

Der gesamtwirtschaftliche Nutzen von 24-h Pflege- und Betreuungsdiensten im Vergleich zu stationären Pflegeangeboten

Ein Vergleich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland

Christoph Gretzl

1 Einleitung

Das Thema Pflege wird in Zeiten des demographischen Wandels, dem Rückgang der informellen Pflege und der steigenden Verantwortung der öffentlichen Hand bei der Finanzierung eine immer größer werdende Bedeutung zugeschrieben. Im Hinblick auf die Finanzierung der Pflege sind aus Sicht der Sozialpolitik nachhaltig finanzierbare Lösungen gefragt. Um diese Herausforderungen näher zu beleuchten und Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte Versorgung der älteren Bevölkerung zu erforschen, werden im Rahmen dieses Artikels zwei Pflegeangebote analysiert. Dabei handelt es sich um 24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste zu Hause und um stationäre Pflegeangebote.

Dieser Artikel¹ versucht diese zwei Pflegesysteme in drei österreichischen Bundesländern (Wien, Niederösterreich und Burgenland) vergleichend zu beurteilen.

Die Methode, die bei dieser Arbeit herangezogen wurde, ist eine besondere Art der Kosten-Nutzen-Analyse und nennt sich Social Return on Investment Analyse, kurz SROI. In der deutschen Literatur wird dafür der Begriff Sozialrendite verwendet.

Der Artikel erläutert zunächst ausführlich die Methodik der SROI Analyse, ihrer Entstehung, sowie die wesentlichen Vorteile und Grenzen. Im Anschluss darauf wird die Methode auf die genannten Pflegesysteme in den drei Bundesländern angewandt. Die Ergebnisse werden am Schluss zusammengefasst und daraus Schlussfolgerungen gezogen.

2 Methodik – SROI Analyse

Die Social Return on Investment Analyse (SROI) ist der Methode der Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) ähnlich. Bei der

KNA werden die eingesetzten Mittel für eine Maßnahme bzw. ein Projekt den in Geldeinheiten quantifizierten Wirkungen gegenübergestellt. Die Monetarisierung der Wirkungen kann über verschiedene Methoden, wie zum Beispiel Opportunitätskosten, Einsparungen, Willingness to pay-Bewertungen oder Marktsimulationen erfolgen. (Rauscher, et al., 2012 S. 9) Bei der Social Return on Investment Analyse werden die Wirkungen monetarisiert und den Aufwendungen gegenübergestellt, nur dass bei der SROI eine andere Begrifflichkeit als bei der KNA verwendet wird. Statt Kosten spricht man bei der SROI von Investitionen und der Nutzen ist bei dieser Analyse einerseits der direkte Return aus betriebswirtschaftlicher Sicht und andererseits im Vordergrund stehend der „social return“, also der geschaffene soziale Mehrwert, der durch verschiedene gemeinnützige oder sozial tätige Organisationen oder Maßnahmen erreicht wird. Ein weiterer Unterschied zwischen der KNA und der SROI besteht darin, dass die KNA die ökonomischen Auswirkungen vorrangig betrachtet und die Auswirkungen im Bereich der Nachhaltigkeit und des Sozialen eher ergänzend untersucht. Bei der SROI hingegen werden vorrangig Maßnahmen oder gemeinnützigen Organisationen betrachtet, die auf die Verbesserung des Gemeinwohls abzielen. Das bedeutet, dass bei dieser Methode die sozialen Auswirkungen vorrangig betrachtet werden und das betriebswirtschaftliche Ergebnis in vielen Fällen nur eine untergeordnete Rolle spielt. (Kehl, et al., 2012 S. 315f.)

Wie bereits beschrieben, werden bei SROI Analysen Kosten als Investitionen und der Nutzen als gemeinnützige soziale Rendite oder „Social Return“ betrachtet. Wichtig dabei ist, dass der Return den in Geldeinheiten bewerteten Wirkungen der betrachteten Maßnahme entspricht. Eine weitere Besonderheit dieser Methode ist, dass der Nutzen aus der Sicht verschiedener Stakeholdergruppen dargestellt wird. Im Sinne der Kostenlogik wird von einem Wertverzehr ausgegangen und somit ist der Begriff eher negativ behaftet, da hier etwas verbraucht wird, um die Leistungen zu erstellen. Investition wird im Gegensatz dazu eher positiv gesehen, da ein Ertrag erzielt wird. Erzielen bestimmte Maßnahmen entsprechend positive gesellschaftliche Wirkungen, so war es gesamtwirtschaftlich bzw. gesellschaftlich gesehen ein rentables Investment, auch wenn es aus der Sicht eines Stakeholders „nur“

1 Dieser Artikel stützt sich dabei auf eine Diplomarbeit, welche der Autor im Rahmen des Masterstudiums der Raumplanung an der TU Wien im Jahr 2014 unter der Betreuung von Michael Getzner und Denise Zak verfasst hat. (Gretzl, 2014) Der Autor wurde für die Arbeit am 06.10.2015 mit dem Wissenschaftspreis für JungakademikerInnen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ausgezeichnet.

Kosten verursacht hat. (Rauscher, et al., 2012 S. 10)

In den letzten Jahren hat die SROI Analyse besonders auch in Österreich zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. So wurden beispielsweise SROI Analysen in unterschiedlichen sozialen Themenbereichen, wie dem Feuerwehrwesen (Schober, et al., 2012), Wohn- und Ausbildungsstätten für ehemalige Straßenkinder (Rauscher, et al., 2011) oder Mikrokrediten zur Verbesserung der Wohnsituation (Rauscher, et al., 2012) durchgeführt. Mittlerweise hat sich ein eigenes Netzwerk (SROI-Network) gebildet, um dieses Instrument ständig weiterzuentwickeln.

Die Methode wurde Ende der 1990er Jahre von Roberts Enterprise Development Fund (REDF) aus den USA entwickelt, wobei Ansätze der klassischen KNA und Methoden zur Messung sozialen Mehrwerts miteinander kombiniert werden. (Clark, 2004 S. 30) Robert Enterprise Development Fund ist eine amerikanische gemeinnützige Organisation mit dem Ziel, Menschen dabei zu helfen, aus der Armut zu fliehen. Der Fonds entwickelte das Modell der SROI um den erzielten Effekt ihrer Projekte evaluieren zu können, da sich zeigte, dass das Instrument der klassischen KNA nicht ausreichte um die Arbeit der Organisation zu erfassen. 1997 wurde die erste Form der SROI entwickelt, wobei das Konzept auf die Standardinstrumente der Investitionsrechnung zurückgreift und die erzielten Effekte (Impacts) erfassbar und in Geldeinheiten ausgedrückt darstellbar macht. 2001 wurde das Modell unter dem Namen „Social Return on Investment Methodology: Analyzing the Value of Social Purpose Enterprise within a Social Return on Investment Framework“ (Chun, 2001) erstmals veröffentlicht. Kerninhalt der Methode war dabei der „Blended-Value“-Ansatz, der einen integrierten Wert aus unternehmerischen und sozialen Return bildet. Daher wird in dieser Arbeit der Begriff „integrierter Wert“ (=Blended Value) verwendet. Der ökonomische Mehrwert (enterprise value) ist im engeren Sinne als das betriebswirtschaftliche Ergebnis der Organisation bzw. des Unternehmens definiert. Der soziale Mehrwert (social purpose value) umfasst einerseits sozio-ökonomische Effekte und andererseits soziale Auswirkungen. Dazu zählen quantifizierbare Zusatzkosten oder Effekte, die bspw. durch zusätzliche Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge erzielt werden, und soziale Auswirkungen, wie die Verbesserung des Gesundheitszustandes oder die Steigerung der Lebensqualität. Die Effekte auf ökonomischer und sozialer Ebene werden zusammen im integrierten Wert ausgedrückt. (Chun, 2001 S. 20ff.)

Das Ergebnis der SROI Methode ist ein SROI-Koeffizient. Ein SROI-Koeffizient über 1 bedeutet einen gesamtwirtschaftlichen Mehrwert. Ein SROI-Koeffizient von 2 bedeutet also zum Beispiel, dass durch 1 eingesetzten Euro ein gesamtwirtschaftlicher Mehrwert (unternehmerischer und sozialer Mehrwert) von 2 Euro ermittelt worden sind.

Wichtig dabei ist, die geschaffenen sozialen Wirkungen klar darzustellen und zu begründen, um sie nachvollziehbar zu machen. So bot dieses Instrument sozialen Unternehmen bzw. Non-profit Organisationen zum ersten Mal die Möglichkeit ihre Erfolge bzw. Wirkungen zu messen und darzustellen. Gleichzeitig entstanden in diesem Zusammenhang auch einige Fragen zur Vorgangsweise, wie zum Beispiel ob Einsparungen öffentlicher Ausgaben als Erfolgsindikator ge-

wertet werden können oder welche Kosten und Erträge in die SROI Analyse miteinbezogen werden können und dürfen. (Reichelt, 2009 S. 16f.)

Folgende Begrifflichkeiten sind für die Methode zentral:

- **Stakeholder:** Wer trägt zum Erfolg eines Unternehmens bzw. eines Projektes bei? Wer profitiert davon? Stakeholder stellen Ressourcen bereit, die zum Erfolg des Unternehmens bzw. der Maßnahme beitragen. Sie übernehmen Risiko, sind dadurch abhängig und besitzen Einfluss auf die Leistung des Unternehmens bzw. der Maßnahme. (Kochan, et al., 2000 S. 373) Durch diesen Einfluss ist bei der Betrachtung wichtig, die Ziele und Erwartungen der Stakeholder zu identifizieren und analysieren. Dabei wird zwischen allgemeinen Zielen und den konkreten Zielen für das Unternehmen bzw. Projekt unterschieden. Für die Analyse relevant sind nur die Ziele bezogen auf das Projekt. (Reichelt, 2009 S. 20)
- **Impact Map:** Auf welche Art und Weise werden Wirkungen bei den identifizierten Stakeholdern erreicht? Um diese Frage beantworten zu können, werden in einer so genannten „Impact Value Chain“ alle Komponenten der Stakeholder analysiert, die Wirkungen erreichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese nur durch den Einsatz bestimmter Inputs erreicht werden können. Durch die Verwendung der Inputs können bestimmte Aktivitäten durchgeführt werden, die in weiterer Folge die erwünschten Wirkungen bzw. Outputs direkt oder indirekt hervorrufen. Das Ergebnis bzw. der Impact ergibt sich aus der Betrachtung der Outputs abzüglich der Veränderungen, die auch ohne Maßnahme erreicht würden, „Deadweight“. (Reichelt, 2009 S. 20f.)
- **Deadweight:** Was wäre auch ohne die Maßnahme passiert? Um eine bessere Evaluierung im Vergleich zum Modell der REDF zu erreichen, ist es wichtig das so genannte Deadweight von den erreichten Outputs zu subtrahieren. Bei Deadweight handelt es sich um Veränderungen, die auch ohne Maßnahme erreicht worden wären und die Wirkung der konkreten Maßnahme keinen signifikanten Einfluss darauf hat. Daher ist es wichtig dieses Deadweight von den beobachteten Outputs abzuziehen um das Ergebnis nicht zu verfälschen. (Reichelt, 2009 S. 22f.)

Der aktuellste Ansatz der SROI Analyse ist eine Weiterentwicklung durch das European SROI Network. Der Aufbau und die Teilschritte der SROI Analyse sind in Tabelle 1 dargestellt.

2.1 Vorteile der SROI Analyse

Der größte Mehrwert einer SROI Analyse ist das Aufzeigen von erzielten gesellschaftlichen Auswirkungen einer sozialen Maßnahme. Bei betriebswirtschaftlichen und anderen gesamtwirtschaftlichen Analysemethoden wird dieser Aspekt gar nicht berücksichtigt oder zum Teil nur nachrangig untersucht. Durch die bisher fehlende Evaluierung der Auswirkungen auf das Gemeinwohl wurden soziale Investitionen nur als Kosten wahrgenommen und deren positive Effekte zu wenig erfasst. SROI Analysen heben die positiven Effekte hervor, indem sie in der gängigen und leicht verständlichen

Tab. 1. Aktuelles Modell der SROI Analyse nach dem European SROI Network

Phase 1 – Planung
1.1 Definition der Ziele der Analyse
1.2 Beschreibung des Projektes bzw. der Maßnahme
1.3 Identifizierung der Stakeholder
1.4 Bestimmung des Umfanges der Analyse
1.5 Darstellung der Impact Value Chain für die einzelnen Stakeholder
1.6 Bestimmung der Informationsquellen und der Datenqualität
1.7 Erstellung eines Erhebungsplanes
Phase 2 – Umsetzung
2.1 Datensammlung für die Messung des Outputs
2.2 Bestimmung des Deadweights
2.3 Monetarisieren der Indikatoren für die Messung des Outputs
2.4 Erhebung der Investitionen
2.5 Analyse der Einnahmen und Ausgaben gesamt
2.6 Analyse der Einnahmen und Ausgaben einzelner Stakeholder
2.7 Erstellung von Prognosen
2.8 Berechnung des Social Returns
Phase 3 - Report
3.1 Festhalten und Aufarbeiten aller Erkenntnisse in einem Report
Phase 4 - Evaluierung
4.1 Evaluierung und Monitoring der Ergebnisse

Quelle: (Reichelt, 2009 S. 28), Darstellung (Gretzl, 2014 S. 84)

Einheit von Geld den Nutzen von Projekten ausdrücken und nachvollziehbar machen.

Ein weiterer Vorteil der SROI Analyse liegt vor allem in der Informationsgewinnung über die einzelnen involvierten Stakeholder einer betrachteten Maßnahme. Dadurch wird einerseits deutlich, wer an den Investitionen zu welchem Anteil beteiligt ist und andererseits, bei wem die größten Wirkungen erzielt werden können. Diese Erkenntnisse sind wesentlich, um die Finanzierung der betrachteten Maßnahme zu hinterfragen bzw. ein Bewusstsein für die Auswirkungen einer Maßnahme zu schaffen. Aus Sicht der Politik bzw. der InvestorInnen kann diese Methode eine Entscheidungshilfe bei der Bewertung verschiedener Maßnahmen sein.

2.2 Grenzen der SROI Analyse

Neben den soeben beschriebenen Vorteilen sind der Analyse jedoch auch einige Grenzen gesetzt. Ein Schwachpunkt dieser Methode ist zum Beispiel, dass der/die AutorIn der Analyse einen großen Spielraum bei der Messung und der Bewertung der Wirkungen hat. Es gibt keine standardisierten Vorgaben in diesem Bereich und so führt dies auch dazu, dass die Analysen einander nur schwer gegenübergestellt und miteinander verglichen werden können. Bezüglich der Bewertung der Wirkung ist die Monetarisierung sozialer Effekte zu hinterfragen. Da es für diesen Vorgang keine klaren Kriterien gibt, ist es umso wichtiger, dass der Prozess nachvollziehbar dargestellt und die Monetarisierung gut begründet wird. Die Analyse der Auswirkungen ist besonders herausfordernd, da Auswirkungen oftmals indirekt kausal verursacht werden,

mit langer zeitlicher Verzögerung eintreten, in einem unklaren, weiten Wirkungsbereich auftreten oder schwer monetarisierbar sind. (Rauscher, et al., 2012 S. 11)

Wie bereits erwähnt lassen sich SROI Analysen nur begrenzt miteinander vergleichen, da einerseits die Methode der Bewertung und Messung der Auswirkungen noch nicht standardisiert genug ist und andererseits das sozialstaatliche Umfeld immer in Relation dazu gesehen werden muss. So lassen sich bspw. ähnliche Maßnahmen in verschiedenen Ländern nicht miteinander vergleichen, da die Wirkungen von der Ausprägung des jeweiligen Sozialsystems abhängen. Will man SROI Analysen miteinander vergleichen, muss darauf geachtet, dass für beide Projekte dieselben Rahmenbedingungen gelten und gleiche Bewertungsmethoden angewendet werden. (Rauscher, et al., 2012 S. 12) Der Schwachpunkt der Vergleichbarkeit von Analysen wurde in der zugrundeliegenden Arbeit zu einer Stärke gemacht. Durch die Betrachtung dreier Bundesländer und der Auswahl von zwei verschiedenen Maßnahmen auf Basis gleicher Monetarisierungsgrundlagen ist eine Vergleichbarkeit sichergestellt worden. So ist es möglich über die Ergebnisse der SROI Analyse bundeslandspezifische Aussagen zu treffen und beide Angebote miteinander zu vergleichen.

Aus in der Vergangenheit bereits durchgeführten SROI Analysen hat sich gezeigt, dass im Hinblick auf Nachhaltigkeit soziale Wirkungen tendenziell überschätzt werden, da der Zeithorizont der Betrachtungsweise eher kurzfristig ist. In vielen Fällen bezieht sich der gewählte Betrachtungszeitraum auf fünf bis zehn Jahre. Dieser Zeitraum ist jedoch für viele Indikatoren des Einflusses auf das Gemeinwohl, wie

Gesundheitszustand, zu gering. In diesem Zusammenhang ergibt sich ein weiterer Schwachpunkt der Analyse, der sich auf die Zurechenbarkeit der Ergebnisse bezieht. Konkret muss man sich bei der Analyse immer die Frage stellen, welche Auswirkungen in der Gesellschaft durch die betrachtete Maßnahme direkt hervorgerufen wären, oder vielleicht eine andere Ursache haben und nur durch Zufall damit in Zusammenhang gebracht werden. Faktoren wie Konjunkturschwankungen oder allgemein gesellschaftliche Entwicklungen haben einen starken Einfluss auf das Gemeinwohl und können nur schwer von durch eine konkrete Maßnahme induzierten Auswirkungen getrennt werden. (Kehl, et al., 2012 S. 316f.)

Somit ist die SROI Analyse ein geeignetes Instrument, um die Ergebnisse einzelner Maßnahmen auf den Punkt zu bringen und über die Gegenüberstellung von Investitionen und erreichten Wirkungen bzw. der daraus resultierenden Zahl, den SROI-Koeffizienten, verständlich zu machen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass dies kein geeignetes Instrument ist um verschiedene Maßnahmen aufgrund des Koeffizienten ohne gleiche Monetarisierungsgrundlage miteinander zu vergleichen und so über Investitionen zu entscheiden.

3 Anwendung der SROI Analyse auf die Pflegesysteme

Das Ziel dieser Analyse ist es, die sozialen Auswirkungen von zwei vergleichbaren Pflege- und Betreuungsangeboten in den drei ausgewählten Bundesländern zu evaluieren. Es soll die Wertschöpfungs- bzw. Wirkungskette der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege nachvollziehbar dargestellt werden. Einerseits soll diese Analyse einen Bei-

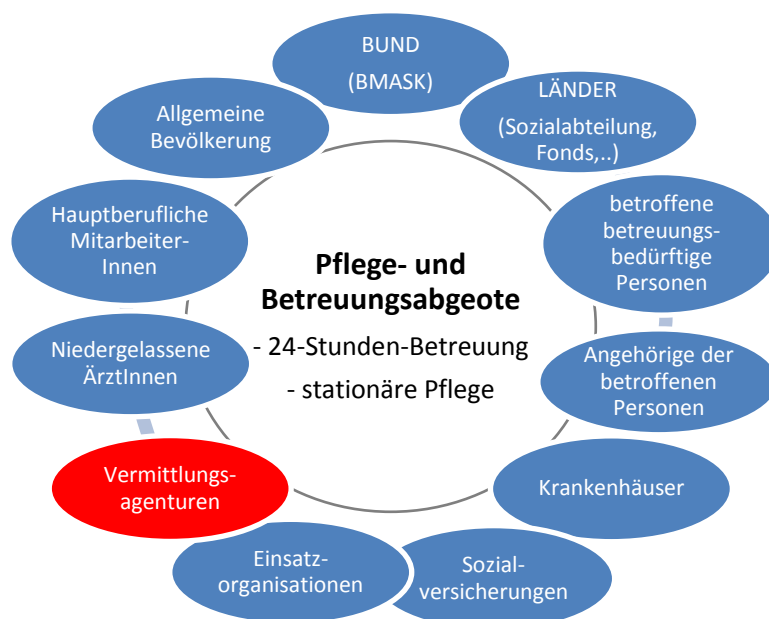
trag dazu leisten, das Angebot im Bereich der Pflege und Betreuung besser auf die zukünftigen Herausforderungen abstimmen zu können und die Folgen und Wirkungen deutlich zu machen. Andererseits soll diese Analyse zur Weiterentwicklung dieses relativ jungen Instruments beitragen und die Erfahrungen über Vorteile und Grenzen reflektiert darstellen.

Die folgende Analyse bezieht sich auf die zuvor beschriebenen zwei Pflege- und Betreuungsangebote in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland. Beide Angebote richten sich an eine ähnliche Zielgruppe, sind jedoch sehr unterschiedlich in der Art der Versorgung und ihrer jeweiligen Finanzierung. So wird angenommen, dass sich die gesamtwirtschaftlichen Folgen für beide Pflege- und Betreuungsformen in ihrer Ausprägung stark unterscheiden. Der Berechnungszeitraum für Investitionen beträgt ein Jahr und bezieht sich auf das Jahr 2012. Die Datengrundlage für die Investitionen bildet die Analyse der Pflegesysteme in den Bundesländern.² Der Erhebungs- und Bearbeitungszeitraum der zugrunde liegenden Arbeit beträgt rund zehn Monate. Im September 2013 wurde das Konzept dieser Analyse entworfen und der Umfang festgelegt. In den folgenden Monaten wurden die theoretischen Grundlagen erarbeitet und die Analyse der Pflegesysteme durchgeführt. Von Februar 2014 bis Juli 2014 wurde darauf aufbauend die SROI Analyse erstellt und weitere Erhebungen durchgeführt.

3.1 Stakeholder und deren Impact Value Chain

Das Modell der SROI Analyse baut, wie zuvor im Abschnitt der Methodik beschrieben, auf einer Stakeholder-basierten

² Die detaillierte Analyse der Pflegesysteme ist in Gretzl, 2014 S. 34-77 beschrieben.



Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 90)

Abb. 1. Stakeholder

Betrachtungsweise auf. Dazu werden in einem ersten Schritt alle Interessensgruppen, welche entweder zu den Investitionen der ausgewählten Pflege- und Betreuungsleistungen beitragen oder/und von den Folgen und Wirkungen der Angebote profitieren, identifiziert. Durch die gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweise wird versucht, möglichst alle Stakeholder zu erfassen, die von den Leistungen profitieren. Nur so kann sich ein repräsentatives Ergebnis dieser Analyse ergeben und alle sozialen Wirkungen erfasst werden. Die Interessensgruppen der beide ausgewählten Pflege- und Betreuungsangebote sind im Wesentlichen dieselben. In folgender Abbildung 1 sind die identifizierten Stakeholder dargestellt. Anzumerken ist, dass die rot dargestellte Interessensgruppe nur für die 24-Stunden-Betreuung relevant ist.

Impact Value Chains der einzelnen Stakeholder

Die Impact Value Chain (Wirkungskette) zeigt für jeden Stakeholder welche Inputs er für das System leistet und welche Auswirkungen das System auf ihn hat. Die Wirkungskette (Input-Output-Deadweight-Impact) wird im Folgenden beschrieben: (Gretzl, 2014 S. 92)

Input: Im Wesentlichen leisten vier Stakeholder Investitionen für die ausgewählten Pflegeangebote. In beiden Fällen, 24-h-Betreuung und stationäre Pflege, leisten die betroffenen pflege- und betreuungsbedürftigen Personen einen Kostenanteil für das jeweilige Angebot. Bei der 24-h-Betreuung fallen zusätzlich zu den Kosten für die Betreuung noch Investitionen für eine betreuungsgerechte Wohnungsanpassung an. Dies betrifft z.B. die Anschaffung eines Pflegebettes, die Adaptierung des Badezimmers, den Einbau eines Rollstuhllifts für Stiegen oder die Bereitstellung und Adaptierung eines Raumes für die Betreuungsperson. Da diese Maßnahmen meist von Angehörigen durchgeführt werden, teilen sich die Kosten auf diese beiden Stakeholder auf. Der Bund leistet über das Pflegegeld einen Beitrag zur Finanzierung beider Angebote. Zusätzlich dazu unterstützt er die 24-h-Betreuung über eine spezielle Förderung, welche zu 60% vom Bund und zu 40% vom jeweiligen Land finanziert wird. Im Bereich der stationären Pflege und Betreuung tragen die einzelnen Bundesländer den Hauptteil der Kosten und sind für die Bereitstellung dieses Angebots verantwortlich. Bei der 24-h-Betreuung übernehmen sie, wie bereits erwähnt, 40% der Förderkosten.

Output: Alle ausgewählten Stakeholder haben einen gewissen Output durch das Angebot der angesprochenen Leistungen. Die betroffenen Personen erhalten durch ihre Kostenbeiträge professionelle und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung rund um die Uhr. Angehörige werden durch beide Angebote entlastet und ersparen sich Zeit, die sie für die Betreuung aufwenden würden. Der Bund profitiert von zusätzlichen Arbeitsplätzen im Pflege- und Betreuungsbereich. Die Länder können durch ihre Finanzierung einer gewissen Anzahl an betreuungsbedürftigen Personen eine bedarfsgerechte und professionelle Betreuung gewährleisten. Krankenhäuser werden durch eine geringere Anzahl an Behandlungsfällen, hervorgerufen durch Stürze und Ähnlichem bei unzureichender Versorgung und Betreuung, entlastet. Sozialversicherungen profitieren durch die geschaffenen Arbeitsplätze in Form von zusätzlichen Beiträgen. Niedergelassene Ärzte profitieren aus denselben Gründen wie die Krankenhäuser durch die Vermeidung von Nachbetreuung

von Spitalspatienten. Hauptberufliche Mitarbeiter können einer Erwerbstätigkeit nachgehen und erlangen dadurch ein geregeltes Einkommen. Einsatzorganisationen haben ein geringeres Einsatzaufkommen durch die bereits angesprochene Vermeidung von Unfällen und Stürzen. Vermittlungsagenturen profitieren bei der 24-h-Betreuung von der Vermittlung von Betreuungspersonen und die allgemeine Bevölkerung profitiert von beiden Angeboten durch eine bedarfsgerechte Versorgungsform im Alter.

Impact: Die betroffenen Personen ersparen sich die Kosten für mobile Dienste, die sie für eine bedarfsgerechte Versorgung passend zu ihrer Pflegestufe brauchen würden. Des Weiteren besteht der Impact der betroffenen Personen einerseits aus dem besseren psychischen und physischen Wohlbefinden durch die bedarfsgerechte Versorgung ihres Pflegebedarfs und andererseits aus der gewonnenen Lebensqualität bzw. den gewonnenen Lebensjahren. Bei stationären Betreuungsangeboten, wie im beispielhaft analysierten Fall des Pflegeheimes Rechnitz, wird besonderer Wert auf die sozialen Kontakte und die aktive Einbindung der BewohnerInnen in das Alltagsgeschehen gelegt. Weiters kommt es zu Einsparungen der Lebenskosten für Wohnen, Essen, -etc. für die Bewohnerinnen eines Heimes. Angehörige werden durch die professionelle Pflege- und Betreuungsarbeit entlastet und verringern dadurch die psychischen und physischen Belastungen. Zusätzlich können sie durch die Zeitersparnis einer Erwerbstätigkeit nachgehen und ein geregeltes Einkommen erzielen. Der Bund profitiert von den Lohnsteuereinnahmen durch zusätzliche Arbeitsplätze in stationären Pflegeheimen. Krankenhäuser profitieren durch vermiedene Spitalsaufenthalte, sowie durch Verkürzungen von Aufenthalten durch eine entsprechend bedarfsgerechte Versorgung nach dem Akutaufenthalt und sie können Patienten mit hohem Pflegebedarf in bedarfsgerechte Einrichtungen entlassen. Sozialversicherungen profitieren durch zusätzliche Arbeitsplätze an weiteren Sozialversicherungsbeiträgen. Im niedergelassenen Bereich kommt es zu Einsparungen durch weniger Hausbesuche. Die hauptberuflichen MitarbeiterInnen beider Versorgungsformen profitieren durch ein geregeltes Einkommen und eine gesicherte Beschäftigung, nehmen aber einen Teil der physischen und psychischen Belastung der Angehörigen auf sich. Einsatzorganisationen profitieren durch ein geringeres Einsatzaufkommen in Folge von weniger Unfällen und Stürzen in den einzelnen Haushalten. Die Vermittlungsagenturen von 24-h-Betreuungsdiensten profitieren durch die Vermittlungsprovisionen je Betreuungskraft und bei der allgemeinen Bevölkerung kommt es zu einer Steigerung des Sicherheitsgefühls im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Falle eines Pflegebedarfs im Alter.

Die Informations- und Datenquellen der Investitionen basieren auf dem Sozialbericht des BMASK, den Sozialberichten der Länder sowie Daten der Statistik Austria. Damit wird gewährleistet, dass sich alle Daten auf dasselbe Jahr (2012) und denselben Bevölkerungsstand beziehen. Die Quellen für die Evaluierung der Erträge stammen einerseits ebenso aus den oben genannten Grundlagen, andererseits auch aus persönlichen Interviews mit ExpertInnen oder betroffenen Personen oder aus weiterer Literatur. Die verwendete Literatur wird im Einzelfall explizit direkt angeführt, wenn diese von den oben genannten abweicht. Der detaillierte Erhebungsplan

der SROI Analyse wird von Gretzl ausführlich dargestellt. (Gretzl, 2014 S. 95)

3.2 Investitionen

In einem ersten Schritt werden die betroffenen Personen für die drei Bundesländer und dem jeweiligen Pflege- und Betreuungsangebot errechnet. Die Grundlage bilden hierfür die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen für die 24-h-Betreuung und der Anteil an den durch diese Form betreuten Personen.³

24-Stunden-Betreuung: Für die Berechnung der Investitionen werden die gesamten Kosten, die sich durch die durchschnittlichen monatlichen Kosten von 2.428 € (Gretzl, 2014 S. 69) multipliziert mit 12 Monaten und der Anzahl der betroffenen Personen ergeben, auf vier Investitionsgruppen bzw. drei Stakeholder, betroffene Personen, Bund und Länder, aufgeteilt. Der Bund leistet einerseits über das Bundespflegegeld, welches sich über die Verteilung der sich in Betreuung befindlichen Personen mal dem monatlichen Pflegegeld und mal 12 Monaten errechnet, und andererseits über die Förderung für 24-Stunden-Betreuung zu einem Anteil von 60% einen Beitrag. Die Förderhöhe wird über einen Durchschnittswert pro geförderte Person errechnet. Insgesamt wurden 90 Mio. € für die Förderung im Jahr 2012 für 14.100 Förderungsempfänger aufgebracht. (Gretzl, 2014 S. 69) Daraus lässt sich die jährliche Förderungshöhe pro Person errechnen, welche anschließend mit der Anzahl der FörderungsbezieherInnen je Bundesland multipliziert wird. 60% dieser Kosten werden dem Bund zugeordnet und 40% dem Land. Der Rest der

Gesamtkosten ist von den betroffenen Personen zu zahlen. Zusätzlich zu den soeben beschriebenen Investitionen ist bei einer Betreuung zu Hause in den meisten Fällen noch eine Anpassung der eigenen Wohnung durchzuführen. (Blaichinger, 2014 S. 25-29) Bezieht man diese Zusatzkosten zu den Gesamtkosten für 24-Stunden-Betreuung mit ein ergibt sich folgendes Ergebnis (siehe Tabelle 2). Hierbei wird häufig ein Pflegebett, eine Adaptierung des Badezimmers oder ein Treppenlift für Rollstuhl durchgeführt. Die Kosten teilen sich in vielen Fällen die betroffenen Personen mit ihren Angehörigen. Um diese Investitionen zu berechnen, werden folgende Annahmen getroffen. Die Kosten eines Pflegebettes belaufen sich auf rund 600-1.000 € (Mittelwert 800 €) (Rehashop, 2014), die Umbaukosten für ein Badezimmer nach eigener Erfahrung auf rund 2.000 € (Hublift Badewanne, Haltegriffe), die Kosten für einen Treppenlift auf 3.900–13.900 € (Mittelwert 8.900 €) (Lifta, 2014). Somit ergeben sich einmalige Gesamtkosten von insgesamt rund 11.700€, wobei anzumerken ist, dass nicht jede Person alle Adaptierungen vornehmen muss. So wurden Annahmen getroffen, dass rund 90% der betroffenen Personen ein Pflegebett (800 €) benötigen, bei 70% eine Adaptierung des Badezimmers (2.000 €) erforderlich ist und bei 10% ein Treppenlift (8.900 €) angeschafft werden muss. Des Weiteren werden die gesamten Kosten für die Anpassung der Wohnung nicht zu 100% in das erste Jahr gerechnet, sondern über die durchschnittliche Betreuungsdauer bei 24-Stunden-Betreuung von 2 Jahren dividiert. Somit werden nur die Hälfte aller Kosten für die Adaptierung der Wohnung in der SROI Analyse berücksichtigt. Diese Investitionen werden laut Annahme zu 60% von den betroffenen Personen und zu 40% von den Angehörigen getragen und mit der Anzahl der betroffenen Personen je Bundesland multipliziert.

³ Die ausführliche Datenaufbereitung findet sich in Gretzl, 2014 S. 96-100.

Tab. 2. Investitionen für 24-Stunden-Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012

Stakeholder	Input	Wien		Niederösterreich		Burgenland	
		Input in €	Input in %	Input in €	Input in %	Input in €	Input in %
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	Kostenanteil für 24-h-Betreuung	€ 18.770.563	42%	€ 59.680.765	42,5%	€ 15.037.263	42,5%
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	Kosten für Adaptierung der Wohnungen (60%)	€ 1.303.029	3%	€ 4.142.964	2,9%	€ 1.043.868	2,9%
Angehörige der betroffenen Personen	Kosten für Adaptierung der Wohnungen (40%)	€ 868.686	2%	€ 2.761.976	2,0%	€ 695.912	2,0%
Bund (BMASK)	24-h-Betreuung Förderung (60%)	€ 5.526.383	12%	€ 17.571.064	12,5%	€ 4.427.234	12,5%
Bund (BMASK)	Pflegegeld	€ 14.062.047	32%	€ 44.710.097	31,8%	€ 11.265.229	31,8%
Länder	24-h-Betreuung Förderung (40%)	€ 3.684.255	8%	€ 11.714.043	8,3%	€ 2.951.489	8,3%
Summe		€ 44.214.963	100%	€ 140.580.908	100%	€ 35.420.996	100%

Quelle: PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012b), betroffene Personen, Aufteilung auf Pflegestufen und Förderungen (Hilfswerk, 2013), Kosten für Adaptierung der Wohnung Annahmen, Darstellung (Gretzl, 2014 S. 100)

Stationäre Pflege und Betreuung: Die Investitionen für die stationäre Pflege und Betreuung setzen sich aus den Beiträgen und Ersätzen der BewohnerInnen, dem Pflegegeld, welches sie beziehen und den restlichen Kosten, die durch das Land getragen werden, zusammen. Der Kostenanteil der BewohnerInnen entspricht den Beiträgen und Ersätzen abzüglich des zuvor berechneten Pflegegeldes. Der Anteil, der von den Ländern getragen werden muss, errechnet sich aus der Differenz der Bruttokosten und dem Pflegegeld sowie dem Kostenanteil der BewohnerInnen.

In folgender Tabelle 3 sind die Investitionen für stationäre Pflege und Betreuung jedes Bundeslandes aufgelistet. Dabei zeigt sich, dass das Land Wien den höchsten Anteil an den Heimkosten trägt. Niederösterreich und das Burgenland haben jeweils eine ähnliche Aufteilung der Kosten, wobei rund 50% auf die Länder entfallen, rund 23% durch das Bundespflegegeld und 25-30% von den BewohnerInnen getragen werden. In Wien trägt die Stadt rund 67% der Kosten für einen Pflegeplatz, 12% entfallen auf den Bund über das Pflegegeld und 20% auf die BewohnerInnen über ihr Beiträge.

Tab. 3. Investitionen für stationäre Pflege und Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012

Stakeholder	Input	Wien		Niederösterreich		Burgenland	
		Input in €	Input in %	Input in €	Input in %	Input in €	Input in %
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	Beiträge und Ersätze/ Kostenanteil an den gesamten Heimkosten	€ 146.912.149	20,6%	€ 98.168.168	29,5%	€ 13.662.228	24,7%
Bund (BMASK)	Pflegegeld	€ 86.297.571	12,1%	€ 75.149.822	22,6%	€ 13.161.798	23,8%
Länder	Heimkosten (Netto-kosten+ sonstige Einnahmen)	€ 480.231.280	67,3%	€ 159.466.931	47,9%	€ 28.579.636	51,6%
Summe		€ 713.441.000	100%	€ 332.784.921	100%	€ 55.403.662	100%

Quelle: PflegegeldbezieherInnen, betroffene Personen (BMASK, 2012b), Aufteilung auf Pflegestufen (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013 S. 122ff.), Darstellung (Gretzl, 2014 S. 101)

3.3 Wirkung auf die Stakeholder (Output)

Die Monetarisierung der Wirkungen ist einer der wichtigsten Schritte für die Evaluierung der sozialen Erträge. Hierbei werden die zuvor bestimmten Outputs in quantitativ messbare Einheiten umgewandelt. Die Methodik stützt sich einerseits auf Ansätze bereits durchgeführter SROI Analysen (Schober, et al., 2012) und wird andererseits durch weitere Ansätze, die im Rahmen der Interviews mit den BewohnerInnen und der Pflegedienstleiterin entstanden sind, erweitert. In diesem Abschnitt werden die Outputs der einzelnen Stakeholder für beide Angebote erst textlich mit den relevanten Zahlen als Grundlage für die Monetarisierung beschrieben und die Berechnung anschließend tabellarisch dargestellt.

Betroffene betreuungsbedürftige Personen

- Einsparungen an Kosten für Leistungsstunden von mobilen Diensten: Wenn die betroffenen Personen nicht durch eine 24-Stunden-Betreuung oder in einem Pflegeheim betreut werden, besteht die Möglichkeit ihren Pflegebedarf über mobile Dienste zu decken. Im Falle einer stationären Versorgung entfallen alle Kosten für mobile soziale Dienste. Bei einer 24-Stunden-Betreuung müssen einige Leistungen noch durch mobile Dienste abgedeckt

werden, ein großer Teil kann jedoch eingespart werden. Der durchschnittliche berechnete Selbstbehalt für eine Leistungsstunde mobiler Dienste in Wien beträgt 13€, der Anteil des Landes beträgt 22 €. In Niederösterreich liegt der Selbstbehalt bei 9 € und der Landesanteil bei 13 €, im Burgenland bei 5 € und 19 € pro Leistungsstunde. (BMASK, 2012b S. 79ff.) Es kann damit gerechnet werden, dass bei der 24-Stunden-Betreuung zwei Leistungsstunden mobiler Dienste und bei der stationären Betreuung rund vier Stunden eingespart werden können.

- Besseres psychisches und physisches Wohlbefinden/ mehr soziale Kontakte: Durch die Betreuung einer 24-Stunden-Betreuungsperson oder in einem stationären Pflegeheim wird den betroffenen Personen eine Hilfestellung im Alltag geleistet, eine Reaktivierung durch Mobilisierung gefördert und ihnen ermöglicht trotz ihrer meist körperlichen Einschränkungen so gut wie möglich entweder in ihrem Zuhause oder in einem Pflegeheim ein altersgerechtes Leben zu führen. Zu diesem verbesserten physischen Zustand spielen die sozialen Kontakte und damit auch die Wirkung auf das psychische Wohlbefinden eine große Rolle. Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass die Reaktivierung bzw. die Verzögerung des Krankheitsverlaufs und die ständige Betreuung der BewohnerInnen einen deutlichen - und zwar positiven

Tab. 4. Berechnung der Einsparungen für mobile Dienste für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * eingesparte Leistungsstunden pro Tag * 365 Tage * bundeslandspezifischer Selbstbehalt				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*2*365*13 = € 13.694.070	4.588*2*365*9 = € 30.143.160	1.156*2*365*19 = € 4.219.400	€ 48.056.630
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*4*365*13 = € 185.017.040	8.489*4*365*9 = € 111.545.460	1.487*4*365*19 = € 10.855.100	€ 307.417.600

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 102)

Einfluss - auf ihren psychischen Zustand haben. Ältere Personen neigen bei fehlender Betreuung und Vereinsamung zuhause oft zu Depressionen und einer Verschlechterung des physischen Zustandes. Gerade diese Faktoren können durch die angesprochene bedarfsgerechte Versorgung vermieden werden. Die Monetarisierung dieses Indikators erfolgt über die monatlichen privaten Gesundheitsausgaben. Diese machen einen Anteil von 24,1% der gesamten Gesundheitsausgaben

von 8.211 Mio. € in Österreich im Jahr 2012 aus (Statistik Austria, 2013). Dividiert durch die Bevölkerungszahl im Jahr 2012 (8.426.311) ergeben sich durchschnittliche Gesundheitsausgaben pro EinwohnerIn von 975 €. Der privat finanzierte Anteil davon beträgt demnach 235 €. Es wird die Annahme getroffen, dass sich die jährlichen privaten Gesundheitsausgaben durch den verbesserten Gesundheitszustand um 30% verringern. Dies bringt eine Einsparung von rund 70 € pro Person und Jahr.

Tab. 5. Berechnung der Einsparungen für besseres physisches und psychisches Wohlbefinden für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * Prozent der Einsparungen (30%) * jährliche private Gesundheitsausgaben (253)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*30%*253 = € 101.666	4.588*30%*253 = € 323.244	1.156*30%*253 = € 81.445	€ 506.355
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*30%*253 = € 686.789	8.489*30%*253 = € 598.087	1.487*30%*253 = € 104.766	€ 1.389.641

Quellen: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 103)

- Einsparung der Lebenskosten für Wohnen und Essen: Personen, die aus ihrer Wohnung oder ihrem Haus in ein Pflegeheim übersiedeln, haben zuvor zumeist in einem Single-Haushalt gelebt. Sie ersparen sich die Miete bzw. Lebenskosten für Essen, Strom und Gas an ihrem ursprünglichen Wohnort. Diese Einsparung trifft aber nur für betroffene Personen in stationärer Betreuung zu. Die Bewertung dieses Effekts wird aus den bundeslandspezifischen durchschnittlichen Wohnungsaufwänden aus dem Jahr 2012 (Statistik Austria, 2014) sowie den österreichweiten monatlichen Verbrauchsausgaben für Essen, Trinken (inkl. alkoholische Getränke und Tabakwaren), Gesundheitsausgaben und Ausgaben für Restaurants und Cafés berechnet. (Statistik Austria, 2010) Die berechneten Verbrauchsausgaben liegen im österreichischen Durchschnitt bei rund 444 € monatlich für die soeben beschriebenen ausgewählten Bereiche. Die Wohnungskosten in Wien betragen im Schnitt 471 €, in Niederösterreich 424 € und im Burgenland 408 €. Diese Einsparungen wurden mit der Anzahl der stationär betreuten Personen multipliziert um den entsprechende Output zu erhalten.

Tab. 6. Berechnung der Einsparungen der Wohnungskosten und Lebenskosten für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * bundeslandspezifische Wohnungskosten*12 + Anzahl der betreuten Personen*durchschnittliche Verbrauchsausgaben (444)*12				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*471*12 +9.748*444*12 = € 107.033.040	8.489*424*12 +8.489*444*12 = € 88.421.424	1.487*408*12 +1.487*444*12 = € 15.203.088	€ 210.657.552

Quellen: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 103)

- Zusätzlich gewonnene Lebensqualität und Lebensjahre: Durch eine bedarfsgerechte Betreuung älterer Menschen im Pflegefall wird das Risiko von Unfällen verringert, die Genesung bereits bestehender Erkrankungen gefördert und über Therapie in einem gewissen Ausmaß der Körper reaktiviert. Dadurch können diese Personen mit einer verlängerten Lebenserwartung sowie einer Steigerung der Lebensqualität im Vergleich zu einem Verlauf ohne Betreuung rechnen. Dieser Effekt ist durch beide Angebote zu erzielen und wird über die in der Gesundheitsökonomie verwendete Kennzahl der gesunden Lebensjahre ermittelt. Ein gesundes Lebensjahr (QALY) wird in der internationalen Literatur mit 50.000 € bewertet. (Reinhold, 2014) Es wird davon ausgegangen, dass die betroffenen Personen durch die Betreuung rund 40% eines QALY wegen ihrer Einschränkungen gewinnen.

Tab. 7. Berechnung der Einsparungen durch gewonnene Lebensqualität und Lebensjahre für betroffene Personen

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * QALY (50.000) * Prozent eines gesunden Lebensjahres				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*50.000*40% = € 28.860.000	4.588*50.000*40% = € 91.760.000	1.156*50.000*40% = € 23.120.000	€ 143.740.000
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*50.000*40% = € 194.960.000	8.489*50.000*40% = € 169.780.000	1.487*50.000*40% = € 29.740.000	€ 394.480.000

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 104)

Angehörige der betroffenen Personen

- Geringere psychische und physische Belastung: Die Monetarisierung dieses Indikators erfolgt, wie bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes der betroffenen Personen, über die monatlichen privaten Gesundheitsausgaben. Die zuvor berechneten jährlichen Gesundheitskosten betragen 235 €. Die Annahme ist, dass durch die Entlastung der Angehörigen durch die 24-Stunden-Betreuung der verbesserte Gesundheitszustand die jährlichen privaten Gesundheitsausgaben um 25% verringert. Im stationären Bereich wird eine größere Entlastung erzielt und mit 35% angenommen. Dies bringt eine Einsparung von rund 59 € bzw. 82 € pro Person und Jahr.

Tab. 8. Berechnung der Einsparungen durch geringere psychische und physische Belastung der Angehörigen

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen=Anzahl der Angehörigen * jährliche private Gesundheitsausgaben (253) * angebotsspezifische Prozent der Einsparung				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*253*25% = € 84.721	4.588*253*25% = € 269.370	1.156*253*25% = € 67.871	€ 421.963
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*253*35% = € 801.253	8.489*253*35% = € 697.768	1.487*253*35% = € 122.226	€ 1.621.248

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 104)

- Nachgehen einer Erwerbstätigkeit: Durch die professionelle Betreuung pflegebedürftiger Personen werden Angehörige entlastet und können so einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Rund 18% der pflegenden Angehörigen sind in einem erwerbsfähigen Alter (Schneider, et al., 2009). Das durchschnittliche Nettojahreseinkommen für eine Vollzeit- sowie Teilzeitbeschäftigung wird für 18% der pflegenden Angehörigen als Output berechnet. Als Monetarisierungsgrundlage dienen die durchschnittlichen bundeslandspezifischen Nettojahreseinkommen

aus dem Jahr 2012. (Statistik Austria, 2012c) In Wien liegt der Median des Nettojahreseinkommen von Männern und Frauen bei 18.421 €. Bei diesem Gehalt liegt der jährliche Sozialversicherungsbeitrag bei 4.392 € und die Lohnsteuer bei 1.987 €. In Niederösterreich beträgt das Nettojahreseinkommen 20.480 € und im Burgenland 20.076 €. Die Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuerabgaben werden zu den Outputs des Bundes bzw. der Sozialversicherung gezählt.

Tab. 9. Berechnung der Einsparungen durch Nachgehen einer Erwerbstätigkeit der Angehörigen

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen=Anzahl der Angehörigen * Anteil der Angehörigen im erwerbstätigen Alter (18%) * bundeslandspezifisches Nettojahreseinkommen				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*18%*18.421 = € 4.784.671	4.588*18%*20.480 = € 16.913.203	1.156*18%*20.076 = € 4.177.414	€ 25.875.288
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*18%*18.421 = € 32.322.223	8.489*18%*20.480 = € 31.293.850	1.487*18%*20.076 = € 5.373.542	€ 68.989.615

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 105)

Bund

- Lohnsteuereinnahmen: Der Bund profitiert durch beide Angebote an zusätzlichen Arbeitsplätzen und dadurch erzielten Lohnsteuereinnahmen. Im Falle der stationären Pflege sind die Einnahmen größer, da in diesem Bereich mehr hauptberufliche MitarbeiterInnen beschäftigt sind. In einem Pflegeheim ist mit einem durchschnittlichen Bruttojahresgehalt pro Vollzeitäquivalente von

rund 40.200 € zu rechnen. Daraus resultieren rund 6.400 € pro VZÄ im Jahr an Lohnsteuereinnahmen. Da die meisten 24-Stunden-Betreuungskräfte als selbstständige Erwerbstätige tätig sind und ihr monatliches Einkommen unter 1.000 € pro Person liegt, sind keine Lohnsteuerabgaben zu leisten. Zusätzlich werden die Steuereinnahmen der Arbeitsplätze von 18% der Angehörigen miteinbezogen.

Tab. 10. Berechnung der Einsparungen durch Lohnsteuereinnahmen der zusätzlichen erwerbstätigen Personen für den Bund

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen=Anzahl der Angehörigen * Anteil der Angehörigen im erwerbstätigen Alter (18%) * bundeslandspezifische Lohnsteuereinnahmen + Anzahl der VZÄ in stationären Einrichtungen * jährliche Lohnsteuereinnahmen pro VZÄ				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*18%*1.987 = € 516.103	4.588*18%*2.909 = € 2.402.369	1.156*18%*2.724 = € 566.810	€ 3.485.282
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*18%*1.987 + 9.692*6.400 = € 65.517.190	8.489*18%*20.480 + 4.664*6.400 = € 34.292.050	1.487*18%*20.076 + 854*6.400 = € 6.194.706	€ 106.003.946

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 105)

Länder

- Einsparungen an Kosten für Leistungsstunden von mobilen Diensten: Die Einsparungen der Länder bei mobilen Diensten beziehen sich hier auf die zuvor bei den be-

troffenen Personen errechneten Finanzierungsbeiträge pro Leistungsstunde. Analog zu den Einsparungen der Kosten für die betroffenen Personen wird der Output in diesem Fall mit dem Kostenanteil der Länder berechnet.

Tab. 11. Berechnung der Einsparungen von Leistungsstunden im Bereich der sozialen Dienste für die Länder

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * eingesparter Leistungsstunden pro Tag * 365 Tage * bundeslandspezifischer Kostenanteil der Länder				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*2*365*22 = € 23.174.580	4.588*2*365*13 = € 43.540.120	1.156*2*365*19 = € 16.033.720	€ 82.748.420
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*4*365*22 = € 313.105.760	8.489*4*365*13 = € 161.121.220	1.487 *4*365*19 = € 41.249.380	€ 515.476.360

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 106)

Krankenhäuser

- Einsparungen an Kosten für Spitalsaufenthalte: Durch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung der betroffenen Personen können verschiedenen typische Erkrankungen bzw. Unfälle, die einen Spitalsaufenthalt erfordern vermieden werden. So können bei rund 65% der betroffenen Personen Stürze im eigenen Haushalt vermieden werden. (Schober, et al., 2012 S. 37) Weitere vermeidbare Krankenhaus-aufenthalte aufgrund von fehlender Betreuung sind Harnwegsaffektionen, hervorgerufen durch zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, Wundliegen und Mangelernährung. Für die Monetarisierung dieser Indikatoren werden die durchschnittlichen Behandlungskosten dieser Fälle aus dem aktuellen Bericht des Gesundheitsministeriums (BMG, 2013) entnommen. **Stürze/Oberschenkelhalsfrakturen:** Die Folge von Stürzen zuhause sind Frakturen, besonders häufig sind Oberschenkelhalsfrakturen. Eine Operation bzw. Behandlung im Krankenhaus ist sehr aufwändig und kostenintensiv. So wurden in Österreich im Jahr 2012 15.679 Fälle einer Totalendoprothetik des Hüftgelenks und weitere 10.413 Eingriffe an Oberschenkel und Hüfte vorgenommen. Die Belagsdauer beträgt 12,72 bzw. 15,20 Tage und die Kosten belaufen sich auf 10.331 € (7.947 LKF Punkte, 1 LKF-Punkt entspricht 1,30 €) bzw. 10.729 € (8.253 LKF Punkte mal Faktor 1,3). (BMG, 2013 S. 126) Die Annahme ist, dass durch die Pflege und Betreuung bei 65% der betroffenen Personen Stürze und somit je Fall Kosten von 10.530 € vermieden werden können (Mittel-

wert von den zwei beschriebenen Spitalsaufenthalten). **Harnwegsaffektionen:** Die durchschnittliche Behandlungsdauer in einem Krankenhaus für diesen Fall beträgt 4,54 Behandlungstage und kostet rund 2.015 € (1.550 LKF Punkte mal Faktor 1,3). In Österreich kam es aufgrund dieser Diagnose im Jahr 2012 zu 34.542 Spitalsaufenthalten. (BMG, 2013 S. 118) Es wird angenommen, dass bei 10% der betroffenen Personen ein Spitalsaufenthalt vermieden werden kann. **Wundliegen:** Sind Menschen stark in ihrer Mobilität eingeschränkt und müssen den Großteil der Zeit liegend verbringen, kann es bei fehlender bedarfsgerechter Betreuung zu Wundliegeneschwüren kommen. 24.371 Fälle sind in Österreich aufgrund von komplizierten Affektionen der Haut im Durchschnitt 7,12 Tage in Behandlung. Die Kosten für einen Aufenthalt dieser Art belaufen sich auf rund 3.192 € (2.455 LKF Punkte mal Faktor 1,3). Da Wundmanagement vor allem in den Pflegeheimen ein wichtiger Punkt ist, wird angenommen, dass bei 15% in stationärer Betreuung und bei 5% mit 24-Stunden-Betreuung ein Aufenthalt vermieden werden kann. **Mangelernährung:** In Österreich wurden im Jahr 2012 11.700 Spitalsaufenthalte aufgrund von Mangelernährungen und Störungen des Flüssigkeitshaushaltes verbucht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 6,15 Tage und kostet rund 2.779 € (2.136 LKF Punkte mal Faktor 1,3). (BMG, 2013 S. 120) Hierzu wird angenommen, dass bei 10% der betroffenen Personen ein Spitalsaufenthalt vermieden werden kann.

Tab. 12. Berechnung der Einsparungen durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * Prozentsatz der jeweiligen Erkrankung * Kosten der jeweiligen Erkrankung				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*(65%*10.530 +10%*2.015 +5%*3.192 +10%*2.779) = € 10.798.337	4.588*(65%*10.530 +10%*2.015 +5%*3.192 +10%*2.779) = € 34.333.174	1.156*(65%*10.530 +10%*2.015 +5%*3.192 +10%*2.779) = € 8.650.643	€ 53.782.154
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*(65%*10.530 +10%*2.015 +15%*3.192 +10%*2.779) = € 76.057.844	8.489*(65%*10.530 +10%*2.015 +15%*3.192 +10%*2.779) = € 66.234.616	1.487*(65%*10.530 +10%*2.015 +15%*3.192 +10%*2.779) = € 11.602.176	€ 153.894.636

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 107)

- Frühere Entlassung durch bedarfsgerechte Betreuung: Ältere Personen können in vielen Fällen aufgrund fehlender Betreuung zuhause erst später aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dieser Grund und die Multimorbidität bzw. die langsamer verlaufende Genesung tragen zu einer deutlich längeren Belagsdauer bei. Die durchschnittliche Belagsdauer bei Krankenhausaufenthalten lag 2012 im Burgenland bei 5,05, in Niederösterreich bei 5,48 und in Wien bei 5,74 Tagen. Der österreichweite Durchschnitt beträgt 5,41 Tage (BMG, 2013 S. 23) Die durchschnittlichen Kosten je stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus variieren in den Bundesländern

ebenfalls. Im Burgenland liegen die Kosten bei 2.630 €, in Niederösterreich bei 4.128 € und in Wien am höchsten bei 5.361 €. Dividiert man die Kosten pro Spitalsaufenthalt durch die durchschnittliche Belagsdauer ergeben sich für die einzelnen Bundesländer Kosten pro Tag, diese liegen im Burgenland bei 521 €, in Niederösterreich bei 753 € und in Wien bei 934 €. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten über 75 Jahren liegt bei rund 7 Tagen. Es wird angenommen, dass man bei 65% der betroffenen Personen durch die 24-Stunden-Betreuung die Spitalsaufenthalte um einen Tag verkürzen kann und bei der stationären Pflege bei 80%.

Tab. 13. Berechnung der Einsparungen durch die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten

Berechnung: Anzahl der betreuten Personen * Prozentsatz der betroffenen Personen * bundeslandspezifische Kosten pro Tag * eingesparte Tage (1)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*65%*934 = € 876.019	4.588*65%*753 = € 2.246.446	1.156*65%*521 = € 391.323	€ 3.513.788
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*80%*934 = € 7.283.488	8.489*80%*753 = € 5.115.707	1.487*80%*521 = € 619.534	€ 13.018.729

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 107)

Sozialversicherungen

- Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge: Die Einnahmen durch die Sozialversicherungsbeiträge der beschäftigten MitarbeiterInnen im stationären Bereich betragen unter derselben Annahme wie für die Lohnsteuereinnahmen rund 7.250 € pro VZÄ und Jahr.

Im Falle der 24-Stunden-Betreuung ist laut der Zusammensetzung der Kosten mit monatlichen Sozialversicherungsabgaben von rund 400 € für zwei Betreuungskräfte zu rechnen. Daraus ergeben sich pro Jahr und betroffener Person Beiträge in der Höhe von 4.800 € für zwei Pflegekräfte. Weitere Sozialversicherungsbeiträge ergeben sich aus den erwerbstätigen Angehörigen.

Tab. 14. Berechnung der Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge

	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
Berechnung: 24-Stunden-Betreuung				
Anzahl der betroffenen Personen = Angehörige * Prozentsatz erwerbsfähiger Angehöriger (18%) * bundeslandspezifischer Sozialversicherungsbeitrag + Anzahl der betroffenen Personen * 4.800				
Berechnung: stationäre Pflege und Betreuung				
Anzahl der betroffenen Personen = Angehörige * Prozentsatz erwerbsfähiger Angehöriger (18%) * bundeslandspezifischer Sozialversicherungsbeitrag + Anzahl der VZÄ im stationären Bereich * 7.250				
24-Stunden-Betreuung	1.443*18%*4.392 + 1.443*4.800 = € 8.067.178	4.588*18%*5.020 + 4.588*4.800 = € 26.168.117	1.156*18%*4.894 + 1.156*4.800 = € 6.567.144	€ 40.802.438
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*18%*4.392 + 9.692*7.250 = € 77.975.554	8.489*18%*5.020 + 4.664*7.520 = € 41.481.760	1.487*18%*4.894 + 854*7.520 = € 7.501.428	€ 126.958.742

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 108)

Niedergelassene Ärzte

- Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle: Wie zuvor beschrieben können durch eine bedarfsgerechte Betreuung Spitalsaufenthalte vermieden werden. Aus denselben Gründen können so auch die Anzahl der Fälle im niedergelassenen Bereich vermieden werden. Der österreichische Durchschnitt liegt bei 6,82 Fällen pro Person und Jahr. Ältere und vor allem pflegebedürftige

Personen ohne Betreuung überschreiten diesen Wert deutlich. Die Kosten pro Fall betragen rund 51,81 € (HV SV, 2013). Es wird angenommen, dass durch die 24-Stunden-Betreuung bei 70% der Betroffenen zumindest zwei Arztbesuche eingespart werden können. In stationärer Betreuung wird von einem Anteil von 80% der Betroffenen ausgegangen, da das Personal besser ausgebildet ist und dadurch eine intensivere Pflege gewähren kann.

Tab. 15. Berechnung der Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle im niedergelassenen Bereich

	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen * Kosten pro Fall (51,81) * jährlich eingesparte Fälle (2) * Prozentsatz der betroffenen Personen je Pflegeangebot				
24-Stunden-Betreuung	1.443*51,81*2*70% = € 104.667	4.588*51,81*2*70% = € 332.786	1.156*51,81*2*70% = € 83.849	€ 521.302
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*51,81*2*80% = € 808.070	8.489*51,81*2*80% = € 703.704	1.487*51,81*2*80% = € 123.266	€ 1.635.041

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 108)

Hauptberufliche MitarbeiterInnen

- Geregeltes Einkommen durch Beschäftigung: Die hauptberuflichen Mitarbeiter im Bereich der stationären Pflege und Betreuung profitieren durch ein geregeltes und gesichertes Einkommen. Ihr Profit ergibt sich aus dem höheren Nettojahreseinkommen im Vergleich zu dem jeweiligen bundeslandspezifischen Durchschnitt. Wie zuvor beim Stakeholder Bund beschrieben, liegt das Bruttojahresgehalt eines Vollzeitäquivalents des gesamten Personals im Pflegeheim bei durchschnittlich 40.200 €, was einem Nettogehalt von 26.660 € im Jahr entspricht. Die durchschnittlichen Jahresgehälter der

Bevölkerung in Wien liegen, wie zuvor bei den Stakeholdern der Angehörigen berechnet, bei 18.421 €, in Niederösterreich bei 20.480 € und im Burgenland bei 20.076 €. Die Differenz der jeweiligen Gehälter mal der Anzahl der Mitarbeiter ergibt den Profit durch die betrachtete Maßnahme. Bei den Betreuungskräften im Bereich der 24-Stunden-Betreuung wird das Tagegeld von rund 60 € mal 14 Tage pro Monat mal der 12 Monate pro Jahr gerechnet. Die Differenz zum durchschnittlichen Nettojahresgehalt in der Slowakei wird als Profit angenommen. Dieses Nettojahresgehalt lag im Jahr 2012 bei rund 7.574 €. (Eurostat, 2014)

Tab. 16. Berechnung der Profite der hauptberuflichen MitarbeiterInnen

Berechnung 24-Stunden-Betreuung: Anzahl der beschäftigten Betreuungskräfte je Bundesland * (Taggeld * 14 Tage pro Monat * 12 Monate pro Jahr – durchschnittlicher Nettojahreslohn Slowakei)				
Berechnung stationäre Pflege: Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ) * (Nettojahresgehalt im Pflegeheim – durchschnittliches Nettojahresgehalt der Bevölkerung des Bundeslandes)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	2.886 *(60*14*12-7.7574) = € 7.232.316	9.176 *(60*14*12-7.7574) = € 22.995.056	2.312 *(60*14*12-7.7574) = € 5.793.872	€ 36.021.244
Stationäre Pflege und Betreuung	9.692 *(26.660 – 18.421) = € 79.854.860	4.664 *(26.660 – 20.480) = € 28.821.048	854 *(26.660 – 20.076) = € 5.622.736	€ 114.298.644

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 109)

- Erhöhte psychische und physische Belastung: Durch die Ausübung eines Berufes im Pflege- und Betreuungsbereich ist man einer erhöhten physischen und psychischen Belastung ausgesetzt. Die tägliche Konfrontation mit menschlichem Leid ist sehr belastend für die MitarbeiterInnen und so kommt es in Pflegeberufen vermehrt zu Krankenständen. Dies wird als negativer Effekt gewertet und ähnlich wie die Verbesserungen des Gesundheitszustandes der betroffenen Personen und der Angehörigen über die jährlichen privaten Gesundheitsausgaben von 253 € monetarisiert. Es wird angenommen, dass sich diese Ausgaben durch die Belastungen im Berufsalltag um 30% erhöhen. Dieser Negativnutzen drückt sich vor allem in privaten Gesundheitsausgaben aus, da in diesen Fällen oft psychologische Dienste nachgefragt werden, welche privat zu bezahlen sind. Somit werden diese negativen Folgen auch nicht im Bereich der Krankenhäuser oder des niedergelassenen Bereichs berücksichtigt.

Tab. 17. Berechnung der Kosten für erhöhte psychische und physische Belastung der MitarbeiterInnen

Berechnung: 24-Stunden-Betreuung Anzahl der betroffenen Personen * 2 * durchschnittliche jährliche private Gesundheitsausgaben (253) * Prozentsatz der Erhöhung (30%) * -1 (Negativnutzen)				
Berechnung: stationäre Pflege und Betreuung Anzahl der MitarbeiterInnen (in Köpfen) im stationären Bereich * durchschnittliche jährliche private Gesundheitsausgaben (253) * Prozentsatz der Erhöhung (30%) * -1 (Negativnutzen)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*2 *253*30%*-1 = -€ 203.331	4.588*2 *253*30%*-1 = -€ 646.489	1.156*2 *253*30%*-1 = -€ 162.890	- € 1.012.710
Stationäre Pflege und Betreuung	11.169 *253*30%*-1 = -€ 786.904	5.712 *253*30%*-1 = -€ 402.435	1.012 *253*30%*-1 = -€ 71.300	- € 1.260.639

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 110)

Einsatzorganisationen

- Einsparungen durch weniger Einsätze und Transporte: Durch die Vermeidung von Spitalsaufenthalten können gleichzeitig auch Transporte für Einsatzorganisationen

gespart werden. Die Kosten pro Transport belaufen sich auf 85 € (Schober, et al., 2012 S. 91). Es wird angenommen, dass durch die beiden Pflegeangebote zwei Transporte pro Person und Jahr eingespart werden können.

Tab. 18. Berechnung der Einsparungen durch weniger Einsätze

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen * Kosten pro Einsatz (85) * jährlich eingesparte Einsätze (2)				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*85*2 = € 245.310	4.588*85*2 = € 779.960	1.156*85*2 = € 196.520	€ 1.221.790
Stationäre Pflege und Betreuung	9.748*85*2 = € 1.657.160	8.489*85*2 = € 1.443.130	1.487*85*2 = € 252.790	€ 3.353.080

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 110)

Vermittlungsagenturen

- Vermittlungsprovision bei 24-Stunden-Betreuung:
Die Vermittlungsagenturen profitieren von dem Ange-

bot der 24-Stunden-Betreuung. Abgeleitet aus der Kostenaufstellung werden die Vermittlungsprovisionen von durchschnittlich 1.063 € (523 € halbjährlich oder 90 € monatlich) als Profite der Agenturen gewertet.

Tab. 19. Berechnung der Profite der Vermittlungsagenturen

Berechnung: Anzahl der betroffenen Personen * 1.063				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	1.443*1.063 = € 1.533.909	4.588*1.063 = € 4.877.044	1.156*1.063 = € 1.228.828	€ 7.639.781

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 110)

Allgemeine Bevölkerung

- Verbessertes Sicherheitsgefühl: Die allgemeine Bevölkerung profitiert von den Angeboten dadurch, dass sie ein Sicherheitsgefühl hat, im Alter im Bedarfsfall versorgt zu werden. Ausgedrückt wird diese Wertschätzung in Form von freiwilligen Spenden oder freiwilliger ehrenamtlicher Mitarbeit in diesem Bereich. Laut Statistik Austria gab es im Jahr 2008 rund 4.671.400 ehrenamtliche MitarbeiterInnen in Österreich. 4,9% davon engagierten sich im Sozial- und Gesundheitsbereich mit einem durchschnittlichen Ausmaß von 2,5 Stunden in der Woche. (Statistik Austria, 2008) Dieser Anteil drückt die Wertschätzung dieses Angebots aus. Es wird angenommen, dass die Zahl der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen aus dem Jahr 2008 der Anzahl im Jahr 2012 entspricht. In

Wien engagieren sich demnach 23.598 Personen, in Niederösterreich 30.272 und im Burgenland 5.081. Die Zahl der Personen wird in weiterer Folge mit der Anzahl der geleisteten Stunden pro Woche (2,5) und der Anzahl der Wochen pro Jahr (52) multipliziert. Eine Stunde freiwilliger Arbeit wird mit 10 € bemessen und so ergibt sich je Bundesland eine gewisse Wertschätzung für den Sozial- und Gesundheitsbereich. Da der stationäre Pflegebereich nur einen Teil des Gesundheitsbereichs einnimmt, wird ein Abschlag von 60% von den geleisteten Stunden berechnet. Da die 24-Stunden-Betreuung nur einen sehr geringen Anteil des Gesundheitssektors ausmacht und in diesem Bereich noch dazu wenig ehrenamtlich tätige Personen arbeiten, wird hier ein Abschlag von 90% gewertet.

Tab. 20. Berechnung der Profite der allgemeinen Bevölkerung

Berechnung: Bundeslandspezifische Anzahl der ehrenamtlich tätigen Personen im Sozialbereich * durchschnittliche Stunden pro Woche (2,5) * Wochen pro Jahr (52) * 10 €/Stunde * 40% bzw. 10%				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
24-Stunden-Betreuung	23.598*2,5*52 *10*10% = € 3.067.792	30.272 *2,5*52 *10*10% = € 3.935.386	5.081 *2,5*52 *10*10% = € 660.569	€ 7.663.747
Stationäre Pflege und Betreuung	23.598*2,5*52 *10*40% = € 12.271.168	30.272*2,5*52 *10*40% = € 15.741.544	5.081*2,5*52 *10*40% = € 2.642.276	€ 30.654.988

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 111)

3.4 Deadweight

Das sogenannte „Deadweight“ beschreibt, wie schon zuvor erwähnt, die Wirkungen oder Effekte, die auch ohne die betrachtete Maßnahme eingetreten wären. Zieht man diesen Faktor von den festgestellten Outputs ab, so erhält man den sozialen Mehrwert (Impact), der durch die bestimmte Maßnahme generiert wird. Im Fall dieser SROI Analyse wird das Deadweight der 24-Stunden-Betreuung über den Anteil der Personen, die unter sechs Monaten betreut werden errechnet. Für diesen Anteil wird angenommen, dass keine zufriedenstellende Effekte durch die Betreuung eintreten oder die Personen frühzeitig versterben. Daraus abgeleitet ergibt sich für gesamt Österreich ein Prozentsatz von 22% (Hilfswerk, 2013) als Deadweight für 24-Stunden-Betreuung. Dieser Anteil wird von allen festgestellten Outputs, die auf Basis der be-

troffenen Personen berechnet wurden, als Abschlag abgezogen. Für alle anderen Outputs, die sich bspw. auf die Anzahl der MitarbeiterInnen oder der Angehörigen beziehen, gibt es kein Deadweight.

Bei der stationären Betreuung wird das Deadweight über einen Prozentsatz bestimmt, der sich aus dem Anteil an Verstorbenen innerhalb eines Jahres im Pflegeheim errechnet. Dabei wird angenommen, dass trotz bedarfsgerechter Versorgung keine positiven Effekte bei diesem Anteil an betreuten Personen erreicht werden kann. So ergibt sich, wie in Tabelle 21 dargestellt, für jedes Bundesland ein anderer Abschlag als Deadweight. In Niederösterreich errechnet sich ein Prozentsatz von 34%, in Wien von 28% und im Burgenland von 27%. Dieser Anteil wird von allen festgestellten Outputs abgezogen.

Tab. 21. Deadweight stationäre Pflege und Betreuung

	Plätze	Betreute Personen	"Deadweight" Prozentuelle Differenz zwischen betreuten Personen und Plätzen an den gesamten betreuten Personen
Wien	9.748	13.580	28%
Niederösterreich	8.489	12.789	34%
Burgenland	1.487	2.025	27%

Quelle: Verrechnungstage und Anzahl der betreuten Personen lt. (BMASK, 2012b), Plätze und Deadweight = berechnet und Darstellung (Gretzl, 2014 S. 98)

3.5 Gegenüberstellung der Investitionen und Impacts der einzelnen Bundesländer

In folgendem Abschnitt werden die Investitionen, die Outputs, das Deadweight sowie der erzielte Impact der einzelnen Stakeholder in den Bundesländern für die jeweiligen Pflege- und Betreuungsangebote dargestellt. Mit diesen Ergebnissen lässt sich der SROI-Koeffizient berechnen, welcher

das Verhältnis von Input zum erzielten Impact widerspiegelt. In anderen Worten gesagt, drückt der SROI-Koeffizient aus, wie hoch der Wirkungsgrad einer bestimmten Maßnahme ist. In folgenden Tabellen werden die SROI-Koeffizienten für das ausgewählte Bundesland Wien errechnet.⁴ Weiters gewinnt man einen Überblick über den Anteil der einzelnen Stakeholder am gesamten Impact.

⁴ Die detaillierte Darstellung und Berechnung der SROI-Koeffizienten der anderen beiden Bundesländer sind in (Gretzl, 2014 S. 111-117) beschrieben.

Tab. 22. Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung in Wien

Versorgungsform	24-Stunden-Betreuung		SROI - Koeffizient			
Bundesland	Wien		1,94			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Output in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	20.073.592	45%	42.655.736	-22%	33.271.474	39%
Angehörige der betroffenen Personen	868.686	2%	4.869.392	0%	4.850.753	6%
Bund	19.588.430	44%	516.103	0%	516.103	1%
Länder	3.684.255	8%	23.174.580	-22%	18.076.172	21%
Krankenhäuser		0%	11.674.356	-22%	9.105.998	11%
Sozialversicherungen		0%	8.067.178	0%	8.067.178	9%
Niedergelassene Ärzte		0%	104.667	-22%	81.640	0%
Betreuungskräfte		0%	7.028.985	0%	7.028.985	8%
Einsatzorganisationen		0%	245.310	-22%	191.342	0%
Vermittlungsagenturen		0%	1.533.909	0%	1.533.909	2%
Allgemeine Bevölkerung		0%	3.067.792	0%	3.067.792	4%
Gesamtergebnis	44.214.963	100%	102.938.007	-16%	85.791.346	100%

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 112)

In Tabelle 22 ergibt sich bei der 24-Stunden-Betreuung in Wien ein SROI-Koeffizient von 1,94. Das bedeutet, dass ein Euro, investiert in die 24-Stunden-Betreuung, eine Wirkung von 1,94 Euro in einem Jahr erzielt. Der größte Anteil; rund 40% der Wirkungen, wird bei den Stakeholdern der betroffenen Personen erreicht. Hierbei liegt der Impact deutlich über den Investitionen und spiegelt die gewonnene Lebensqualität wieder. Am meisten profitieren Angehörige und das Land im Verhältnis zu den Investitionen von diesem Angebot. Den Angehörigen werden der zeitliche Betreuungsaufwand sowie die physische und psychische Belastung abgenommen und sie können dadurch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Länder profitieren sehr stark von diesem Angebot, weil sie nur 40% der Förderung beisteuern und eine andere Versorgung, wie zum Beispiel mobile Dienste oder stationäre Versorgung, für sie viel teurer kommen würde. Der Bund nimmt durch das Pflegegeld und die Förderung für diese Betreuungsform fast genauso viel Geld in die Hand wie die betroffenen Personen selbst, profitiert aber eigentlich nur durch die Lohnsteuereinnahmen der Angehörigen davon. Auf Krankenhäuser hat diese Betreuungsform den stärks-

ten Einfluss ohne dass diese zur Finanzierung beitragen. 24-Stunden-Betreuung erzielt in Wien den höchsten SROI-Koeffizienten, da hier die Einsparungen bei Spitalsaufenthalten sowie die Profite durch Einkommen am größten sind.

Im Bereich der stationären Pflege und Betreuung teilen sich die Investitionen auf drei Stakeholder auf. Der SROI-Koeffizient von stationärer Pflege und Betreuung in Wien liegt bei 1,27. Das entspricht dem niedrigsten aller in dieser Arbeit berechneten Koeffizienten und ist durch die hohen Kosten für stationäre Betreuung in Wien zu erklären. Im Vergleich zur 24-Stunden-Betreuung zeigt sich, dass die betroffenen Personen deutlich stärker davon profitieren. Hierbei sind die erzielten Profite mehr als doppelt so hoch wie bei der 24-Stunden-Betreuung. Der Grund dafür ist das breitere pflegerische Angebot und die geringeren Ausgaben bzw. die Einsparung durch den Wegfall von Wohnungskosten. Des Weiteren profitieren vor allem die Angehörigen von diesem Angebot, da sie in diesem Fall keine Investitionen leisten. Der Bund steuert in diesem Fall nur über das Pflegegeld zur Finanzierung bei und hat im Vergleich dazu relativ hohe Profite durch Lohnsteuereinnahmen der hauptberuflichen MitarbeiterInnen.

Tab. 23. Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung in Wien

Versorgungsform	stationäre Pflege und Betreuung		SROI - Koeffizient			
Bundesland	Wien		1,27			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Output in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	146.913.132	21%	487.696.869	-28%	351.141.745	39%
Angehörige der betroffenen Personen		0%	33.123.477	-1%	32.899.126	4%
Bund	86.296.588	12%	65.517.190	0%	65.517.190	7%
Länder	480.231.280	67%	313.105.760	-28%	225.436.147	25%
Krankenhäuser		0%	83.341.332	-28%	60.005.759	7%
Sozialversicherungen		0%	77.975.554	0%	77.975.554	9%
Niedergelassene Ärzte		0%	808.070	-28%	581.811	0%
Hauptberufliche MitarbeiterInnen		0%	79.067.955	0%	79.067.955	9%
Einsatzorganisationen		0%	1.657.160	-28%	1.193.155	0%
Allgemeine Bevölkerung		0%	12.271.168	0%	12.271.168	1%
Gesamtergebnis	713.441.000	100%	1.154.564.535	-22%	906.089.610	100%

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 115)

4 Zusammenfassung

Die Fragestellung des vorliegenden Artikels war es zwei ausgewählte Pflegesysteme in drei österreichischen Bundesländern in Hinblick auf ihre gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren. Die verwendete Methode war die der Kosten-Nutzen-Analyse ähnliche Social-Return-on-

Investment-Analyse (SROI). Das Ergebnis dieser Analyse ist ein Koeffizient, der umso höher ist, je besser die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen sind. Die untersuchten Pflegesysteme sind die 24-Stunden-Betreuung und die stationäre Pflege und die ausgewählten Bundesländern sind Wien, Niederösterreich und Burgenland. Die Ergebnisse der Analyse sind in der Tabelle 24 zusammengefasst.

Tab. 24. SROI-Koeffizienten der beiden Pflegeangebote in den einzelnen Bundesländern und gesamt

Pflegeangebot	Bundesland	Input in € (Investitionen)	Impact in € (Wirkung)	SROI-Koeffizient
24-Stunden-Betreuung	Wien	44.214.963	85.791.346	1,94
	Niederösterreich	140.580.908	235.552.729	1,68
	Burgenland	35.420.996	60.050.668	1,70
	gesamt	220.216.867	381.394.743	1,73
Stationäre Pflege und Betreuung	Wien	713.441.000	906.089.610	1,27
	Niederösterreich	332.784.921	550.964.153	1,66
	Burgenland	55.403.662	107.470.187	1,94
	gesamt	1.101.629.583	1.564.523.951	1,42

Quelle: Darstellung (Gretzl, 2014 S. 119)

Die SROI-Koeffizienten für die drei Bundesländer zeigen, dass in Wien die 24-Stunden-Betreuung das bessere System, im Burgenland die stationäre Pflege das bessere System ist und in Niederösterreich die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen beider Systeme in etwa gleich gut sind.

Die drei ausgewählten Bundesländer repräsentieren mehr als die Hälfte der österreichischen Gesamtbevölkerung. Fasst man die drei Bundesländer zusammen, in dem einerseits die

Investitionen addiert werden und andererseits die jeweiligen Impacts, so ergibt sich bessere gesamtwirtschaftliche Auswirkungen der 24-Stunden-Betreuung gegenüber der stationären Pflege (SROI-Koeffizient: 1,73 bzw. 1,42).

Der bessere SROI-Koeffizient der 24-Stunden-Betreuung ist vor allem durch die deutlich höheren Kosten der stationären Pflege begründet. Beide Angebote unterscheiden sich stark in ihrer Finanzierung und der Verteilung der Wirkungen auf

die Stakeholder. So sind die Vorteile der betroffenen Personen rund 1,5mal so hoch, wie ihre getätigten Investitionen. Der Bund finanziert dieses Angebot zu einem sehr hohen Teil mit, erzielt aber nur geringe Profite durch Lohnsteuereinnahmen. Für die Länder ist dieses Angebot im Vergleich zur stationären Pflege eine sehr preiswerte Lösung, da sie nur wenig zu den Investitionen beitragen müssen und der Bedarf an mobilen Diensten und stationären Plätzen somit reduziert wird. Anzumerken ist, dass die Vermittlungsagenturen rund 2% des gesamten Profits ausmachen und dies im Vergleich zum Profit des Bundes ein relativ hoher Anteil ist.

Die stationäre Pflege und Betreuung in Wien, Niederösterreich und im Burgenland erzielt einen SROI-Koeffizienten von 1,42 und liegt somit unter dem der 24-Stunden-Betreuung. Jedoch sind die Wirkungen, die bei den betroffenen Personen erzielt werden, deutlich höher und der Bund hat einen größeren Anteil an den gesamten Wirkungen, da hier mehr Lohnsteuereinnahmen lukriert werden können.

Ausschlaggebend für die Hauptunterschiede zwischen den betrachteten Bundesländern ist die Seite der Investitionen. Die Investitionen der Länder im Bereich der stationären Pflege zeigen große Disparitäten. Ein Großteil der Investitionen besteht aus Personalkosten für die Bereitstellung der Pflegedienstleistungen. Das Lohnniveau ist somit hauptauschlaggebend für die Investitionen der einzelnen Bundesländer.

Auf Basis der Verteilung der Investitionen der beiden Angebote auf die verschiedenen Stakeholder wird deutlich, dass im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung eine knappe 50:50 Aufteilung der Finanzierung zwischen der öffentlichen Hand (Bund und Länder) sowie der betroffenen Personen und der Angehörigen erfolgt. Anzumerken ist, dass der größte Teil der öffentlichen Finanzierung hierbei durch den Bund über das Pflegegeld und die Förderung geschieht und die Pflegesysteme der Länder somit entlastet werden. Im Vergleich dazu gibt es bei der stationären Pflege und Betreuung einen viel höheren Anteil der öffentlichen Investitionen. Im Gegensatz zur 24-Stunden-Betreuung tragen hier die Länder den größten Anteil der öffentlichen Investitionen. Der Anteil der privaten Investitionen an den gesamten Investitionen ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und ist durch die verschiedenen Kosten für einen Pflegeplatz begründet.

Die Analyse aller drei Bundesländer hat gezeigt, dass beide Angebote einen gesamtwirtschaftlichen Mehrwert in einem Jahr erzielen, welcher sich am stärksten zum Vorteil der betroffenen Personen auswirkt. Der größere Impact wird im stationären Bereich durch die intensivere Pflege und Betreuung erzielt, der SROI-Koeffizient liegt aber begründet durch die hohen Kosten jedoch unter dem der 24-Stunden-Betreuung.

Die gewonnenen Erkenntnisse über die Verteilung der Investitionen und die erzielten Wirkungen auf die einzelnen Stakeholder sowie die bundeslandspezifische Differenzierung bilden den wesentlichen Mehrwert dieser Analyse und sind Grundlage für die räumlichen und raumplanerischen Folgen.

5 Schlussfolgerungen

Es zeigt sich, dass in Wien der höchste SROI-Koeffizient für die 24-Stunden-Betreuung erzielt worden ist. Das bedeutet, dass das Angebot dort am meisten Wirkungen erzielen

kann und somit empfohlen wird. Grund dafür sind die hohen Einsparungen im Bereich der relativ hohen Kosten für Krankenhausaufenthalte. Wien hat, wie in der vorangegangenen Analyse der Pflegesysteme, den geringsten Anteil an Personen in 24-Stunden-Betreuung. Die Gründe dafür sind, dass in Wien die Rahmenbedingungen für dieses Angebot nicht so gut sind bzw. die alternativen mobilen Dienste sehr gut ausgebaut sind. Die angesprochenen Rahmenbedingungen beziehen sich vor allem auf die Wohnungssituation der betroffenen Personen, da bei vielen räumlich nicht die Möglichkeit besteht, einer 24-Stunden-Betreuungskraft ein eigenes Zimmer anzubieten. Im Bereich der stationären Pflege ist aufgrund der hohen Kosten im Vergleich zu der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege in den anderen Bundesländern der SROI-Koeffizient am niedrigsten.

In Niederösterreich ergibt sich durch die Analyse der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege derselbe Wirkungsgrad. Das bedeutet, dass beide Angebote eine gute Wirkung erzielen und keines von beiden zu priorisieren ist.

Im Burgenland ergibt sich im stationären Bereich ein ähnlich hoher Koeffizient, wie für die 24-Stunden-Betreuung in Wien. Das bedeutet, dass der stationäre Bereich im Burgenland die höchsten Wirkungen erzielt und dadurch auch zu empfehlen ist. Auf räumlicher und planerischer Ebene betrachtet müssen beide Angebote verfügbar sein und geeignete Standorte für Pflegeheime gewählt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Um dem steigenden Bedarf und damit den steigenden Kosten der Zukunft im Bereich der Pflege weiterhin gerecht zu werden, sind neue Lösungen und Mischformen gefragt. So leitet sich die Empfehlung ab, neue Wohnformen und Tagesbetreuung bzw. teilstationäre Dienste in Verbindung mit stationären Pflegeheimen anzubieten. Neue Wohnformen wie betreutes Wohnen in moderner barrierefreier Ausführung an zentralen Standorten integriert in das Gemeindeleben sind gefragt. Dazu soll das Angebot an Tagesbetreuungsplätzen vor allem in ländlichen Gemeinden ausgebaut werden. Genau dieses Angebot kann die Versorgungslücke zwischen einem nicht so gut ausgebauten Netz an sozialen Diensten und der teuren Betreuung in einem Pflegeheim oder durch eine 24-Stunden-Betreuung abdecken. Dadurch lässt sich ein Verbleib in den eigenen vier Wänden verlängern und der Bedarf an Rund-um-die-Uhr Betreuung verzögern. Tagesbetreuung in Anbindung an ein Pflegeheim kann die Vorteile der guten Infrastruktur in Hinblick auf räumliche Anforderungen, Personal und der Speiseversorgung nützen und gewährleistet den betroffenen Personen tagsüber eine sehr gute Betreuung. Weiters können in diesem Fall viele Fahrten der sozialen Dienste eingespart werden, da hier nicht die hoch qualifizierten Pflegekräfte den Großteil der Zeit im Auto verbringen, sondern die betroffenen Personen von einem Abholdienst gesammelt zweimal am Tag zur Einrichtung befördert werden.

Die 24-Stunden-Betreuung in der derzeitigen Form und Finanzierung entlastet das Pflegesystem der Länder. Es ist jedoch nur eine Alternative für eine relativ kleine Zielgruppe und stellt langfristig keine nachhaltige Lösung dar. Empfohlen werden die bereits beschriebenen Tagesbetreuungsformen, die den Bedarf zwischen mobilen Diensten und stationärer Betreuung abdecken sollen. Auch hierbei sind die

Standortentscheidungen und die Einbindung der Bevölkerung wichtig für die erzielten Wirkungen dieser Maßnahme. Um eine nachhaltige und finanzierbare Lösung für den steigenden Bedarf zu finden, sind verschiedene Ansätze weiter zu prüfen und für jedes Bundesland einzeln zu evaluieren. Diese Analyse stellt eine mögliche Methode dar und hebt den wichtigen sozialen Stellenwert dieser Angebote hervor.

Literaturverzeichnis

Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 - Soziales, Gesundheit, Familie und Sport. 2013. Sozialbericht 2011/2012 des Landes Burgenland. Eisenstadt : Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013.

Blaichinger, N. 2014. Ausländische Pflegekräfte 24 Stunden im Einsatz. Eine Reportage. Ranshofen : edition innsalz Verlag GmbH, 2014. ISBN 978-3-902981-09-7.

BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2012b. Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2012. Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012b.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit, Bereich I/B. 2013. Krankenanstalten in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2012. Wien : Bundesministerium für Gesundheit, 2013.

Chun, S. 2001. Social Return on Investment Methodology: Analyzing the Value of Social Purpose Enterprise within a Social Return on Investment Framework. San Francisco : The Robert Enterprise Development Fund, 2001.

Clark, C. 2004. Double Bottom Line Project Report: Assessing Social Impact in Double Bottom Line Ventures Methods Catalog, Working Paper 13. Berkely : Centre for Responsible Business, University of California, 2004.

Eurostat. 2014. Statistics. [Online] 2014. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Gretzl, C. 2014. Der gesamtwirtschaftliche Nutzen von 24-h Pflege- und Betreuungsdiensten im Vergleich zu stationären Pflegeangeboten; Ein Vergleich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland. Wien : TU Wien, 2014.

Hilfswerk. 2013. Hilfswerk Enquete: 24-Stunden-Betreuung zwischen Mythos und Realität. Befunde. Praxis. Zukunftsperspektiven., 25.10.2013. Wien : s.n., 2013.

HV SV, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. 2013. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: Zahlen und Fakten. Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung. [Online] 2013. <http://www.hauptverband.at/portal27/>.

Kehl, K., Then, V. und Münscher, R. 2012. Social Return on Investment: auf dem Weg zu einem integrativen Ansatz der Wirkungsforschung. [Buchverf.] H.K. Anheier, A. Schröder und V. Then. Soziale Investitionen - Interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012, S. 313 - 332.

Kochan, T. und Rubinstein, S. 2000. Towards a Stakeholder Theory of the Firm: The Case of the Saturn Partnership. Organization Science. 2000, Bd. 11, 4.

Lifta. 2014. Lifta Treppenlift. [Online] 2014. <http://www.lifta.at/treppenlift/preise-konditionen.html>.

Rauscher, O. und Pervan Al-Soqaer, I. 2012. SROI-Analyse: Starthilfe Wohne. Ein Projekt des Armutsnetzwerks Vöcklabruck. Wien : NPO- Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Rauscher, O., et al. 2011. Social Return on Investment (SROI)-Analyse für das Projekt „Casa Abraham“ von Pater Georg Sporschill. Wien : NPO- Kompetenzzentrum, WU Wien, 2011. Rauscher, O., Schober, C. und Millner, R. 2012. Social Impact Measurement und Social Return on Investment (SROI) - Analyse, Wirkungsmessung neu?, Working Paper. Wien : NPO-Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Rehashop. 2014. Pflegebetten Rehashop. [Online] 2014. <http://rehashop.at/pflege/pflegebetten/pflegebetten/>.

Reichelt, D. 2009. SROI - Social Return on Investment, Modellversuch zur Berechnung des gesellschaftlichen Mehrwertes. Hamburg : Diplomica Verlag GmbH, 2009.

Reinhold, T. 2014. Forschungsinstitut Havelhöhe. Downloads: Wer sagt was ein Qaly ist - und was darf es kosten? [Online] 2014. http://www.fih-berlin.de/downloads.html?file=tl_files/fih-berlin/downloads/Reinhold_Havelhohe_web.pdf.

Schneider, U., et al. 2009. Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008 (Vienna Informal Carer Study - VIC2008): Studiendesign und deskriptive Ergebnisse. Forschungsbericht Nr.1/2009. Wien : Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien, 2009.

Schober, C., et al. 2012. Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien mittels einer SROI-Analyse. Wien : NPO-Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Schober, C., More-Hollerweger, E. und Rauscher, O. 2012. SROI-Analyse für die Feuerwehren in Oberösterreich. Wien : NPO-Kompetenzzentrum, WU Wien, 2012.

Statistik Austria. 2008. Statistik Austria: Freiwilligenarbeit in Österreich. [Online] Dezember 2008. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html.

—. 2013. Statistik Austria: Gesundheitsausgaben. [Online] 2013. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/.

—. 2012c. Statistik Austria: Jährliche Personeneinkommen. [Online] 2012c. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personen-einkommen/jaehrliche_personen_einkommen/index.html.

—. 2010. Statistik Austria: Konsumerhebung 2009/10. [Online] 2010. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/verbrauchsausgaben/konsumerhebung_2009_2010/index.html.

—. 2014. Statistik Austria: Wohnungsaufwand Mietwohnungen. [Online] 2014. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wohnen_und_gebaeude/wohnungsaufwand/mietwohnungen/index.html.