organisationen, die Leistungen von APH übernehmen könnten und daher das gleiche Sicherheitsgefühl vermitteln könnten = 58%)	<b>€ 19.208.008</b>
Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt durchschnittliches Bruttojahreseinkommen einer/s unselbstständig erwerbstätigen ÖsterreicherIn multipliziert mit der Anzahl der Angehörige, die Arbeit finden und damit andere Personen aus dem Arbeitsmarkt verdrängen	<b>-€ 857.542</b>
<b>Gesamtprofit der allgemeinen Bevölkerung im Burgenland</b>	<b>€ 18.350.466</b>

Das Bestehen von stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen vermittelt der **allgemeinen Bevölkerung im Burgenland ein Sicherheitsgefühl**. Als Proxy-Indikator 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 circa 100 Euro. Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr (Schober et al. 2013). Dieser Anteil wird allen im Burgenland wohnenden Personen ab 40 Jahren zugerechnet (Statistik Austria 2017b). 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 Burgenländer 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, zitiert in Pervan et al. 2015a). Da einige Aktivitäten der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen auch durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden könnten, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl in sich birgt, werden nochmals 58% abgezogen (Schober et al. 2013).

Des Weiteren entsteht durch all jene Angehörige 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 (Pervan et al. 2015a).

Eine weitere Wirkung der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 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.

## 5.20. SROI-WERT – GESAMTBERECHNUNG UND SZENARIOBERECHNUNG

### 5.20.1. SROI-WERT – Gesamtberechnung

Als letzter Schritt wird die Berechnung des konkreten SROI-Wertes für den festgelegten Zeitraum (2016) 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 2016 zu der Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich **ein SROI-Wert von 3,62**.

Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,62 Euro schafft.

**Tabelle 5-38: Berechnung SROI-Wert**

<b>Investitionen 2016</b>	<b>€ 83.852.211</b>
<b>monetarisierte Wirkungen 2016</b>	<b>€ 303.182.643</b>
<b>SROI gesamt</b>	<b>3,62</b>

Folgende Tabelle 5-39 zeigt eine Gesamtbetrachtung der SROI-Analyse und gibt Investitionen und Profit der einzelnen Stakeholder, die zuvor genauer betrachtet wurden, nochmals wieder.

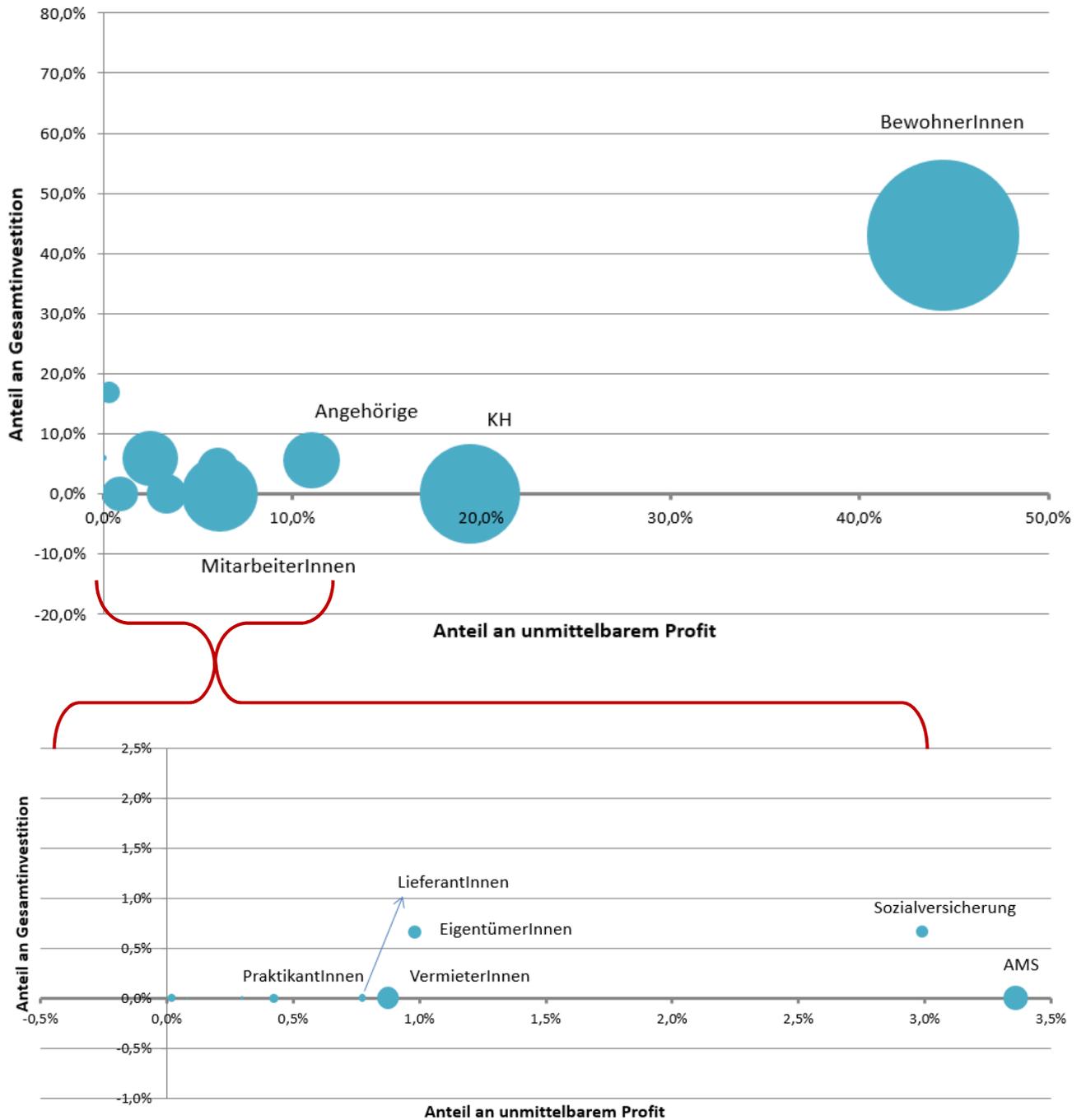
**Tabelle 5-39: Investitionen und Profite der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland - Gesamtbetrachtung 2016**

Stakeholder	Investitionen in APH		Wirkungen und Profite von APH	Anteil am Profit
<b>BewohnerInnen</b>	Kostenbeiträge	€ 36.122.002	z.B. keine Gefahr der Verwahrlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre	€ 134.696.875 44,4%
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an APHs	-	z.B. weniger Procuratiofälle, geringerer Verwaltungsaufwand	€ 58.826.556 19,4%
<b>Angehörige</b>	-	€ 4.691.554	z.B. verbesserte Beziehung zu den Pflegebedürftigen, weniger psychische und physische Belastungen	€ 33.354.951 11,0%
<b>Mitarbeitende</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	€ 18.651.101 6,2%
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Sonstige Einnahmen	€ 3.503.258	z.B. Sicherheitsgefühl	€ 18.350.466 6,1%
<b>AMS</b>	-	-	z.B. Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 10.186.787 3,4%

<b>SV</b>	Inkontinenzprodukte	€ 557.611	z.B. zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	€ 9.056.535	3,0%
<b>Bund</b>	Förderungen	€ 4.985.690	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 7.552.940	2,5%
<b>EigentümerInnen</b>	Zuführung zu Rücklagen	€ 557.738	finanzieller Gewinn; Zuweisung zu Rücklagen	€ 2.973.875	1,0%
<b>VermieterInnen</b>	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	z.B. Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 2.652.807	0,9%
<b>LieferantInnen</b>	Produkte/ Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 2.345.325	0,8%
<b>PraktikantInnen</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 1.288.631	0,4%
<b>Land Burgenland</b>	Förderungen	€ 14.168.830	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 913.240	0,3%
<b>Gemeinden</b>	Förderungen	€ 14.168.830	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 913.240	0,3%
<b>Einsatzorganisationen</b>	-	-	geringeres Einsatzaufkommen	€ 899.945	0,3%
<b>SachwalterInnen</b>	organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 240.154	0,1%
<b>Ehrenamtliche</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. positives Gefühl, Wertschätzung	€ 226.930	0,1%
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	-	-	weniger Hausbesuche	€ 52.286	0,0%
<b>andere Bundesländer</b>	Einnahmen von anderen Sozialhilfeträgern	€ 5.096.700	-	-	0,0%
<b>SROI</b>		<b>€ 83.852.211</b>		<b>€ 303.182.643</b>	<b>3,62</b>

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

Abbildung 5-1: 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 44,4%.

Die nächstbedeutende Stakeholdergruppen sind die Krankenhäuser, die 19,4% des Gesamtprofits haben und auch finanziell nichts zu den stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen beitragen. Die Angehörige profitieren mit einem Gesamtprofit von 11,0%. Die nächstbedeutenden Stakeholdergruppen sind die hauptberuflichen Mitarbeitenden, die allgemeine Bevölkerung, das Arbeitsmarktservice und die Sozialversicherungsträger.

Das Land Burgenland gemeinsam mit den Gemeinden trugen als fördergebende Institutionen, nach den BewohnerInnen, den Großteil der Investitionen bei. Des Weiteren investieren Sozialhilfeträger aus anderen Bundesländern, wenn ihre BürgerInnen woanders betreut werden, der Bund mit Förderungen, Angehörige mit Erben und sonstigen Beiträgen, die allgemeine Bevölkerung mit sonstigen Einnahmen und die Sozialversicherungsträger, indem sie Inkontinenzprodukte zur Verfügung stellen.

### 5.20.2. Szenarioberechnung

Im Rahmen einer **Sensitivitätsanalyse** wurde ein **Szenario berechnet, das die Umverteilung der BewohnerInnen im Alternativszenario darstellt**. Es wird die Annahme gesetzt, dass keine BewohnerInnen alternativ in Alten- und Pflegeeinrichtungen aus anderen angrenzenden Bundesländern unterkommen würden. Da die Kapazitäten der restlichen alternativen Betreuungsmöglichkeiten bereits ausgelastet sind, würden all diese Pflegebedürftige, je nach Höhe der Pflegegeldstufe, entweder verwaarlosten oder versterben. Werden die BewohnerInnen im Alternativszenario unter der Annahme, dass Alten- und Pflegeheime aus angrenzenden Bundesländern keine freie Kapazitäten zur Verfügung stellen können, würde der **SROI-Wert von 3,62 auf 4,55 steigen**. Damit zeigt sich deutlich, welche Bedeutung die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen haben. In der nachstehenden Tabelle 5-40 werden die Investitionen und die erwirtschafteten Profite nach Durchführung der Sensitivitätsanalyse stakeholder-spezifisch angeführt:

**Tabelle 5-40: Investitionen und Profite der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland - Gesamtbetrachtung nach Sensitivitätsanalyse, 2016**

Stakeholder	Investitionen in APH		Wirkungen und Profite von APH	Anteil am Profit
<b>BewohnerInnen</b>	Kostenbeiträge	€ 36.122.002	z.B. keine Gefahr der Verwaarlosung, verbessertes physisches Wohlbefinden, längere Lebenserwartung, eingeschränkte Privatsphäre	55,9%
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an APHs	-	z.B. weniger Procuratio-Fälle, geringerer Verwaltungsaufwand	15,4%
<b>Angehörige</b>	-	€ 4.691.554	z.B. verbesserte Beziehung zu den Pflegebedürftigen, weniger psychische und physische Belastungen	8,6%
<b>Mitarbeitende</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	4,9%
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Sonstige Einnahmen	€ 3.503.258	z.B. Sicherheitsgefühl	4,8%

<b>AMS</b>	-	-	z.B. Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 10.186.787	2,7%
<b>SV</b>	Inkontinenzprodukte	€ 557.611	z.B. zusätzliche Beiträge, Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich	€ 9.056.535	2,4%
<b>Bund</b>	Förderungen	€ 4.985.690	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Beiträgen für Selbstversicherung und Förderung der 24h-Betreuung	€ 7.552.940	2,0%
<b>EigentümerInnen</b>	Zuführung zu Rücklagen	€ 557.738	finanzieller Gewinn; Zuweisung zu Rücklagen	€ 2.973.875	0,8%
<b>VermieterInnen</b>	Zurverfügungstellung von Gebäuden für APH	-	z.B. Mieteinnahmen, Mietpreiserhöhung, Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	€ 2.941.325	0,8%
<b>LieferantInnen</b>	Produkte/ Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	€ 2.345.325	0,6%
<b>PraktikantInnen</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. Know-how Gewinn, höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	€ 1.288.631	0,3%
<b>Einsatzorganisationen</b>	-	-	geringeres Einsatzaufkommen	€ 941.547	0,2%
<b>Land Burgenland</b>	Förderungen	€ 14.168.830	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 913.240	0,2%
<b>Gemeinden</b>	Förderungen	€ 14.168.830	z.B. zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung von mobilen Diensten und 24h-Betreuung	€ 913.240	0,2%
<b>SachwalterInnen</b>	organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	€ 324.107	0,1%
<b>Ehrenamtliche</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	-	z.B. positives Gefühl, Wertschätzung	€ 226.930	0,1%
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	-	-	weniger Hausbesuche	€ 54.703	0,0%
<b>andere Bundesländer</b>	Einnahmen von anderen Sozialhilfeträgern	€ 5.096.700	-	-	0,0%
<b>SROI</b>		<b>€ 83.852.211</b>		<b>€ 381.401.826</b>	<b>4,55</b>

Im Vergleich zur Vorgängerstudie, im Zuge derer SROI-Werte von 2,93 (Niederösterreich) bzw. 2,95 (Steiermark) berechnet wurden, ist das Wert für das Burgenland mit 3,62 etwas höher. Dafür lassen sich mehrere Gründe anführen: Zum einen hat sich das NPO & SE Kompetenzzentrum in der Anwendung der SROI-Analyse, insbesondere der Indikatorenbildung und Deadweightberechnung im Laufe der Jahre, die zwischen den beiden Studien liegen, weiterentwickelt. Das bedeutet, dass zum Teil neue Indikatoren und auch andere Berechnungswege zur Monetarisierung verwendet wurden, die dem neuesten Stand der Wirkungsmessung entsprechen. Dadurch sind manche Wirkungen zum Teil deutlich niedriger bewertet worden während es bei andere Wirkungen wiederum zu höheren Bewertungen kam. Zum anderen wurden auch die Daten aktualisiert (d.h. wenn möglich aus dem Jahr 2016 herangezogen), was ebenfalls zu anderen monetären Werten der Wirkungen geführt hat. Dies betrifft beispielsweise Unterschiede bezüglich der freien Kapazitäten der alternativen Betreuungsmöglichkeiten. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur Vorgängerstudie ist die verwendete Anzahl an BewohnerInnen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen. Während für die vorliegende Studie die BewohnerInnenanzahl in einer Primärerhebung direkt vom NPO & SE Kompetenzzentrum erhoben wurde, wurde in der Vorgängerstudie mit Daten aus Statistiken, z.B. der Pflegedienstleistungsstatistik gearbeitet, die zum Teil andere Grundgesamtheiten ausweisen. Zu den größten Verschiebungen hinsichtlich der Anteile am Gesamtprofit kam es bei den BewohnerInnen (+16,2%), bei den Krankenhäusern (-7,8%) und bei den Angehörigen (+4%).

Zusammengefasst zeigt die Analyse deutlich auf, dass die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen vor allem für die BewohnerInnen aber auch für die Krankenhäuser, einen großen Nutzen stiften. Insgesamt rentiert sich ein, in die burgenländischen stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen investierter Euro, zu 362%.

## 6. Resümee

---

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt von der Arbeitsgemeinschaft für HeimleiterInnen und PflegedienstleisterInnen der Alten- und Pflegeheime Burgenlands den Auftrag, die **gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland** zu analysieren. Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2016. Die vorliegende Analyse baut auf den im Jahr 2013 in Niederösterreich und in der Steiermark bereits durchgeführten SROI-Analysen auf und ist somit als Folgestudie zu verstehen.

**Die Analyse erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 Then/ Schober/ Rauscher/ Kehl (2017) herausgegebenen Handbuch „Social Return on Investment Analysis. Measuring the Impact of Social 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 ergebene 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland bei den relevanten Stakeholdergruppen?“

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

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

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland 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 Alten- und Pflegeeinrichtungen im Burgenland 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 Mitarbeitende
- Ehrenamtliche Mitarbeitende
- Krankenhäuser
- Bund
- Land Burgenland
- Gemeinden
- Sozialversicherungsträger
- Arbeitsmarktservice
- LieferantInnen
- niedergelassene ÄrztInnen
- EigentümerInnen
- Einsatzorganisationen
- PraktikantInnen
- VermieterInnen
- SachwalterInnen
- allgemeine Bevölkerung

Zusammengefasst konnte bei den Stakeholdern gut deren Nutzen, also die Wirkungen der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 **2016 monetarisierte Wirkungen in der Höhe von rund 330 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von hochgerechnet rund 84 Mio. Euro**, die insbesondere aus Zahlungen des Landes und der Gemeinden sowie der BewohnerInnen bestehen.

Der **größte Profit** entsteht für die **BewohnerInnen (44,4 %)**, die als zentrale Stakeholdergruppe der Alten- und Pflegeheime anzusehen sind. Im Jahr 2016 wurden, nach Ausschluss der Personen mit psychosozialen Betreuungsschwerpunkt, von den burgenländischen Alten- und Pflegeeinrichtungen 3.136 Personen betreut. Aus bestehenden Statistiken der Burgenländischen Landesregierung ergeben sich rund **2.027 belegte Plätze** in den inkludierten Alten- und Pflegeheimen zum Stichtag 31.12.2016. Die Anzahl der SelbstzahlerInnen wurde im Burgenland weitgehend erhoben und teilweise hochgerechnet.

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 sowie von geringeren Kosten im Vergleich zum Alternativszenario. 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. Insgesamt ergeben sich monetarisierte Wirkungen von **134.696.875 Euro**.

Der **zweitgrößte Profit** entsteht für die **Krankenhäuser (19,4%)**. Unter dem Stakeholder Krankenhäuser werden vor allem die öffentlichen Krankenhäuser im Burgenland und die Mitarbeitenden des Entlassungsmanagements in den öffentlichen Spitälern verstanden. Durch die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen 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 **Angehörige**, deren pflegebedürftige Angehörige und Bekannte in den Alten- und Pflegeheimen untergebracht sind und adäquat betreut werden, **mit 11,0%**. **Den viertgrößten haben die hauptamtlichen Mitarbeitenden**, die durch die Alten- und Pflegeeinrichtungen einer Beschäftigung nachgehen, **mit 6,2%**.

**Den geringsten Profit** können die niedergelassenen ÄrztInnen und die ehrenamtliche Mitarbeitenden für sich verzeichnen. Einen **Gewinn sowie eine Zuweisung zu Rücklagen** registrieren die EigentümerInnen.

Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von **3,62**. **Dies bedeutet, dass jeder 2016 in die Alten- und Pflegeheime im Burgenland investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,62 Euro schafft.** Bei Durchführung einer **Szenarioberechnung im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse**, wo die BewohnerInnen alternativ nicht in Alten- und Pflegeeinrichtungen der angrenzenden Bundesländer unterkommen würden, **erhöht sich der SROI-Wert auf 4,55.**

**Zusammengefasst sind die im Burgenland tätigen stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen sehr wirkungsvoll. Ihre monetarisierten Wirkungen, bezogen auf das Jahr 2016, waren mehr als 3,6-mal so hoch als die getätigten finanziellen Investitionen.** Im Unterschied zur Vorgängerstudie ist der SROI-Wert hier höher, was v.a. an der Verwendung anderer Datenquellen sowie der fachlichen Weiterentwicklungen bezüglich Indikatorenbildung und Deadweightberechnungen liegt.



## 7. Literaturverzeichnis

---

AK (2018): **Arbeitsklimaindex**, Datenbank der Arbeiterkammer Oberösterreich. <http://db.arbeitsklima.at> (Stand: 30.05.2018).

Albertus Magnus Volksschule (2016): **Gebührenliste**. [http://kms2.ams-wien.at/images/pdf/2016/Gebuehrenliste\\_15-16.pdf](http://kms2.ams-wien.at/images/pdf/2016/Gebuehrenliste_15-16.pdf) (Stand: 30.05.2018)

AMS (2006): **Geschäftsbericht 2006**. Arbeitsmarktservice Österreich. Wien

AMS (2018a): **Arbeitsmarktdaten Online zu Themenbereichen Arbeitslosigkeit und Stellenangebot**. <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/> (Stand: 30.05.2018)

AMS (2018b): **AMS Arbeitslosengeld-Rechner**. <http://ams.brz.gv.at/ams/> (Stand: 30.05.2018)

BGBl. I Nr. 100/2014: **Wohnrechtsnovelle 2015 – WRN 2015**. [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2014\\_I\\_100/BGBLA\\_2014\\_I\\_100.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2014_I_100/BGBLA_2014_I_100.html) (Stand: 30.05.2018)

BGBl. I Nr. 12/2016: **2. Mietrechtliches Inflationslinderungsgesetz – 2. MILG**. [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2016\\_I\\_12/BGBLA\\_2016\\_I\\_12.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_12/BGBLA_2016_I_12.html) (Stand: 30.05.2018)

BGBl. II Nr. 268/2010: **Änderung der Verordnung über Standes- und Ausübungsregeln für Immobilienmakler**. [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2010\\_II\\_268/BGBLA\\_2010\\_II\\_268.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_II_268/BGBLA_2010_II_268.html) (Stand: 30.05.2018)

BGBl. II Nr. 345/2016: **Festsetzung des Mindestlohntarifs für im Haushalt Beschäftigte in Österreich**. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009702> (Stand: 30.05.2018)

Blanke, Bernhard/Brandel, Rolf/Hartmann, Anja/Heinze, Rolf G./ Hilbert, Josef/ Lamping Wolfram/ Naegele, 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 (2005): **Situation pflegender Angehöriger**. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien.

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

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

BMASK (2015): **Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des Freiwilligen Engagements in Österreich**. 2. Freiwilligenbericht. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.

BMASK (2017): **Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016**. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien

BMDW (2018): **Förderung der 24-Stunden-Betreuung**. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360534.html> (Stand: 30.05.2018)

Das Campus (2018): **Speisekarte von Das Campus Restaurant**. <http://dascampus.at/resources/files/2018/3/22/736/dc-hauptkarte-2018.pdf> (Stand 26.05.2018)

Der Standard (2018): **Große Preisunterschiede bei Ferienunterkünften**. <https://derstandard.at/2000074804159/Grosse-Preisunterschiede-bei-Ferienunterkuenften> (Stand: 30.05.2018)

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/T suchiya, Aki/ Williams, Alan (2004): **QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature**, Health Economics 4 (2): 197-208.

Dressler, Stefan/ Schmid, Tom/ Stross, Bernadette (2014): **Ergebnisse der Studie "Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen"**, Präsentation. [https://media.arbeiterkammer.at/stmk/2014\\_Studie\\_Arbeitsbedingungen\\_Gesundheitsberufe.pdf](https://media.arbeiterkammer.at/stmk/2014_Studie_Arbeitsbedingungen_Gesundheitsberufe.pdf) (Stand: 30.05.2018).

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 (2013): **Nie wieder burnout**. <http://www.ellviva.de/Gesundheit/Burnout-Verhaltenstherapie.html> (Stand: 08.10.2012)

Ernaehrungesund (2003): **Wenn der Geschmack abhanden kommt**. [http://www.ernaehrungesund.de/html/artikel\\_geschmack1.html](http://www.ernaehrungesund.de/html/artikel_geschmack1.html) (Stand: 27.10.2012)

Erziehung (2013): **Gesetzliche Grundlagen**. <http://www.erziehung.at/haeuslicher-unterricht/gesetzliche-grundlagen/> (Stand: 27.10.2013)

Eurest (2018): **Kosten eines Mittagmenüs**. WU Mensa. <http://www.eurest.at/wumensa/> (Stand: 26.05.2018)

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 Bundesamtes für Gesundheit. Pratteln, 2006.
- Freytag, Antje/ Thiede, Michael/ Schiffhorst, Guido/ Höer, A./ Wobbe, S./ Luley, C./ Glaeske, Gerd (2012): **Versorgungskosten von Rückenschmerzen und die Bedeutung der Schmerzchronifizierung – Ergebnisse einer GKV-Routinedatenanalyse,** Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 17(02), S. 79-87.
- Gabanyi, Annamaria/ Hemedinger, Fritz/ Lehner, Markus (2007): **Jugendverschuldung. Analyse und Präventionsansätze.** Linz, 2007.
- Geisberger, Tamara (2014): **Verdienststrukturerhebung 2014. Hauptergebnisse zur Entwicklung und Struktur der Löhne und Gehälter im Produktions- und Dienstleistungsbereich,** *Statistische Nachrichten* 10/2016, S. 736-749.
- Gelbmann, Manuela (2005): **Die regionale demographische Alterung und ihre Auswirkungen im europäischen Kontext. Mit Darstellung der „Lebenszufriedenheit älterer Menschen in Heimen“.** Diplomarbeit Universität Klagenfurt.
- Grandt 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)
- Hainz, Andreas (2018): **Systemische Familientherapie – Rahmenbedingungen.** <http://www.systemische-familientherapie.at/?q=node/16> (Stand: 23.05.2018)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017): **Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2018.** <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.647430&version=1513690336> (Stand: 30.05.2018)
- 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](http://www.aktiv-in-jedem-alter.de/html/img/pool/Ma_nchen_S_Heinrich.PDF) (Stand 25.10.2012)
- Hirsch, Kathleen/ Lindenberg, Sebastian (2013): **Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparats bei Pflegekräften in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in Sachsen-Anhalt,** *HeilberufeSCIENCE* 4, Springer Verlag Wien, S. 136-141.
- 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 (Hrsg.) (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](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 (2005): **Expertenstandard Sturzprophylaxe**, Österreichische Pflegezeitschrift: 10/05, S. 8-12.

Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger (2013): **Belastungen**. <http://www.ig-pflege.at/hintergrund/belastungen.php> (Stand: 28.09.2013)

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.

KAV (2015): **Neue ÄrztInnenarbeitszeit im KAV**. Wiener Krankenanstalten Verbund. <http://www.wien-kav.at/kav/gd/ZeigeAktuell.asp?ID=25365> (Stand: 30.05.2018)

Kränz-Nagl, Renate/ Nußbaumer, Barbara /2012): **Bestandsaufnahme zu Hospiz und Palliative Care in Österreichs Alten- und Pflegeheimen**. Forschungsbericht. FH OÖ Forschungs- und Entwicklungs GmbH Campus Linz. [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/1/8/CH3434/CMS1458570957916/bestandsaufnahme\\_zu\\_hospiz\\_und\\_palliativ\\_care\\_in\\_oesterreichs\\_alten-\\_und\\_pflegeheimen.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/1/8/CH3434/CMS1458570957916/bestandsaufnahme_zu_hospiz_und_palliativ_care_in_oesterreichs_alten-_und_pflegeheimen.pdf) (Stand: 25.05.2018)

Landesrechnungshof Niederösterreich (2016): **Auslastung der NÖ Landespflegeheime im Kontext mit der 24-Stunden-Betreuung**. Bericht 8. St. Pölten.

Landesregierung Burgenland (2016): **Belagerhebung**. Internes Dokument.

Landesregierung Burgenland (2018): **24-Stunden-Betreuung**. <https://www.burgenland.at/gesundheitssoziales-arbeit/pflege/24-stunden-betreuung/> (Stand: 30.05.2018)

Medizininfo (2018): **Medizinische Problembereich im Alter Austrocknung – Exsikkose**. <http://www.medizininfo.de/geriatrie/problembereiche/austrocknung.shtml> (Stand: 27.05.2018)

Medizinische Universität Graz (2011): **Europäische Pflegequalitätserhebung 2011**. Graz

Movinga (2017): **Umzugskostenindex**. <https://www.movinga.de/umzugskosten-index/> (Stand: 30.05.2018)

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](http://www.noehome.at/fileadmin/bilder/Aktuelles/Zuf-NOEges_EndBer-Kurzfassung_.pdf) (Stand: 26.05.2018)

Oberhuber, Andreas/ Denk, Daniel (2014): **Zahlen, Daten und Fakten zu Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft in Österreich**. Forschungsgesellschaft für Wohnen, Bauen und Planen Wien.

<https://www.bmdw.gv.at/Wirtschaftspolitik/Wohnungspolitik/Documents/Zahlen%20Daten%20und%20Fakten%20-%20Endbericht.pdf> (Stand: 30.05.2018)

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)

OECD (2017): **Health at a Glance. OECD Indicators**. OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en) (Stand: 30.05.2018)

Osteoporose (2018): **Häufigkeit**. <http://www.osteoporose.co.at/haeufigkeit.html> (Stand: 25.05.2018)

ÖHGB (2018): **Richtwerte** (gültig seit 1. April 2014). Österreichischer Haus- und Grundbesitzerbund Steiermark. <https://www.hausbesitzer.at/service/richtwerte.html> (Stand: 26.05.2018)

ÖNB (2012): **Household Finance and Consumption Survey des Eurosystems 2010 Erste Ergebnisse für Österreich**. Geldpolitik und Wirtschaft Q3/12.

Österreichisches Rotes Kreuz (2018): **Zuhause Essen mit dem Roten Kreuz – Speisekarte**. [http://www.zuhauseessen.at/lang/de/speisekarte\\_de.html](http://www.zuhauseessen.at/lang/de/speisekarte_de.html) (Stand: 30.05.2018)

Pensionsversicherungsanstalt (2015): **Selbstversicherung für pflegende Angehörige**. [http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=62521&p\\_tabid=4](http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=62521&p_tabid=4) (Stand: 28.05.2018)

Pensionsversicherungsanstalt (2018): **Freiwillige Versicherungen**. <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.577830&version=1519028289> (Stand: 28.05.2018)

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.

Pervan, Ena/ Schober, Christian/ Müller, Claudia (2015a): **Studie zum gesellschaftlichen Mehrwert der stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Niederösterreich und der Steiermark mittels einer SROI-Analyse**. Forschungsbericht, NPO & SE Kompetenzzentrum, WU Wien.

Pervan, Ena/ Schober, Christian/ Pervan Al-Soqauer, Ina (2015b): **Studie zum gesellschaftlichen Mehrwert der VKKJ – Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche, mittels einer Social Return on Investment (SROI) – Analyse**. Forschungsbericht. NPO & SE Kompetenzzentrum. WU Wien.

Pflegedienst24 (2014): **Wie viel kostet eine Heimhilfe bzw. mobile Betreuung?** <http://mobile-pflege.pd24.at/?gclid=CNOMIdDD88QCFWH4wgodMZwAPA> (Stand: 27.05.2015)

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](http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Projektberichte/Projektbericht_2005_-_2010.pdf) (Stand: 20.9.2012)

Psychotherapiepraxis (2018): **Kosten einer Paartherapie**. [http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/paartherapie/paartherapie\\_wien.phtml](http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/paartherapie/paartherapie_wien.phtml) (Stand: 27.05.2018)

Psyonline (2013): **Überblick: Kosten der Psychotherapie.** <http://www.psyonline.at/content/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](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/wien/wien_2011_02/Wien_2011_02_2.pdf) (Stand: 30.05.2018)

Reiche, Dagmar (2016): **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: 30.05.2018)

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/ Bogorin, Flavia-Elvira (2017): **Studie zur Ermittlung des ökonomischen Wertes der Freiwilligenarbeit im Rettungsdienst des Oberösterreichischen Roten Kreuzes.** Nicht veröffentlichter Forschungsbericht. NPO & SE Kompetenzzentrum. WU Wien

Schober, Christian/ More-Hollerweger, Eva/ Rauscher, Olivia/ Pervan-Al Soqauer, Ina (2012): **SROI-Analyse der Oberösterreichischen Feuerwehren.** Forschungsbericht. NPO & SE Kompetenzzentrum. WU Wien

Schober, Christian/ Rauscher Olivia (2017): **„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: [https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/cc/npocompetence/downloads/WP\\_Was\\_ist\\_Impact.pdf](https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/cc/npocompetence/downloads/WP_Was_ist_Impact.pdf)

Schober, Christian/ Rauscher, Olivia (2014): **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.

Statistik Austria (2002): **Gesundheitszustand & Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September 1999.** Statistik Austria (Hrsg.). Wien.

Statistik Austria (2010): **Zeitverwendungserhebung 2008/09.** [http://www.statistik.at/web\\_de/static/durchschnittliche\\_zeitverwendung\\_pro\\_tag\\_samstag\\_-\\_sonntag\\_aller\\_personen\\_\\_052100.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/durchschnittliche_zeitverwendung_pro_tag_samstag_-_sonntag_aller_personen__052100.pdf) (Stand: 26.05.2018)

Statistik Austria (2011): **Registerzählung 2011.** [http://www.statistik.at/web\\_de/presse/074327.html](http://www.statistik.at/web_de/presse/074327.html) (Stand: 26.05.2018)

Statistik Austria (2012a): **Jährliche Sterbetafeln 1947 bis 2011 für Österreich.** [http://www.statistik.at/web\\_de/static/jaehrliche\\_sterbetafeln\\_1947\\_bis\\_2011\\_fuer\\_oesterreich\\_022707.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/jaehrliche_sterbetafeln_1947_bis_2011_fuer_oesterreich_022707.pdf) (Stand: 27.10.2012)

Statistik Austria (2012b): **Weiterbildung in Unternehmen,** Statistik Austria und Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. [https://www.bmdw.gv.at/Berufsausbildung/LehrlingsUndBerufsausbildung/Documents/WB\\_Bericht\\_BMWfJ.pdf](https://www.bmdw.gv.at/Berufsausbildung/LehrlingsUndBerufsausbildung/Documents/WB_Bericht_BMWfJ.pdf) (Stand: 30.05.2018).

Statistik Austria (2014): **Verdienststrukturerhebung.** [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/verdienststruktur/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/verdienststruktur/index.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016a): **Konsumerhebung 2014/15.** [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/verbrauchsausgaben/konsumerhebung\\_2014\\_2015/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/verbrauchsausgaben/konsumerhebung_2014_2015/index.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016b): **Wohnkosten.** [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/wohnen/wohnkosten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/wohnen/wohnkosten/index.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016c): **Pensionen und Renten.** [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/pensionen\\_und\\_renten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/index.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016d): **Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten.** [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016e): **Spitalentlassungen nach ausgewählten Diagnosen.** [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_nach\\_ausgewaehlten\\_diagnosen/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016f): **Urlaubs- und Geschäftsreisen.** [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/13/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Tourismus&pubId=381](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/13/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Tourismus&pubId=381) oder [Urlaubsreisen\\_2016](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/13/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Tourismus&pubId=381) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2016g): **Brutto- und Nettojahreseinkommen der unselbstständig Erwerbstätigen 1997 bis 2016.** [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/jaehrliche\\_personen\\_einkommen/020054.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/jaehrliche_personen_einkommen/020054.html) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2017a): **Zahlen, Daten und Indikatoren der Wohnstatistik 2016.** [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/7/index.html?id=7&listid=7&detail=674](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/7/index.html?id=7&listid=7&detail=674) (Stand: 30.05.2018)

Statistik Austria (2017b): **STATcube – statistische Datenbank. Bevölkerung zu Jahresbeginn ab**

**2002 – einheitlicher Gebietsstand 2017.** Statistik Austria.

Then, Volker/ Schober, Christian/ Rauscher, Olivia/ Kehl, Konstantin (2017): **Social Return on Investment Analysis. Measuring the Impact of Social Investment.** Springer.

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](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 (2018): **Angebot Gesundheit & Wertvolles, private Krankenversicherung.**

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.

Veith (2018): **Der erste Schritt zu einem fairen und transparenten Anwaltshonorar.** <http://www.anwalt-veith.at/honorar.html> (Stand: 30.05.2018)

WAG (2018): **Assistenzgenossenschaft – persönliche Assisstenz – wie bekomme ich persönliche Assisstenz?** <http://www.wag.or.at/persoeliche-assistenz-pa/wie-bekomme-ich-pa/> Stand: 26.05.2018)

Weicht (2013): **The making of ‚the elderly‘: Constructing the subject of care.** In: Journal of Aging Studies, S. 188-197

WGKK (2017): **Tarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin.** <https://www.wgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.642432&version=1498810136> (Stand: 30.05.2018)

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 Patientenanwaltschaft 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=BGSENB+-+SeniorenbetreuerIn+Basis> (Stand: 31.05.2015)

## 8. Anhang

### 8.1. WIRKUNGSKETTEN

Tabelle 8-1: Wirkungsketten

Stakeholder	Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>BewohnerInnen</b>	Kostenbeiträge	Pflege und Betreuung Bereitstellung eines Wohnplatzes	Anzahl an Verrechnungstagen	keine Gefahr der Verwahrlosung erhöhtes Sicherheitsgefühl Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung eingeschränkte Privatsphäre keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben/versterben zu können verändertes psychisches Wohlbefinden verbesserter allgemeiner physischer Zustand höhere Infektionsgefahr als zuhause längere Lebenserwartung ausgewogene und regelmäßige Ernährung	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt hätten  (vgl. BewohnerInnenverteilung Alternativszenario)

				<p>höhere/geringere Kosten im Vergleich zum Alternativszenario</p> <p>geringerer Organisationsaufwand</p> <p>mehr soziale Kontakte</p> <p>adäquate Freizeitangebote</p> <p>Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit</p> <p>Gewährleistung eines sauberen Umfelds</p> <p>Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen</p>	
<p><b>Angehörige</b></p>	<p>Bereitschaft den/die Angehörige/n im APH unterzubringen</p>	<p>Übernahme der Pflege und Betreuung</p> <p>Einbeziehen der Angehörigen</p>	<p>Anzahl der von APH übernommenen Verpflegs-tage</p>	<p>weniger physische und psychische Belastungen</p> <p>Verbesserte soziale Beziehung</p> <p>Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist</p> <p>Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen</p> <p><b>Schuldgefühle, den/die Angehörige/n "abgeschoben" zu haben</b></p> <p>Möglichkeit auf Urlaub zu fahren</p> <p>Zeitliche Entlastung</p> <p>Veränderte Beziehung zum Angehörigen (unbelastete Begegnung)</p>	<p>Anzahl der Angehörigen, deren Angehörige/r ohne APH anders fremdbetreut wäre</p>

				Veränderte Beziehung zum Partner/der Partnerin (Beziehungskonflikte)	
<b>Hauptamtliche Mitarbeitende</b>	<p>Arbeitszeit</p> <p>Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen, ...)</p> <p>Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)</p>	<p>Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes</p> <p>Bereitstellung von Arbeitsmitteln</p> <p>Weiterbildungsmöglichkeiten</p>	<p>Anzahl an bezahlten Stunden</p> <p>Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen</p>	<p>Feste Beschäftigung und fixes Einkommen</p> <p><b>erhöhte physische Beeinträchtigung</b></p> <p>höhere Sensibilisierung für das Älterwerden</p> <p>Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)</p> <p>Verbesserung der Sozialkompetenz</p> <p><b>erhöhte psychomenteale Belastung</b></p> <p>Teamarbeit/enge Zusammenarbeit</p> <p>Know-how Gewinn/Weiterbildungsmöglichkeiten</p>	<p>Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich (für qualifizierte MA)</p> <p>Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich bzw. im Hilfskräftebereich (für nicht qualifizierte MA und Funktionspersonal)</p> <p>Möglichkeit eines Alternativjobs im Verwaltungsbereich (für Leitungs- und Verwaltungspersonal)</p>
<b>Ehrenamtliche Mitarbeitende</b>	<p>Arbeitszeit</p> <p>Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen, ...)</p> <p>Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)</p>	<p>Zurverfügungstellung einer ehrenamtlichen Position</p> <p>Bereitstellung von Arbeitsmitteln</p> <p>Weiterbildungsmöglichkeiten</p> <p>Sozialleistungen</p> <p>Koordination der Ehrenamtlichen</p>	<p>Anzahl an ehrenamtlichen Stunden</p> <p>Anzahl/ Qualität der Weiterbildungen</p>	<p>höhere Sensibilisierung für das Älterwerden</p> <p>Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)</p> <p>Verbesserung der Sozialkompetenz</p> <p>Know-how Gewinn</p> <p>Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Gemeinschaftsgefühl, Freundschaften</p>	<p>Möglichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements</p>

<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an APHs	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von APHs übernommenen PatientInnen	Verhinderung von Procuratio-Fällen geringerer verwaltungstechnischer Aufwand Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik sowie durch Nachbetreuung	Anzahl der BewohnerInnen, die auch ohne APH Procuratio-Fälle im Krankenhaus werden würden
<b>Bund</b>	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfe	Unterbringung der BewohnerInnen in APHs Pflege und Betreuung Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter Mitarbeitender	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
<b>Land Burgenland</b>	Errichtungskosten Ausgleich der Nettoausgaben der APH	Unterbringung der BewohnerInnen in APHs Betreuung und Pflege Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter Mitarbeitender	Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung Einsparung von Landesbeiträgen für mobile Dienste Zusätzliche Steuer und Abgabeneinnahmen 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

<b>Gemeinden</b>	<p>Errichtungskosten</p> <p>Ausgleich der Nettoausgaben der APH</p>	<p>Unterbringung der BewohnerInnen in APHs</p> <p>Betreuung und Pflege</p> <p>Bereitstellung von Arbeitsplätzen</p>	<p>Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen</p> <p>Anzahl beschäftigter Mitarbeitender</p>	<p>Einsparung von Förderung für 24h-Betreuung</p> <p>Einsparung von Gemeindebeiträgen für mobile Dienste</p> <p>Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen</p> <p>Erfüllung des Versorgungsauftrages</p>	<p>Möglichkeit eines Alternativjobs</p> <p>Anzahl der BewohnerInnen, die ohne APH eine 24h-Betreuung oder mobile Dienste zu kaufen würden</p> <p>Aktivitäten der APH, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl hervorruft</p>
<b>Sozialversicherungsträger</b>	Sachleistungen (z.B. Inkontinenzprodukte)	<p>Bereitstellung von Arbeitsplätzen</p> <p>Pflege und Betreuung der BewohnerInnen</p>	<p>Anzahl beschäftigter Mitarbeitender</p> <p>Anzahl betreuter BewohnerInnen</p>	<p>Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung</p> <p>Kosteneinsparungen im Gesundheitsbereich (Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen, Krankentransporte)</p>	<p>Möglichkeit eines Alternativjobs</p> <p>Anzahl der BewohnerInnen, bei denen auch ohne APH die entsprechende Wirkung erzielt worden wäre</p>
<b>AMS</b>	N/A	<p>Bereitstellung von Arbeitsplätzen</p> <p>Bereitstellung von Ausbildungsplätzen</p>	Anzahl an beschäftigten u. ausgebildeten Mitarbeitenden	<p>Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe</p> <p>Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung</p>	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären
<b>LieferantInnen</b>	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

<b>EigentümerInnen</b>	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 Leistungsbereiche nötig	Umlagen für zentrale Leistungen die auch ohne APH entstanden wären
<b>Einsatzorganisationen</b>	N/A	Von APH übernommene Einrichtungen, die sonst einen Krankentransport erfordern würden	Anzahl der BewohnerInnen, die keinen Krankentransport benötigen	geringeres Einsatzaufkommen	BewohnerInnen, die auch ohne APH keinen Krankentransport benötigen
<b>PraktikantInnen</b>	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
<b>VermieterInnen und LiegenschaftseigentümerInnen</b>	Errichtung von Alten- und Pflegeheimen	Unterbringung der BewohnerInnen in APHs	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 APHs mögliche Mietpreisanpassung/-erhöhung Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert	Anzahl der Wohnungen, die keine Mietpreisanpassung zulassen (Übernahme durch Familienmitglieder etc.)
<b>SachwalterInnen</b>	N/A	organisatorische Tätigkeiten	Art und Umfang der Leistungen die APHs übernommen haben	Zeitersparnis	BewohnerInnen, die nicht besachwaltet werden

Allgemeine Bevölkerung	Sonstige Einnahmen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl und Umfang der erbrachten Leistungen, die für die allgemeine Bevölkerung wahrnehmbar sind	Sicherheitsgefühl	Anzahl der Personen, die nicht bereit sind für APH zu zahlen
				Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	

## 8.2. DATENTABELLE

Tabelle 8-2: Zuordnung von Daten und Quellenangaben

Stakeholder	Wirkungen (Outcome)	Indikatoren / Proxys	Daten	Quellen
BewohnerInnen	keine Gefahr der Verwahrlosung	<b>Proxy:</b> Stundenlohn einer Haushälterin/ eines Haushälters	Stundensatz einer Haushälterin/ eines Haushälters: € 12,14	Statistik Austria 2010, eigene Berechnungen; BGBl. II Nr. 345/2016
		<b>Proxy:</b> Zeitverwendung für Hygiene und Haushaltsführung	Zeitverwendung pro Jahr: 626 Stunden und 35 Minuten	
	erhöhtes Sicherheitsgefühl	<b>Proxy:</b> Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530	Schober et. al 2013, eigene Berechnung
	Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung	<b>Proxy:</b> Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate	Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate: € 1.620	Albertus Magnus Volksschule 2016
	eingeschränkte Privatsphäre (Zweibettzimmer)	<b>Proxy:</b> Kosten einer Zusatzversicherung für ein Einbettzimmer pro Jahr	Kosten für ein Einzelzimmer pro Jahr pro Person: € 24.554	Statistik Austria 2016e, Uniqa 2018, eigene Berechnung

	keine Möglichkeit in der eigenen Wohnung verb- leben/versterben zu kön- nen	<b>Proxy:</b> Abfindungszah- lung für den Verzicht auf Hauptmietrechte	durchschnittliche Wohnnutzfläche im Burgenland: 78,4 m <sup>2</sup>  durchschnittliche Umzugskosten: € 625,97  Marktpreisdifferenz für ein Jahr bei Verminderung des Hauptmietzinses bei befristeten Verträgen (um 25%): € 1.157  zwei Monatsmieten für die durch- schnittlichen Maklergebühren: € 848	Statistik Austria 2011  Movinga 2017  BGBl. I Nr. 12/2016; BGBl. I Nr. 100/2014  Statistik Austria 2016b; BGBl. II Nr. 268/2010
	verändertes psychisches Wohlbefinden	<b>Proxy:</b> Kosten für eine Psychotherapie (Kurzthe- rapie)	Kosten Psychotherapie (Einheit á 50 Minuten): € 110  Dauer Kurztherapie: 25 Einheiten	Ellviva 2013; Psyonline 2013; eigene Berechnung
	verbesserter allgemeiner physischer Zustand	<b>Proxy:</b> Folgekosten ei- ner Schenkelhalsfraktu- ren, eines Harnwegsinfekts, einer Magen- Darm-Entzündung (Gast- roenteritis), einer Medi- kamentenverwechslung, von Dekubitalgeschwür- ren	Kosten Schenkelhalsfraktur: € 11.250  Kosten Harnwegsinfekt: € 425  Kosten Gastroenteritis: € 77  Folgekosten Mangelernährung: € 3.121,48  Folgekosten Medikamentenverwechslung: € 4.545,45  Folgekosten Dekubitalgeschwüre: € 34.090,56	Huhn 2005; Osteoporose 2018; eigene Berechnung  Thiesmann 2005; eigene Berechnung  Van Den Brandhof et al. 2003; eigene Berechnung  Frei 2006; eigene Berech- nung  Grandt et al. 2005; ei- gene Berechnung  Eibel 2012, eigene Be- rechnung
	höhere Infektionsgefahr als zuhause	<b>Proxy:</b> Folgekosten der Behandlung einer Kran- kenhausinfektion	Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion: € 18.636,36	Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009, eigene Be- rechnungen
	längere Lebenserwartung	<b>Proxy:</b> Wert eines ge- sunden Lebensjahres (QALY)	Wert eines gesunden Lebensjahres: € 36.937,50	Nice 2010; eigene Be- rechnung

	ausgewogene und regelmäßige Ernährung	<b>Proxy:</b> Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr	Kosten von Essen auf Rädern pro Jahr: € 5.411,90	Österreichisches Rotes Kreuz 2018; eigene Berechnung
	Unzufriedenheit mit dem Essen	<b>Proxy:</b> Marktpreisdifferenz zwischen einem Kantinenessen und einem á la carte – Menü	Mensa Mittagsmenü: € 570 á la carte Restaurant: € 29,30	Eurest 2018; eigene Berechnung Das Campus 2014; eigene Berechnung
	geringere Kosten im Vergleich zum Alternativszenario	Differenz der Kostenbeiträge bei Existenz der APHS im Vergleich zum Alternativszenario (alleine, bei Angehörigen, mobile Dienste, Zukauf privater Betreuung, 24h-Betreuung, AWF, Pflegeheime anderer Bundesländer, Krankenhaus)	Verlust bei „alleine“: € 391.645 Verlust „bei Angehörigen“: € 4.631.327 Verlust bei Zukauf mobiler Dienste: € 328.143 Gewinn bei Zukauf privater Betreuung: € 236.517 Verlust bei Zukauf AWF: € 169.364 Gewinn bei Zukauf 24h-Betreuung: € 7.281.619 Gewinn bei Procuratio-Fall: € 5.054.312 Verlust bei „verwahrlosen“: € 1.538.819 Verlust bei „versterben“: € 5.047.069	Statistik Austria 2016a; Statistik Austria 2016b; Schober et al. 2013; Pflegedienst24 2014; Pervan-Al-Soqauer et al. 2013; WPAA 2010; Pervan et al. 2015a; eigene Erhebung; eigene Berechnung
	geringerer Organisationsaufwand	<b>Proxy:</b> Zeitverwendung für organisatorische Angelegenheiten <b>Proxy:</b> Kosten für eine persönliche Assistenz	Zeitverwendung pro Tag: 75 Minuten Kosten persönliche Assistenz: 22 €	Statistik Austria 2010; WAG 2018
	mehr soziale Kontakte	<b>Proxy:</b> Zeitverwendung für soziale Kontakte	Zeitverwendung pro Tag: 93 Minuten Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 13,87 €	Statistik Austria 2010; eigene Berechnung

		<b>Proxy:</b> Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn		Statistik Austria 2014; eigene Berechnung
	adäquate Freizeitangebote	Kosten für Seniorenanimation	Bruttostundengehalt für Seniorenanimation: € 50,08	Pervan et al. 2015a
	Verbesserung der Wohnsituation durch Barrierefreiheit	<b>Proxy:</b> Kosten für eine Heimhilfe für ein Jahr	Höhe der Kosten: € 14.065	Persönliche Auskunft der burgenländischen Landesregierung 2018; eigene Berechnung
	Gewährleistung eines sauberen Umfelds	<b>Proxy:</b> Stundenlohn einer Haushälterin/ eines Haushälters	Stundensatz einer Haushälterin/ eines Haushälters: € 12,14	Statistik Austria 2010, eigene Berechnungen;
		<b>Proxy:</b> Zeitverwendung für Hygiene und Haushaltsführung	Zeitverwendung pro Jahr: 626 Stunden und 35 Minuten	BGBI. II Nr. 345/2016
Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen	<b>Proxy:</b> Kosten für eine systemische Familientherapie	Kosten Familientherapie (Einheit á 90 Minuten): € 160 durchschnittliche Dauer Familientherapie: 13,5 Einheiten	Hainz 2018; eigene Berechnung	
<b>Angehörige</b>	weniger psychische Belastung	<b>Proxy:</b> Folgekosten Burnout	durchschnittliche Folgekosten Burnout: € 16.850	Schneider/ Dreer 2013; eigene Berechnung
	weniger physische Belastung	<b>Proxy:</b> Folgekosten von Rückenproblemen	durchschnittliche Folgekosten Rückenprobleme: € 346,90	Freytag et al. 2012; eigene Berechnung
	geringere soziale Belastung	<b>Proxy:</b> Zeitverwendung für soziale Kontakte	Zeitverwendung pro Tag: 93 Minuten	Statistik Austria 2010; eigene Berechnung
		<b>Proxy:</b> Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 13,87 €	Statistik Austria 2014; eigene Berechnung
	Wissen, dass Angehörige/r gut versorgt ist	<b>Proxy:</b> Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530	Schober et. al 2013, eigene Berechnung
Möglichkeit der Erwerbsarbeit uneingeschränkt nachzugehen	dadurch erzielttes Einkommen	durchschnittliches Bruttojahresgehalt Vollzeit: € 37.200	Statistik Austria 2014; eigene Berechnung	

			durchschnittliches Bruttojahresgehalt Teilzeit: € 15.856	
	Schuldgefühle den Angehörigen „abgeschoben“ zu haben	<b>Proxy:</b> Höhe der Kosten für Geldgeschenke von Eltern an Kindern und Jugendlichen	Höhe der Geldgeschenke: € 2.880	Gabanyi et al. 2007
	Möglichkeit auf Urlaub	<b>Proxy:</b> Marktpreisdifferenz für einen Urlaub in der Haupt- bzw. Nebensaison	Differenz Inland: € 112 Differenz Ausland: € 238	Statistik Austria 2016f; Der Standard 2018; eigene Berechnung
	zeitliche Entlastung für Pflege	<b>Proxy:</b> durchschnittlicher Zeitaufwand der pflegende Angehörige für Pflegetätigkeiten pro Jahr  <b>Proxy:</b> Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	Zeitaufwand für Pflegetätigkeiten pro Jahr: 2.340 Stunden  Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn in Höhe von 13,87 €	Schneider et al. 2009; eigene Berechnung  Statistik Austria 2014
	verbesserte Beziehung zum Angehörigen	<b>Proxy:</b> Kosten für eine systemische Familientherapie	Kosten Familientherapie (Einheit á 90 Minuten): € 160  durchschnittliche Dauer Familientherapie: 13,5 Einheiten	Hainz 2018; eigene Berechnung
	verbesserte Beziehung zum Partner/ zur Partnerin	<b>Proxy:</b> Kosten einer Paartherapie	Kosten Paartherapie (Einheit á 90 Minuten): € 130  Dauer Therapie: 7 Einheiten	Psychotherapiepraxis 2018;  BMASK 2005
<b>Hauptamtliche Mitarbeitende</b>	feste Beschäftigung und fixes Einkommen	Höhe des zusätzlich verfügbaren Einkommens pro VZÄ-MitarbeiterIn	zusätzlich verfügbares Einkommen Pflege- und Betreuungspersonal: € 8.408.199,96  zusätzlich verfügbares Einkommen sonstiges Personal: € 312.312,34	Eigene Erhebung; eigene Berechnung

	erhöhte physische Beeinträchtigung	<b>Proxy:</b> Folgekosten von Rückenproblemen	Folgekosten Rückenprobleme, nicht spezifisch, bei Pflegepersonal: zwischen € 222 und € 1.966 (je nach Chronifizierungsgrad)  Folgekosten Rückenprobleme, spezifisch, bei Pflegepersonal: zwischen € 603,50 und € 3.179 (je nach Chronifizierungsgrad)	Freytag et al. 2012; eigene Berechnung
	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	<b>Proxy:</b> Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst einer VZÄ-MitarbeiterIn DGKS/PH/HH	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
	Verbesserung der Sozialkompetenz	<b>Proxy:</b> Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen (Besuch von mehreren Kursen zum Thema "Social Skills")	Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen: € 1.500	Egos 2012
	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	<b>Proxy:</b> Gehaltsunterschied zwischen dem Dienstleistungs- und Warenproduktionssektor	Gehaltsunterschied brutto pro Stunde: € 2,37	Statistik Austria 2014; eigene Berechnung
	erhöhte psychomenteale Belastung	<b>Proxy:</b> Folgekosten von Burnout	durchschnittliche Folgekosten Burnout: € 9.375	Schneider/ Dreer 2013; eigene Berechnung
	Teamarbeit	<b>Proxy:</b> Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeiten (Besuch von mehreren Kursen zum Thema „Teambuilding“)	Kurskosten für „Teambuilding“: € 1.260	Wifi Wien 2013
	Weiterbildungsmöglichkeiten	Aufwand für Fort- und Weiterbildungen für 2016	Höhe Weiterbildungsaufwand: € 251.080,70	Eigene Erhebung; eigene Berechnungen
<b>Ehrenamtliche Mitarbeitende</b>	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	<b>Proxy:</b> Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	durchschnittliches Bruttomonatseinkommen Österreich: € 1.932,21	Statistik Austria 2016g
	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	<b>Proxy:</b> Gehaltsunterschied zwischen dem	Gehaltsunterschied brutto pro Stunde: € 2,37	Statistik Austria 2014; eigene Berechnung

		Dienstleistungs- und Warenproduktionssektor		
	Verbesserung der Sozialkompetenz	<b>Proxy:</b> 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	<b>Proxy:</b> Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche	Kosten für einen Basiskurs: € 150	WRK 2014
	Wertschätzung, Zugehörigkeitsgefühl, Gemeinschaftsgefühl, Freundschaften	<b>Proxy:</b> Kosten einer Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr	Mitgliedschaft in einem Sportverein pro Jahr: € 200	FCWIEN 2014
<b>Krankenhäuser</b>	Verhinderung von Procuratio-Fällen	Kosten eines Krankenhaustages für Procuratio-Fälle	Kosten Procuratio-Fall: € 501,5	Rechnungshofbericht 2011/2
	geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	<b>Proxy:</b> Verdoppelung der Anzahl der EntlassungsmanagerInnen	Anzahl EntlassungsmanagerInnen im Burgenland: 4,95 VZÄ  durchschnittlicher Personalaufwand pro 1 VZÄ Pflege- und Betreuungspersonal: € 40.755,12	PIK Projektbericht 2010; eigene Berechnung  Eigene Erhebung; eigene Berechnung
	Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	<b>Proxy:</b> durchschnittlicher Zeitaufwand für Diagnose und Nachbetreuung  Proxy: durchschnittlicher Personalaufwand einer/s TurnusärztIn	Zeitaufwand: 1,5 Stunden  Personalaufwand TurnusärztIn pro Jahr: € 61.993,56	Pervan et al. 2015b  KAV 2015; eigene Berechnung
<b>Bund</b>	zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	Höhe der zusätzlichen Steuer- und Abgabeneinnahmen	Für Pflege- und Betreuungspersonal: € 3.822.192,78  Für sonstiges Personal: € 97.518,21	Eigene Erhebung; eigene Berechnung

	Einsparung von 24h Pflegeförderung	Höhe der eingesparten 24h-Betreuungs-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550 Anteil des Bundesbeitrages: 60%	BMDW 2018 Landesregierung Burgenland 2018
	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: € 416,83	Pensionsversicherungsanstalt 2018; eigene Berechnung
	Einnahmen aus der Ausgleichstaxe für das Behinderteneinstellungsgesetz	Höhe der Einnahmen aus der Ausgleichstaxe für das Behinderteneinstellungsgesetz	Höhe der Einnahmen: € 8.709	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
<b>Land Burgenland</b>	Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgaben	Höhe der Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgaben	Höhe der Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgabe: € 99.974	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
	Einsparung von 24h Pflegeförderung	Höhe der eingesparten 24h-Betreuung-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550 Anteil des Bundesbeitrages: 40% (50% davon wird dem Stakeholder „Gemeinden“ zugerechnet)	BMDW 2018 Landesregierung Burgenland 2018
	Einsparung von Förderung für mobile Dienste	Förderhöhe pro KlientIn	Förderhöhe pro KlientIn: 6.889,15 € (50% davon wird dem Stakeholder „Gemeinden“ zugerechnet)	Schober et al. 2013
<b>Gemeinden</b>	Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgaben	Höhe der Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgaben	Höhe der Grundsteuer und sonstige Gebühren und Abgabe: € 99.974	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
	Einsparung von 24h Pflegeförderung	Höhe der eingesparten 24h-Betreuung-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550 Anteil des Bundesbeitrages: 40% (50% davon wird dem Stakeholder „Land Burgenland“ zugerechnet)	BMDW 2018 Landesregierung Burgenland 2018
	Einsparung von Förderung für mobile Dienste	Förderhöhe pro KlientIn	Förderhöhe pro KlientIn: 6.889,15 € (50% davon wird dem Stakeholder „Land Burgenland“ zugerechnet)	Schober et al. 2013
<b>Sozialversicherungsträger</b>	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	Höhe der zusätzlich generierten SV-Beiträge	Zusätzliche SV-Beiträge für Pflege- und Betreuungspersonal: € 8.738.196,19	Eigene Erhebung; eigene Berechnung

			Zusätzliche SV-Beiträge für sonstiges Personal: € 318.338,75	
<b>AMS</b>	Einsparung von Arbeitslosengeld/ Notstandshilfe und Krankenkassenbeiträgen	Höhe des eingesparten Arbeitslosengeldes	Höhe des eingesparten Arbeitslosengeldes für Pflege- und Betreuungspersonal: € 9.760.091,75  Höhe des eingesparten Arbeitslosengeldes für sonstiges Personal: € 426.695,40	Eigene Erhebung; eigene Berechnungen
<b>LieferantInnen</b>	Zusätzliche Aufträge	Höhe der zusätzlichen Aufträge	Höhe der zusätzlichen Aufträge: € 2.345.325	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	weniger Hausbesuche	<b>Proxy:</b> Differenz zwischen Stundensatz für Hausbesuch und Stundensatz der Praxis	Stundensatz pro Hausbesuch (inkl. Zuschlag für Zeitversäumnis): € 60,4  Stundensatz der Praxis (Fallpauschale pro Quartal, inkl. Hausarztzuschlag): € 29,39  Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche im Jahr, Österreich: 6,6	WGKK 2017; eigene Berechnungen  OECD 2017; Statistik Austria 2002
<b>Eigentümerinnen und Eigentümer</b>	Ausbau/ Einschränkung des Bereiches APH möglich/ nötig	Höhe des Gewinns inkl. Rücklagenerhöhung	Höhe des Gewinns inkl. der Rücklagenerhöhung, 2016: € 2.255.531	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
	Umlagen für zentrale Leistungen	Höhe der Umlagen für zentrale Leistungen	Höhe der Umlagen für zentrale Leistungen, 2016: € 718.344	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
<b>Einsatzorganisationen</b>	geringeres Einsatzaufkommen	Kosten Krankentransport	Kosten Krankentransport: € 85,80	Interviews Vorgängerstudie; Statistik Austria 2017a; eigene Berechnung
<b>Praktikantinnen und Praktikanten</b>	höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	<b>Proxy:</b> Verdienstentgang durch ein einmonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	durchschnittliches Bruttomonatseinkommen Österreich: € 1.932,21	Statistik Austria 2016g
	Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	<b>Proxy:</b> Gehaltsunterschied zwischen dem Dienstleistungs- und Warenproduktionssektor	Gehaltsunterschied brutto pro Stunde: € 2,37	Statistik Austria 2014; eigene Berechnung

	Verbesserung der Sozialkompetenz	<b>Proxy:</b> 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	<b>Proxy:</b> Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeiten (Besuch von mehreren Kursen zum Thema „Teambuilding“)	Kurskosten für „Teambuilding“: € 1.260	Wifi Wien 2013
	Know-How Gewinn	<b>Proxy:</b> Kosten für einen Basiskurs für pflegende Angehörige und Ehrenamtliche	Kosten für einen Basiskurs: € 150	WRK 2014
<b>VermieterInnen und LiegenschaftseigentümerInnen</b>	Mieteinnahmen Gebäude APHs	Höhe der Mieteinnahmen	Mieteinnahmen 2016: € 1.775.931	Eigene Erhebung; eigene Berechnung
	Mieterhöhung/ Mietpreisanpassung	<b>Proxy:</b> Mieterhöhung bei Altmietzins Mietverträgen bei Übergabe an Verwandte mit Mietzins einer Kategorie A-Wohnung und bei Übergabe an Dritte mit Richtwert des Mietzins 2016	Altmietzins: € 0,97 Kategoriesatz Kategorie A-Wohnung 2016: € 3,43 Richtwert Mietzins 2016, Burgenland: € 4,92 durchschnittliche Wohnnutzfläche im Burgenland: 78,4 m <sup>2</sup> Anteil Mieter in Österreich (davon in Gemeindewohnungen): 41% (19%)	Schober et al. 2013 BGBl. I Nr. 100/2014 ÖHGB 2018 Statistik Austria 2011 Statistik Austria 2017a; Oberhuber/ Denk 2014; eigene Berechnung
	Verhinderung von Verwahrlosung	<b>Proxy:</b> Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung	Räumungs- und Reinigungskosten: € 2.000	Pervan et al. 2015a
<b>Sachwalterinnen und Sachwalter</b>	Zeitersparnis	<b>Proxy:</b> durchschnittlicher Stundensatz eines österreichischen Angestellten bzw. eines Rechtsanwaltes	Zeitersparnis im Monat: 1,5 h Bruttostundenverdienst eines österreichischen unselbstständig Erwerbstätigen: € 13,87 Stundensatz Rechtsanwalt: € 180	Interviews Vorgängerstudie Statistik Austria 2014 Veith 2018

Allgemeine Bevölkerung	Sicherheitsgefühl	<b>Proxy:</b> Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530 Anzahl der Personen über 40 Jahre im Burgenland, 2016: 172.506	Schober et. al 2013, eigene Berechnung Statistik Austria 2017b
	Verdrängung aus dem Arbeitsmarkt	dadurch verlorenes Einkommen	durchschnittliches Bruttojahresgehalt Vollzeit: € 37.200 durchschnittliches Bruttojahresgehalt Teilzeit: € 15.856	Statistik Austria 2014; eigene Berechnung





# Infos und Kontakt

Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen und Social Entrepreneurship

**WU**

Wirtschaftsuniversität Wien

*Vienna University of Economics and Business*

Gebäude D2, Eingang E, 3. OG

Welthandelsplatz 1, 1020 Wien

Tel: + 43 1 313 36 / 5878

Fax: + 43 1 313 36 / 5824

[npo-kompetenz@wu.ac.at](mailto:npo-kompetenz@wu.ac.at)

[\*\*www.npo.or.at\*\*](http://www.npo.or.at)