



## DIPLOMARBEIT

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

*Ein Vergleich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland*

**ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des akademischen Grades  
eines Diplom-Ingenieurs unter der Leitung von:**

**Michael Getzner**

**Denise Zak**

E280-3 Fachbereich Finanzwissenschaft und Infrastrukturpolitik

**eingereicht an der Technischen Universität Wien**

Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

**Christoph Gretzl**

Matrikelnummer: 0726833

Wien, am 19.08.2014

## Abstract

The adaption of long-term care structures and especially the challenge of financing the whole system in the future is part of every political and planning agenda in Europe. In times of demographic changes, an increasing ratio of formal care due to changes in family structures, values and responsibilities between the private and the public sector long-term care is facing an increasingly high demand in the future. Austria has acknowledged those challenges and started to reshape its long-term care system. In 2010 the financial support for people with a demand for care, so called "Pflegegeld", was reformed and is now organized on a national scale. Furthermore Austria introduced a fund, called "Pflegefonds", to support the provinces in financing their deficit for their long-term care provision and published a new law for 24-hours-home-care, which was a hidden economy before that. All these new reforms and the big challenges that are predicted for the future contributed to the research field of this study.

The content of this study is focusing on the long-term care systems in three selected provinces named Burgenland, Niederösterreich and Wien. In order to describe and analyze the differences of the systems it is important to have a theoretical background in the field of long-term care and the social policies on a provincial, a national as well as a European wide scale. The research reveals the prevalent characteristics of achievement and deficits within the systems. With a view to evaluate the present status an international comparison with other countries is given. The main focus of the research is on a macroeconomic analysis of two selected long-term care services, which are the 24-hours-home-care because of the recent reform and nursing homes because of the rising cost for that service. As a tool for the economic analyses the SROI-Social Return on Investment analysis was chosen. It is a fairly new tool in the field of economics and has recently been paid attention to in case of other social subject areas in Austria.

The final conclusion is that there are big differences within the three different provinces and the two selected services of interest. The investments of the long-term-care services per person show disparities, which is one of the major reasons for the different impact that they have on the stakeholders. The big advantage of this analysis is that, because of using the same method for measuring the impacts in monetary units, a comparison is legitimate. At the end of this master thesis several insights are given for urban planning and social policy in Austria.

## Zusammenfassung

Die Anpassung der Sozialpolitik und der Pflegepolitik auf den zukünftig stark steigenden Pflegebedarf stellt eine große Herausforderung für Politik und Planung dar. In Zeiten des demographischen Wandels, dem Rückgang der informellen Pflege und der immer größer werdenden Verantwortung der öffentlichen Hand bei der Finanzierung sind zukunftsweisende und vor allem nachhaltig finanzierbare Lösungen gefragt. Um für das Problemfeld einer bedarfsgerechten Versorgung der älteren Bevölkerung Lösungsansätze zu finden werden im Rahmen dieser Arbeit zwei Pflegeangebote analysiert.

Allgemein widmet sich diese Arbeit dem Thema Pflege und vergleicht mobile und stationäre Pflegeangebote mittels einer Social Return on Investment Analyse. Zu Beginn der Arbeit werden die Probleme der Überalterung der Bevölkerung im Kontext von Stadt und Land diskutiert und anschließend ein Überblick über das Sozialsystem Österreichs gegeben. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei auf die Finanzierung und Kompetenzaufteilung zwischen dem Bund und den Ländern gelegt. Darauf aufbauend werden die Pflegeangebote in den drei Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland verglichen und dabei insbesondere auf die Versorgungsdichte, die Finanzierung und die Vor- und Nachteile eingegangen. Ziel dieser Grundlagenerhebung ist es, aufzuzeigen welches Pflegeangebot für welche Zielgruppe am besten geeignet ist. Abschließend wird über eine gesamtwirtschaftliche Bewertung der Nutzen der verschiedenen Angebote ermittelt. Die dafür ausgewählte Methode ist die Social Return on Investment Analyse (kurz: SROI), welches ein relativ junges Instrument ist und sich für die Bewertung sozialer Maßnahmen besonders eignet. Abgeleitet aus der Analyse sollen jeweils die größten NutzerInnengruppen des Pflegesystems identifiziert und im Kontext der Finanzierung diskutiert werden.

Das Fazit dieser Arbeit beschreibt die vorherrschenden Unterschiede der beiden Pflegeangebote in den drei betrachteten Bundesländern. Vor allem im Bereich der stationären Pflege zeigen sich bei den Investitionen große Disparitäten. Durch die Verwendung derselben Monetarisierungsgrundlagen bei der gesamtwirtschaftlichen Analyse lassen sich die Ergebnisse gut miteinander vergleichen. Die wichtigsten Erkenntnisse werden über die Verteilung der erzielten Wirkungen auf die Stakeholder gewonnen.

Bei der 24-Stunden-Betreuung ergibt sich ein SROI-Koeffizient von 1: 1,73. Dieser Wert liegt über dem der stationären Pflege und ist vor allem durch die deutlich höheren Kosten zu begründen. Beide Angebote unterscheiden sich jedoch stark in ihrer Finanzierung der Verteilung der Wirkungen auf die Stakeholder. So sind die Profite 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 dadurch reduziert wird. Die stationäre Pflege und Betreuung in Wien, Niederösterreich und im Burgenland erzielt einen SROI Koeffizienten von 1:1,42. 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.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract .....</b>	<b>I</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>II</b>
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>A Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1. Ausgangslage und Problemstellung .....	1
1.2. Aufgabenstellung und Forschungsfragen.....	2
1.3. Methodische Vorgangsweise .....	2
<b>B Theoretischer Teil .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Ursachen für einen steigenden Bedarf im Bereich der Langzeitpflege.....</b>	<b>4</b>
2.1. Demographische Entwicklung.....	5
2.1.1. <i>Die demographische Entwicklung in Österreich im Kontext der Europäischen Union .....</i>	<i>6</i>
2.1.2. <i>Die demographische Entwicklung der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland im Vergleich .....</i>	<i>12</i>
2.2. Überalterung des ländlichen Raumes .....	15
2.3. Rückgang der Informellen Pflege .....	18
2.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise.....	20
<b>3 Grundlagen der Sozialpolitik.....</b>	<b>21</b>
3.1. Gründe für Sozialpolitik.....	21
3.2. Leitbilder .....	24
3.3. Ziele .....	24
3.4. Instrumente.....	25
3.5. Handlungsprinzipien.....	26
3.6. Träger der Sozialpolitik.....	27
3.7. Institutionenwahl in der der Sozialpolitik .....	28
3.8. Effizienz in der Sozialpolitik.....	29
3.9. Wirkungsweise von Geld- und Sachleistungen bei pflegebedürftigen Menschen .....	30
3.10. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise.....	33

<b>C</b>	<b>Analyse des Pflege- und Sozialsystems.....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>Die Sozialpolitik auf Bundesebene und der Länder Burgenland, Niederösterreich und Wien .....</b>	<b>34</b>
4.1.	Die Sozialpolitik in Österreich .....	34
4.1.1.	<i>Träger und deren Kompetenzen in der Sozialpolitik.....</i>	<i>34</i>
4.1.2.	<i>Finanzierung und Sozialausgaben .....</i>	<i>35</i>
4.1.3.	<i>Gesundheitsausgaben .....</i>	<i>37</i>
4.1.4.	<i>Bundespflegegeld .....</i>	<i>39</i>
4.1.5.	<i>Bundespflegefonds .....</i>	<i>40</i>
4.1.6.	<i>Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen .....</i>	<i>41</i>
4.2.	Pflege und Altenbetreuung in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland .....	41
4.2.1.	<i>Pflegegeldstatistik .....</i>	<i>42</i>
4.2.2.	<i>Überblick über das Angebot von Pflege- und Betreuungsdiensten .....</i>	<i>46</i>
4.2.3.	<i>Kostenprognose für Pflege- und Betreuungsdienste .....</i>	<i>52</i>
4.3.	Ein internationaler Vergleich der Sozial- und Pflegesysteme .....	56
4.3.1.	<i>Dänemark.....</i>	<i>58</i>
4.3.2.	<i>Deutschland.....</i>	<i>59</i>
4.3.3.	<i>Schweiz .....</i>	<i>60</i>
4.3.4.	<i>Italien.....</i>	<i>61</i>
4.4.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise .....	62
<b>5</b>	<b>24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeangebote .....</b>	<b>64</b>
5.1.	24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste .....	64
5.1.1.	<i>Entwicklung und heutige Situation.....</i>	<i>64</i>
5.1.2.	<i>Zielgruppen.....</i>	<i>67</i>
5.1.3.	<i>Kosten und Finanzierung für die Betreuung .....</i>	<i>68</i>
5.1.4.	<i>Versorgungsangebote in den ausgewählten Bundesländern.....</i>	<i>70</i>
5.1.5.	<i>Vor- und Nachteile der 24-Stunden-Betreuung .....</i>	<i>71</i>
5.2.	Stationäre Pflegeangebote.....	72
5.2.1.	<i>Definition .....</i>	<i>72</i>
5.2.2.	<i>Zielgruppen.....</i>	<i>72</i>
5.2.3.	<i>Kosten und Finanzierung für diese Betreuungsform .....</i>	<i>73</i>
5.2.4.	<i>Stakeholder: Wien, NÖ, Burgenland.....</i>	<i>74</i>
5.2.5.	<i>Referenzeinrichtung – Pflegeheim Rechnitz, Burgenland .....</i>	<i>75</i>

5.2.6.	<i>Vor- und Nachteile stationärer Pflege</i> .....	75
5.3.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise.....	76
<b>D</b>	<b>Gesamtwirtschaftliche Analyse</b> .....	<b>78</b>
<b>6</b>	<b>Gesamtwirtschaftliche Bewertungsmethoden</b> .....	<b>78</b>
6.1.	Wirkungsanalysen und Bewertungsmethoden .....	78
6.2.	Social Return on Investment Analyse.....	80
6.2.1.	<i>REDF-Modell der SROI-Analyse</i> .....	81
6.2.2.	<i>Nef-Ansatz der SROI-Analyse</i> .....	82
6.2.3.	<i>SROI Analyse des European SROI Networks</i> .....	83
6.2.4.	<i>Vorteile einer SROI-Analyse</i> .....	85
6.2.5.	<i>Grenzen der SROI-Analyse</i> .....	86
6.3.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise.....	87
<b>7</b>	<b>SROI – Analyse der 24-h-Betreuung und stationären Pflegeangeboten</b> .....	<b>88</b>
7.1.	Planung der SROI Analyse .....	88
7.1.1.	<i>Ziele der Analyse</i> .....	89
7.1.2.	<i>24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflege</i> .....	90
7.1.3.	<i>Stakeholder</i> .....	90
7.1.4.	<i>Umfang der Analyse</i> .....	92
7.1.5.	<i>Impact Value Chains der einzelnen Stakeholder</i> .....	92
7.1.6.	<i>Informations- und Datenquellen</i> .....	95
7.1.7.	<i>Erhebungsplan</i> .....	95
7.2.	Umsetzung der SROI Analyse .....	96
7.2.1.	<i>Datensammlung und –aufbereitung</i> .....	96
7.2.2.	<i>Deadweight</i> .....	97
7.2.3.	<i>Investitionen</i> .....	98
7.2.4.	<i>Monetarisierung der Indikatoren</i> .....	101
7.2.5.	<i>Gegenüberstellung der Investitionen und Profite der einzelnen Bundesländer</i> .....	111
7.2.6.	<i>Gegenüberstellung der Investitionen und Profite gesamt und der SROI-Koeffizienten</i> .....	118
7.2.7.	<i>Auswirkungen in vier Wirkungsdimensionen</i> .....	120

<b>E</b>	<b>Erkenntnisse .....</b>	<b>123</b>
<b>8</b>	<b>Reflexion .....</b>	<b>123</b>
8.1.	Erkenntnisse der SROI Analyse.....	123
8.2.	Reflexion zur Methode der SROI Analyse .....	124
8.3.	Räumliche und raumplanerische Folgen .....	124
<b>F</b>	<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>126</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>126</b>
<b>10</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>132</b>
<b>11</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>134</b>
<b>G</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>136</b>
<b>12</b>	<b>Interviewleitfäden.....</b>	<b>136</b>
12.1.	Interviewleitfaden mit Frau Mag.a Meichenitsch, Sozialexpertin der Diakonie Österreich .....	136
12.2.	Interviewleitfaden mit Frau Danzinger, Heim- und Pflegedienstleiterin im Pflegezentrum "Am Schloßpark" Rechnitz .....	136
12.3.	Interviewleitfaden mit BewohnerInnen des Pflegezentrum "Am Schloßpark" Rechnitz .....	137

## A Einleitung

### 1 Einleitung

#### 1.1. Ausgangslage und Problemstellung

ÖsterreicherInnen haben eine über dem Durchschnitt der EU-27 liegende hohe Lebenserwartung. Doch wie sieht es mit der Lebensqualität und dem Pflege- und Betreuungsbedarf im höheren Alter aus? Ist das Versorgungsangebot von Pflege- und Betreuungsdiensten für ältere Menschen in Österreich seinen Herausforderungen gewachsen?

Die demographische Entwicklung Österreichs und vor allem das Phänomen der „Überalterung des ländlichen Raumes“ sind Herausforderungen für die nationale und Bundesland-spezifische Pflegepolitik. Es ist ein steigender Pflege- und Betreuungsbedarf in allen Bereichen von häuslicher Pflege über ambulante Pflege bis hin zu Langzeitpflege in stationären Einrichtungen zu erwarten. Die wohl größte damit verbundene Herausforderung wird in Zukunft die Finanzierung und Neuorganisation dieses Systems sein. Die Hauptverantwortung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen liegt bei den Bundesländern, den Gemeinden und den lokalen AkteurInnen. (Österle, et al., 2010 S. 2)

Die vorliegende Arbeit widmet sich genau diesem Thema und beleuchtet die Folgen und Herausforderungen des demographischen Wandels. Um die Unterschiede im Bereich der Sozialpolitik von städtischem und ländlichem Raum darzustellen werden die drei Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland herangezogen. Der ausgewählte Raum bezieht sich somit auf Ostösterreich und drei Bundesländer mit sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Anhand von den drei Bundesländern lässt sich die Problematik städtischer und ländlicher Räume in Bezug auf die Pflegepolitik gut darstellen. Es werden in einem ersten Schritt die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Bevölkerungsentwicklung und Pflegepolitik dargestellt und in Folge auf das spezifische Pflege- und Betreuungsangebot eingegangen. Ziel ist es über eine Social Return on Investment-Analyse den gesamtwirtschaftlichen Nutzen von verschiedenen Angeboten zu berechnen, darzustellen und zu vergleichen, um den Handlungsbedarf beziehungsweise den Spielraum für die zukünftige Pflegepolitik aufzuzeigen.

Des Weiteren zählen die persönliche Schwerpunktsetzung im Rahmen des Masterstudiums auf die Planung im Gesundheitswesen bzw. der allgemeinen sozialen Infrastruktur und die erste gesammelte berufliche Erfahrung zu der Motivation dieser Diplomarbeit. Diese Diplomarbeit soll daher sowohl dem persönlichen Interesse nachgehen und einen Beitrag zum allgemeinen Forschungsstand auf diesem Gebiet leisten.

## 1.2. Aufgabenstellung und Forschungsfragen

Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Pflege ergeben sich folgende zentrale Forschungsfragen, die in dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

- Welche Folgen hat die demographische Entwicklung auf den Pflege- und Betreuungsbedarf in Zukunft? Gibt es spezifische Unterschiede zwischen den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland?
- Wie sehen die derzeitige Pflegepolitik und das Pflegeangebot in den drei Bundesländern aus?
- Wie wird die Pflegepolitik in anderen Staaten gestaltet und finanziert?
- In welchen Bereichen und wie werden Nutzen durch Pflege- und Betreuungsdienste erreicht? In welcher Höhe liegt der gesamtwirtschaftliche Nutzen? Gibt es dabei Unterschiede zwischen mobilen und stationären Pflegeangeboten?

## 1.3. Methodische Vorgangsweise

Die Diplomarbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen. Der theoretische Teil gliedert sich in zwei Kapitel zu den Themen Ursachen für einen steigenden Pflegebedarf und Grundlagen der Sozialpolitik. Die Methodik dieser Kapitel basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche. Als Grundlage für die spezifische Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Bundesländern werden aktuelle Zahlen der Bevölkerungsprognose laut Statistik Austria und der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) herangezogen.

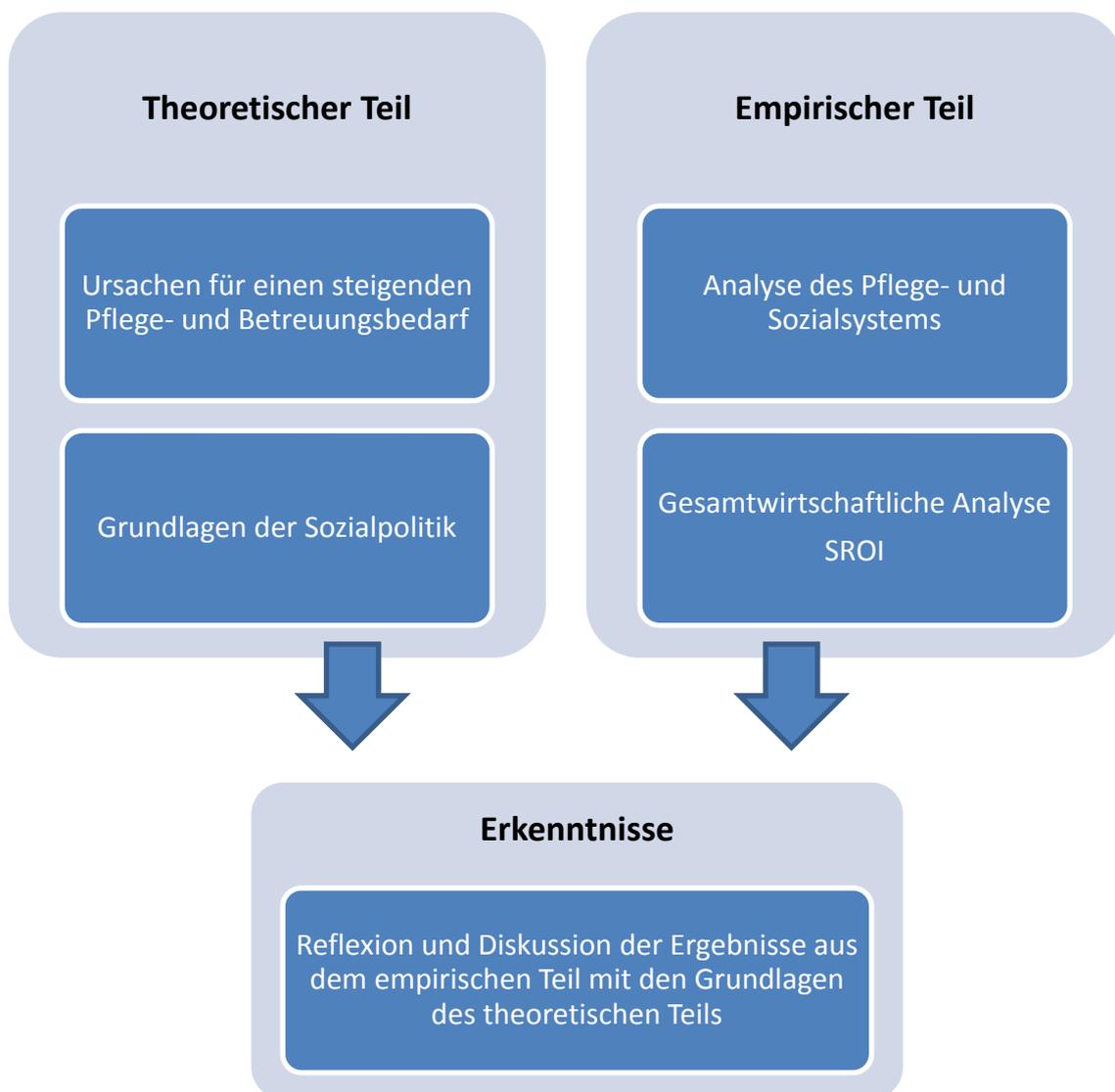
Der empirische Teil gliedert sich wiederum in zwei Hauptkapitel, wobei der erste Teil aus der Analyse der Pflege- und Sozialsysteme und der zweite Teil aus der gesamtwirtschaftlichen Analyse bestehen. Grundlage für die Analyse der Pflegesysteme sind Publikationen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz sowie der jeweiligen Fachabteilungen der Länder. Ziel dieses Abschnittes ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Pflegepolitik der Länder herauszuarbeiten. Zusätzlich wird konkret für die häusliche 24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflegeangebote eine Definition und Eingrenzung vorgenommen. Ziel ist es, aufbauend auf der Literaturrecherche zu diesem Thema über Interviews mit ExpertInnen die Unterschiede und Spezifika im Pflegebereich herauszuarbeiten. Für die Befragung wurden AkteurInnen sowie AnbieterInnen und BetreiberInnen von stationären und mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen interviewt. Für den internationalen Vergleich wurden die Erkenntnisse der vorangegangenen Analyse sowie Fachliteratur über Sozialsysteme anderer europäischer Länder herangezogen.

Der zweite empirische Teil beschäftigt sich zunächst mit verschiedenen gesamtwirtschaftlichen Bewertungsmethoden für Maßnahmen im sozialen Bereich. Konkret wird dabei die Social Return on Investment – Analyse beschrieben und die Anwendung dieser Methode anhand von Beispielen näher behandelt. Die Grundlagen für diesen Teil bilden Fachliteratur zu gesamtwirtschaftlichen Bewertungsmethoden sowie Publikationen über durchgeführte Social Return on Investment – Analysen. Darauf aufbauend wird eine spezifische Analyse der 24-Stunden-Betreuungsdienste und stationären Pflege- und Betreuungsangebote für die drei

ausgewählten Bundesländer durchgeführt. Als Referenz für die stationäre Pflege und Betreuung wird eine Best-Practice Einrichtung, das Pflegeheim Rechnitz, herangezogen. Für die Darstellung der Kosten und Nutzen der verschiedenen Angebote werden Interviews mit AnbieterInnen und BetreiberInnen sozialer Einrichtungen und mit betroffenen Pflegebedürftigen durchgeführt. Der Nutzen wird über qualitative Interviews und Sekundärliteraturrecherche ermittelt.

Die Ergebnisse der Analyse werden in einem abschließenden Kapitel zusammengefasst und diskutiert. Es werden differenzierte Schlussfolgerungen für die 24-Stunden-Betreuung und den stationären Bereich getroffen und mit den gewonnenen Grundlagen aus dem theoretischen Teil reflektiert. In folgender Abbildung 1 ist der Aufbau der Arbeit schematisch dargestellt.

Abbildung 1: Aufbau der Diplomarbeit



Quelle: eigene Darstellung und Konzeption

## B Theoretischer Teil

### 2 Ursachen für einen steigenden Bedarf im Bereich der Langzeitpflege

Altersbezogene Probleme beginnen in vielen Fällen mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben und dem Übergang in die Pension. Die Veränderung gewohnter Tätigkeitsinhalte oder Zeitstrukturen durch den Übertritt in die Pension bedeutet vielfach auch einen Verlust sozialer Kontakte für viele Menschen. Dadurch kann es mit zunehmendem Alter zu einer Verschlechterung der Gesundheitszustandes bzw. einer Zunahme an chronischen Krankheitsbildern kommen. Als Folge daraus resultiert in den vielen Fällen eine Betreuung oder Unterstützung älterer Menschen durch andere. (Badelt, et al., 2001b S. 98) Daraus abgeleitet ergibt sich für viele der Bedarf an Langzeitpflege, was ein immer heterogener werdendes politisches Handlungsfeld ist und aus einem Mix aus medizinischen und sozialen Leistungen besteht.

Die Probleme älterer Menschen lassen sich prinzipiell drei Hauptkategorien zuordnen:

- **Materielle Probleme:** Der Übergang vom Erwerbsleben in die Pension stellt gesellschaftspolitisch eine Grenze dar, ab der ein Teil der Bevölkerungsgruppe zumindest teilweise nicht mehr selbst für seinen Lebensunterhalt aufkommen kann, sondern auf die Unterstützung anderer angewiesen ist. Durch diese Veränderung können für viele materielle Probleme entstehen. (Badelt, et al., 2001b S. 100)
- **Soziale Isolation:** Die soeben beschriebene gesellschaftspolitische Grenze gilt nicht nur im Hinblick auf materielle Probleme, sondern auch für die soziale Isolation. Durch den Austritt aus dem Erwerbsleben ändern sich für viele die sozialen Kontakte, da die beruflichen Kontakte wegfallen und die Kommunikation in der Familie und dem unmittelbaren Umfeld an Bedeutung gewinnt. Diese Veränderung bringt oft eine verstärkte Gefahr der sozialen Isolation, da familiäre Kontakte in vielen Fällen relativ schwach ausgeprägt sind und andere soziale Kontakte mit zunehmendem Alter weiter abnehmen. (Badelt, et al., 2001b S. 101)
- **Betreuungsbedürftigkeit:** Durch die sinkende physiologische Leistungsfähigkeit und weitere gesundheitseinschränkende Faktoren bedürfen ältere Menschen einer besonderen Hilfestellung in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Therapie sowie bei der Unterstützung im Alltag und Haushalt. (Badelt, et al., 2001b S. 101f.)

Die Leistungserbringung erfolgt informell, durch Angehörige, oder formell über öffentliche bzw. Non-profit Organisationen und private Unternehmen. (Österle, 2001 S. 11) In den 1990er Jahren wurden nationale Pflegesysteme wegen steigender finanzieller Belastungen reformiert, um Kosten einzusparen bzw. die Kostensteigerung einzudämmen und die Effizienz zu steigern. In allen OECD-Ländern wurden auf politischer Ebene Entwicklungen und die Finanzierung des Pflegesystems diskutiert und neu strukturiert. Die Hauptverantwortung im Bereich der Pflege wird weiterhin durch den informellen Sektor, durch Familienangehörige, getragen. Da der Anteil dieses Bereichs in den vergangenen zwanzig Jahren stetig sinkt, wird Pflege immer mehr

als soziales Risiko betrachtet und die Verantwortung an ein funktionierendes, finanzierbares und effizientes System von öffentlichen und privaten Angebotsstrukturen übertragen. (Österle, 2001 S. 12)

Die größten Herausforderungen und gleichzeitig die Hauptargumente warum Langzeitpflege ein immer wichtigeres Thema wird, sind:

- Demographische Entwicklung: Es kommt zu einem steigenden Anteil der älteren Bevölkerung mit potentielltem Pflegebedarf im Vergleich zur gesamten Bevölkerung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten. Gründe für diesen Effekt sind die „Babyboomer-Generation“ der Nachkriegszeit, die derzeit herrschende niedrige Geburtenrate und die steigende Lebenserwartung. Besonders stark äußert sich dieser Effekt in ländlichen Regionen, die zusätzlich noch durch Abwanderung geprägt sind.
- Rückgang des Anteils der Informellen Pflege und Wandel der Lebensformen: Familienangehörige, vor allem Frauen, übernehmen bis heute die Hauptverantwortung im Bereich der Pflege. Der Anteil der durch die Familie gepflegten Personen liegt bei rund 80% und ist seit Jahren rückläufig. Da immer mehr Frauen berufstätig sind und weniger Familienangehörige die Pflege übernehmen können, steigt der Bedarf nach formeller Pflege. Zusätzlich unterstreicht der Wandel der Lebensformen durch die erhöhte Scheidungsrate und die deutliche Steigerung der Single-Haushalte ebenfalls den zusätzlichen Bedarf.

In diesem Kapitel wird infolge auf die beschriebenen Herausforderungen näher eingegangen und eine Differenzierung zwischen den drei Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland vorgenommen.

## 2.1. Demographische Entwicklung

Die Demographie ist eine Wissenschaft, die sich mit der Entwicklung und den Strukturen der Bevölkerung beschäftigt. Inhalt der Untersuchungen dieser Wissenschaft sind sowohl die alters- und zahlenmäßige Bevölkerungsstruktur, sowie auch ihre räumliche Verteilung und Faktoren, die für Veränderungen der Verteilung verantwortlich sind. Grundlagen der Beobachtung der Entwicklung der Bevölkerung sind vor allem Statistiken, woraus Modelle und Prognosen für die zukünftige Entwicklung abgeleitet werden. Die grundsätzlichen Einflussfaktoren der Bevölkerungsentwicklung sind: Fertilität (Geburtenzahl), Migration (Aus-, Einwanderung) und Mortalität (Sterblichkeitsrate). (Wirtschaftslexikon Gabler, 2014)

Die Demographie ist eine wichtige Grundlage für Planungen und Bedarfsprognosen. Sowohl für die Raumplanung als auch für den Bereich der Sozialplanung gibt sie Auskunft über mögliche Veränderungen und daraus resultierenden Handlungsbedarf. Der Bedarf an Pflege ergibt sich durch physische oder psychische Einschränkungen, von denen grundsätzlich jede Person in ihrem Leben betroffen sein kann. Der Hauptanteil der Pflegebedürftigen, vor allem in der Langzeitpflege, sind ältere Menschen. (Österle, 2001 S. 12f.)

Wirft man einen Blick auf die Demographie in Europa zeigt sich, dass in allen Staaten der Europäischen Union (EU) der Anteil der älteren Bevölkerung und somit auch der Anteil der potentiellen pflegebedürftigen Menschen steigen. Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit ist

nicht nur von der Altersstruktur, sondern auch von der Entwicklung der Gesundheit beziehungsweise der Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer einschränkenden Krankheit abhängig. Relevante Indikatoren für die Pflegebedürftigkeit sind somit die Lebenserwartung und die gesunden Lebensjahre. Die Differenz, die daraus resultiert, ist die zeitliche Periode in der ein Pflegebedarf durch Krankheit oder körperliche und geistige Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags wahrscheinlich wird. (Österle, 2011 S. 21f.) Vor allem chronische Krankheiten führen bei älteren Menschen oft zu einem Pflegebedarf. Zu der am stärksten wachsenden Krankheit unter älteren Menschen zählt Demenz, welche einerseits durch steigende Lebenserwartung und andererseits durch Faktoren wie Depressionen, Alkoholismus, Bluthochdruck und niedrige Bildung hervorgerufen wird. (Wancanta, et al., 2003) Im gesamten EU-Raum wird die Anzahl der an Demenz erkrankten Personen bis 2050 um 150% steigen. Das würde bedeuten, dass in Kombination mit der Bevölkerungsentwicklung das Verhältnis der betroffenen Personen zu den Personen im berufstätigen Alter (15-64 Jahre) von 1 zu 69,4 (2000) auf 1 zu 21,2 (2050) sinkt. (Österle, 2011 S. 23) Besonders diese starke Zunahme an Demenzerkrankungen weist einen akuten Handlungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege aus.

Allgemein zeichnet sich in der EU demnach der Trend ab, dass es zu einem steigenden Pflegebedarf, vor allem im Bereich der Langzeitpflege bei älteren Menschen, kommen wird. Das genaue Ausmaß der Zunahme hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab und lässt sich nur durch Annahmen abschätzen. Die Einflussbereiche, um Pflegebedarf zu verringern, gehen von Verbesserungen im Gesundheitssystem, wie zum Beispiel Verbesserung der medizinischen Versorgung, über Steigerung der Rehabilitation bis hin zur Entwicklung von neuen technischen Hilfsmitteln. (Österle, 2011 S. 24f.)

### *2.1.1. Die demographische Entwicklung in Österreich im Kontext der Europäischen Union*

Die Prognosen zur demographischen Entwicklung der Bevölkerung der Europäischen Union zeigen einen ganz klaren Trend. Der Anteil der älteren Bevölkerung von 65 Jahren plus steigt stetig und wird bis 2060 von derzeit (2012) rund 18% auf rund 30% anwachsen. Einen noch stärkeren Zuwachs wird die Altersgruppe der 80-jährigen und älter verzeichnen; diese Gruppe wird von derzeit (2012) rund 5% auf rund 12% ansteigen. Das bedeutet, dass sich in den nächsten 50 Jahren der Anteil der älteren Bevölkerung fast verdoppeln wird und somit auch der potentielle Bedarf an Langzeitpflege dadurch steigen wird. (siehe Tabelle 1: Demographische Entwicklung EU27 1992-2060) Weiters wird prognostiziert, dass sich die Geschlechtsverteilung in der Gruppe der älteren Bevölkerung stärker angleichen wird. Das bedeutet, dass von der derzeitigen Verteilung von rund 60/40 (F/M) eine Verschiebung in Richtung einer 50/50 Verteilung erfolgen wird. Der Anteil der älteren Menschen über 65 Jahren gemessen an der Bevölkerung im berufsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren, der so genannte „old-age dependancy ratio“ (Österle, 2001 S. 14), beträgt derzeit rund 27% und bedeutet, dass auf rund vier Menschen im berufsfähigen Alter eine Person über 65 Jahren kommt. Im Jahr 2060 erhöht sich der Anteil auf über 50%, was zur Folge hat, dass statt vier nur mehr zwei Personen im berufsfähigen Alter auf eine ältere Person kommen. Dieser Indikator zeigt den Handlungsbedarf, der im Bereich der Finanzierung der Langzeitpflege entstehen wird.

Tabelle 1: Demographische Entwicklung EU27 1992-2060

EU 27	Gesamtbevölkerung			0-14			15-64			65+			darunter 80+			Anteil 65+ an 15-64	+/- 65+ im Basisjahr 1992
	gesamt absolut			gesamt absolut			gesamt absolut			gesamt absolut			gesamt absolut				
	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-		
1992	473.243.010			90.030.096			316.448.525			66.764.389			15.473.010			21,1	100%
	49	51	2,4	51	49	-9,5	50	50	2,9	39	61	16,2	31	69	13,6	2,7%	
2002	484.635.119			81.474.660			325.567.581			77.592.878			17.580.187			23,8	113%
	49	51	3,9	51	49	-3,6	50	50	3,0	41	59	15,0	32	68	41,6	2,9%	
2012	503.663.601			78.535.424			335.370.963			89.757.214			24.887.488			26,8	127%
	49	51	2,1	51	49	1,8	50	50	-1,4	42	58	15,6	35	65	19,2	4,6%	
2020	514.365.687			79.949.169			330.672.224			103.744.294			29.658.361			31,4	149%
	49	51	2,2	51	49	-6,8	50	50	-6,2	43	57	36,0	37	63	57,7	14,1%	
2040	525.702.440			74.543.147			310.030.237			141.129.056			46.764.708			45,5	216%
	49	51	-1,7	51	49	-1,2	51	49	-6,3	45	55	8,2	40	60	33,1	7,0%	
2060	516.939.958			73.661.507			290.577.464			152.700.987			62.228.068			52,6	249%
	49	51		51	49		51	49		46	54		41	59			

Quelle: Bevölkerungsdaten und -prognosen (Statistik Austria, 2013), eigene Berechnungen und Darstellung

Die Bevölkerungsverteilung und auch die Prognose für Österreich entspricht im Wesentlichen dem EU 27 Durchschnitt. 2012 zählte Österreich 8.443.018 Einwohner (siehe Tabelle 2: Demographische Entwicklung in Österreich 1992-2060), davon sind rund 18% älter als 65 Jahre und 5% über 80 Jahre. Der Anteil der über 65-jährigen gemessen an der Anzahl der Menschen im berufsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren liegt bei rund 26%. Bis zum Jahre 2060 wird mit einer leichten Bevölkerungszunahme auf eine Gesamtbevölkerungszahl von rund 8,87 Mio. EinwohnerInnen gerechnet. Der Anstieg des Anteils der 65+ Generation wird deutlich stärker prognostiziert und erhöht sich auf knapp 30%. Noch stärker wird der Anstieg der Bevölkerungsgruppe der über 80-jährigen erwartet, diese wird sich mehr als verdoppeln und beläuft sich auf rund 12%. Das bedeutet, dass auch in Österreich im Jahr 2060 ein Verhältnis von zwei Personen im berufsfähigen Alter (15-64 Jahre) auf eine über 65-jährige Person herrschen wird. Gerade diese Zahlen werfen Fragen in Hinblick auf die Strukturierung und insbesondere die Finanzierung des Sozialsystems in Österreich auf. So wird in einem Bericht der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) und der Statistik Austria zur Bevölkerungsprognose Österreichs deutlich auf dieses Problem hingewiesen. Der demographische Wandel und die damit resultierende starke Zunahme der Anzahl der älteren Bevölkerung bringen regional große Herausforderungen für das Sozial- und Gesundheitssystem mit sich. Es sind geeignete Systeme um den steigenden Bedarf an Betreuung und Versorgung älterer Menschen zu entwickeln. Im Hinblick auf die Finanzierung sind ebenfalls neue Systeme anzudenken um die Finanzierung langfristig sicherzustellen. (Hanika, 2010 S. 109) Weiters werden in diesem Bericht die Veränderungen der Bevölkerungsverteilung kartographisch für Österreich dargestellt. (siehe Abbildung 2 - Abbildung 4)

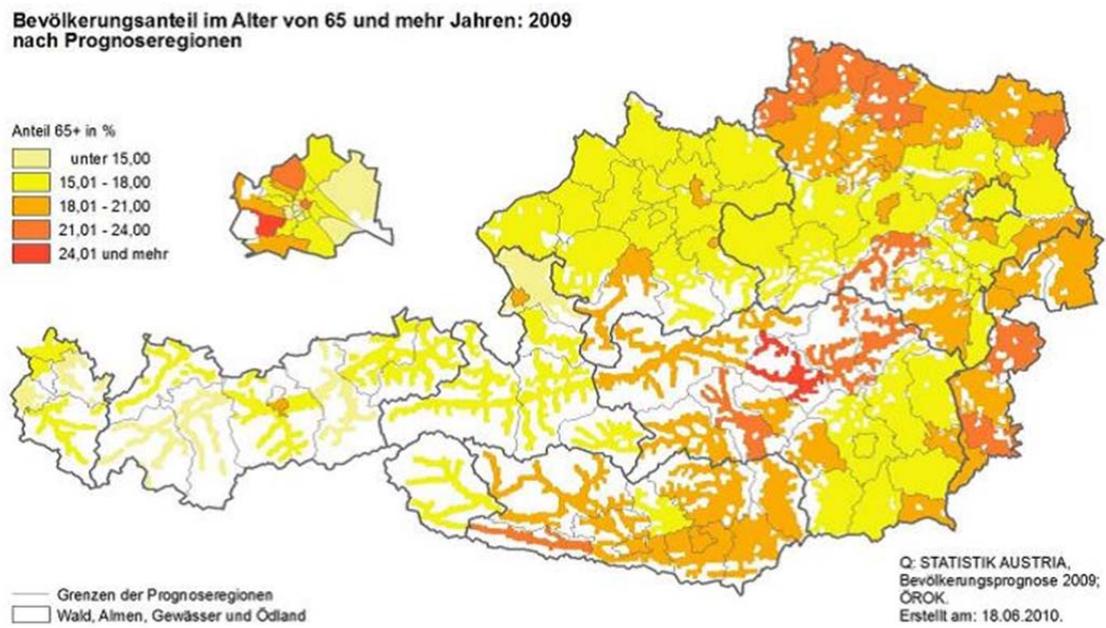
Tabelle 2: Demographische Entwicklung in Österreich 1992-2060

Österreich	Gesamtbevölkerung			0-14			15-64			65+			darunter 80+			Anteil 65+ an 15-64	+/- 65+ im Basisjahr 1992
	gesamt absolut			gesamt absolut			gesamt absolut			gesamt absolut			gesamt absolut				
	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-	M %	W %	+/-		
1992	7.798.899			1.374.823			5.259.697			1.164.379			285.571			22,1	100%
	48	52	3,4	51	49	-2,1	50	50	4,0	35	65	7,3	28	72	6,6		
2002	8.063.640			1.345.772			5.468.650			1.249.218			304.494			22,8	103%
	48	52	4,7	51	49	-9,0	50	50	4,6	38	62	20,0	28	72	37,1		
2012	8.443.018			1.224.361			5.719.753			1.498.904			417.554			26,2	118%
	49	51	1,8	51	49	-2,3	50	50	-0,4	42	58	13,2	33	67	11,9		
2020	8.591.180			1.196.516			5.697.725			1.696.939			467.251			29,8	135%
	49	51	4,5	51	49	0,6	50	50	-7,1	44	56	46,1	37	63	66,2		
2040	8.977.982			1.203.898			5.294.566			2.479.518			776.749			46,8	212%
	49	51	-1,2	51	49	-0,6	50	50	-3,9	45	55	4,1	40	60	32,2		
2060	8.868.529			1.196.848			5.089.728			2.581.953			1.026.668			50,7	229%
	49	51		51	49		51	49		46	54		41	59			

Quelle: Bevölkerungsdaten und -prognosen (Statistik Austria, 2013), eigene Berechnungen und Darstellung

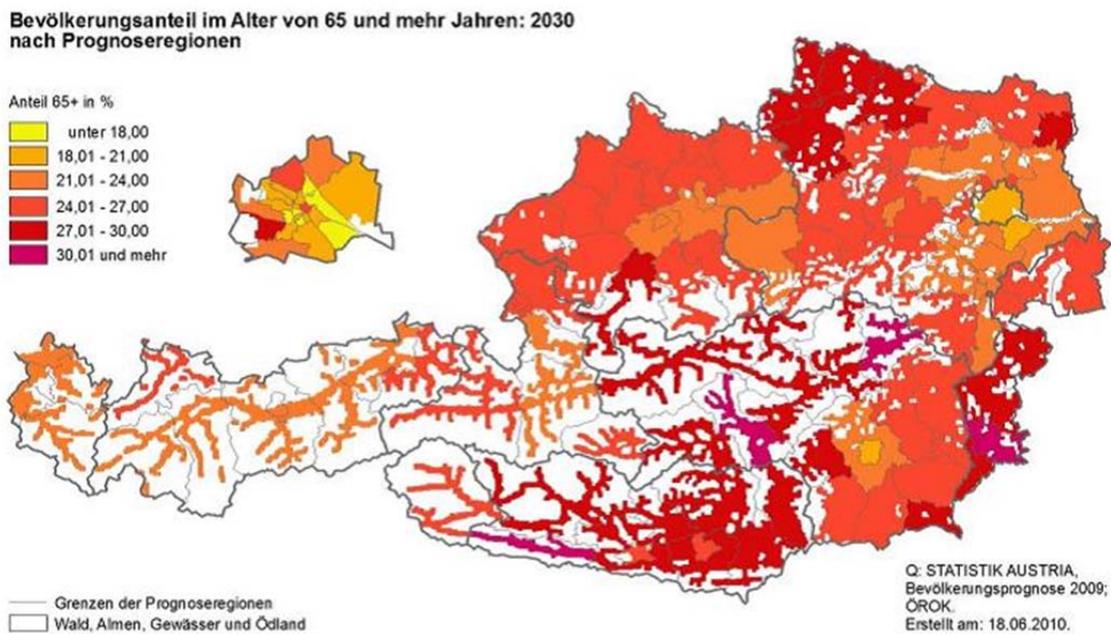
Die folgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung Österreichs. Ausgangsbasis ist das Jahr 2009 und darauf aufbauend die Prognosen für die Jahre 2030 und 2050. Auf der Karte wird der starke Anstieg deutlich sichtbar, da die farbliche Kennzeichnung sich von gelb (unter 18%) immer dunkler bis hin zu violett (über 33%) wandelt. Besonders stark davon betroffen sind Regionen im nördlichen Waldviertel sowie in der Südsteiermark und dem Südburgenland. Wien ist und bleibt das Bundesland mit dem niedrigsten Anteil an der älteren Bevölkerungsgruppe und erreicht 2050 einen prognostizierten Anteil von 21-24%.

Abbildung 2: Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen in Österreich im Jahr 2009



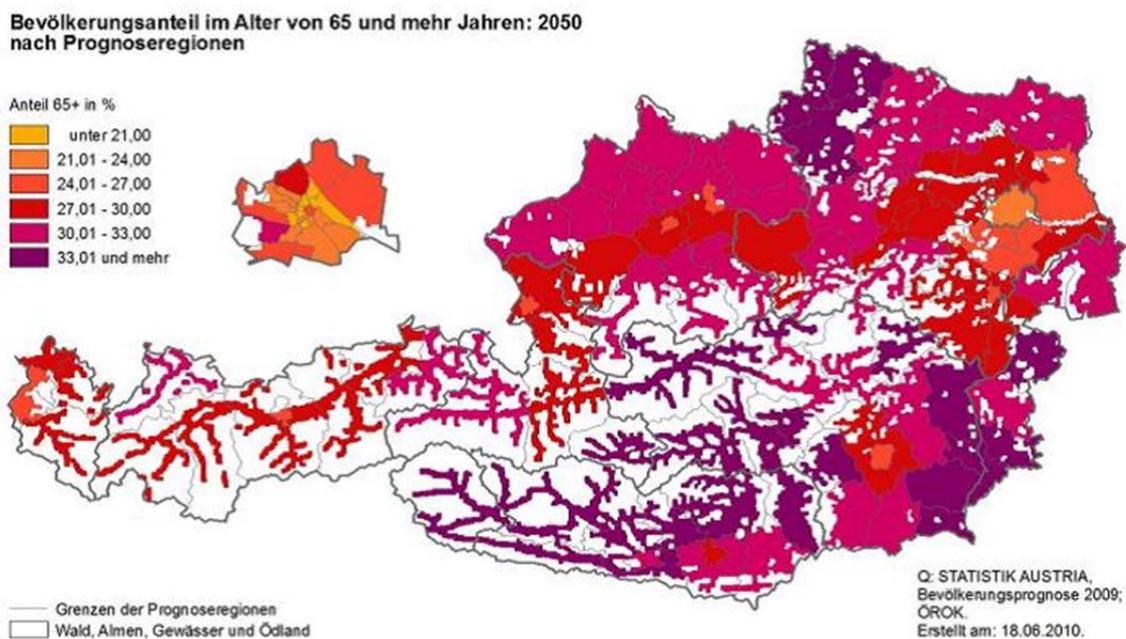
Quelle: (Hanika, 2010 S. 106)

Abbildung 3: Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen in Österreich im Jahr 2030



Quelle: (Hanika, 2010 S. 107)

Abbildung 4: Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen in Österreich im Jahr 2050



Quelle: (Hanika, 2010 S. 108)

Ein weiterer Trend, der sich bei der demographischen Entwicklung europaweit abzeichnet, ist die kontinuierliche Steigung der Lebenserwartung. Im Beobachtungszeitraum von 1980-2010 lässt sich ein Anstieg von rund einem Jahr je fünf Jahre sowohl für Männer als auch für Frauen feststellen. Tendenziell steigt die Lebenserwartung der Männer stärker an und somit nähert sich die Gesamtlebenserwartung bei der Geburt immer mehr der der Frauen. 1980 betrug diese für Männer noch 69 und für Frauen 76 Jahre, wohingegen sie heute (2010) bei 78 und 83 Jahren liegt (siehe Tabelle 3). (Hofmarcher, 2013 S. 10f.)

Tabelle 3: Lebenserwartung von Männern und Frauen seit 1980

	Jahr	1980	1990	1995	2000	2005	2010
<b>Lebenserwartung bei der Geburt, gesamt</b>		72	76	77	78	79	80
<b>Lebenserwartung bei der Geburt, Männer</b>		69	72	74	75	77	78
<b>Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen</b>		76	79	80	81	82	83

Quelle: Daten (Weltbank, 2012), (Hofmarcher, 2013 S. 11), eigene Darstellung

Eine eher ungünstige Entwicklung zeigt sich jedoch im Bereich der gesunden Lebensjahre. Dieser Indikator liegt im EU-Vergleich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zwei Jahre unter dem Durchschnitt. Derzeit (2010) haben Männer 59,5 und Frauen 60,7 gesunde Lebensjahre.

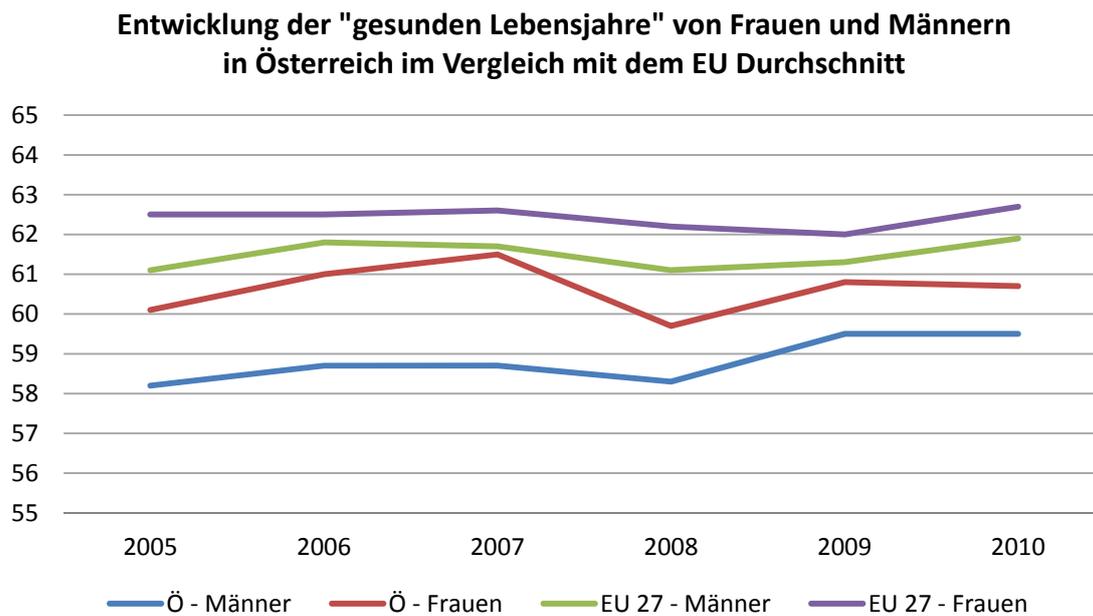
Tabelle 4: Gesunde Lebensjahre von Männern und Frauen Österreichs im EU Vergleich 2005-2010

Gesunde Lebensjahre bei der Geburt	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Österreich - Männer</b>	58,2	58,7	58,7	58,3	59,5	59,5
<b>Frauen</b>	60,1	61	61,5	59,7	60,8	60,7
<b>EU 27 - Männer</b>	61,1	61,8	61,7	61,1	61,3	61,9
<b>Frauen</b>	62,5	62,5	62,6	62,2	62,0	62,7

Quelle: Daten (Eurostat, 2014), (Hofmarcher, 2013 S. 13), eigene Darstellung

In folgender Grafik ist die Entwicklung der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung Österreichs im Vergleich zum Durchschnitt des EU-Raumes zu sehen. Dabei sieht man, dass der Durchschnitt zwischen 2005 und 2009 relativ konstant blieb und im Jahr 2010 leicht ansteigt. Österreich liegt dabei deutlich darunter und verzeichnete vor allem bei der Gruppe der Frauen im Jahr 2008 einen starken Abfall. Betrachtet man den gesamten Zeitraum von 2005 bis 2010 verbesserte sich der Indikator der gesunden Lebensjahre der Männer um 1,3 Jahre und der Frauen um 0,6 Jahre.

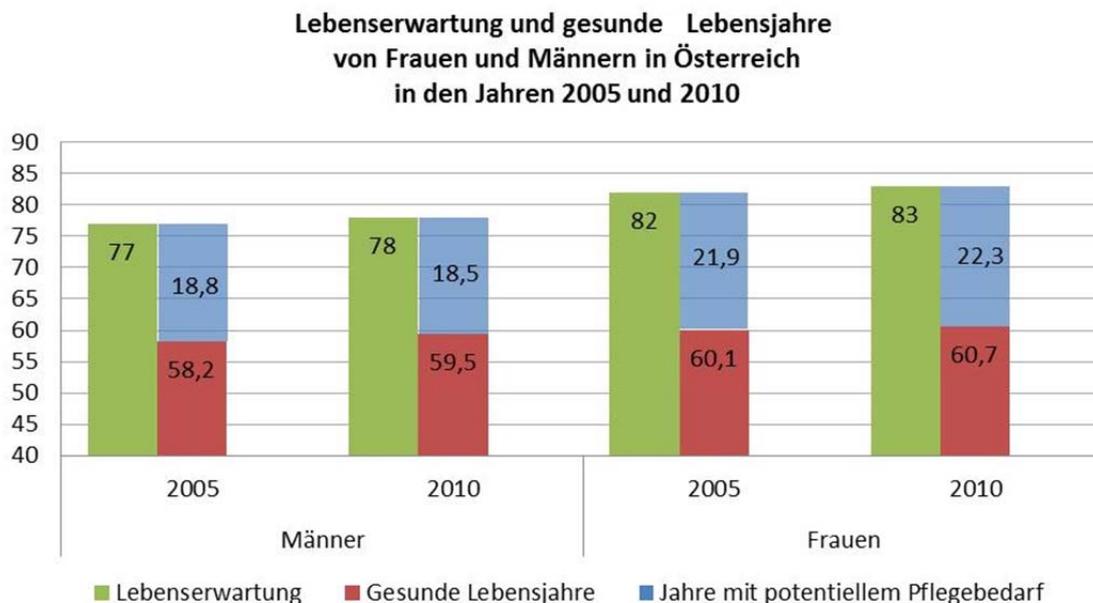
**Abbildung 5: Entwicklung der "gesunden Lebensjahre" von Frauen und Männern in Österreich im Vergleich zum EU Durchschnitt**



**Quelle:** Daten (Eurostat, 2014), (Hofmarcher, 2013 S. 13), eigene Darstellung

Die Differenz, die sich aus der gesamten Lebenserwartung und den gesunden Lebensjahren ergibt, ist der Zeitraum, in dem Personen mit Krankheiten bzw. starken Einschränkungen im Alltag leben. Bei Männern ergibt sich somit ein Zeitraum von rund 18,5 und bei Frauen von 22,3 Jahren, in dem sie mit Krankheit oder Pflegebedarf leben. Ganz allgemein lässt sich zu dieser Entwicklung also sagen, dass die Bevölkerung der EU erfreulicherweise immer länger leben wird, diese gewonnenen Jahre jedoch nicht gesünder verbringen kann, sondern mit teilweise erheblichen Einschränkungen im alltäglichen Leben durch Krankheit oder eingeschränkte Mobilität leben wird.

Abbildung 6: Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre



Quelle: Daten (Eurostat, 2014), (Hofmarcher, 2013 S. 11ff.), (Weltbank, 2012), eigene Darstellung

### 2.1.2. Die demographische Entwicklung der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland im Vergleich

Als Grundlage für die Bevölkerungsprognose der einzelnen Bundesländer dient das Hauptszenario der Statistik Austria. Bei diesem Szenario wird jeweils von einer mittleren Fertilität, Mortalität und Zuwanderung ausgegangen. Diese Durchschnittsvariante ist nach derzeitiger Meinung der Experten die wahrscheinlichste Entwicklung. Des Weiteren werden neben dem Hauptszenario noch neun weitere Varianten gerechnet, unter anderem auch ein Alterungsszenario, bei dem von einer niedrigen Fertilität und Migration und einer deutlichen Erhöhung der Lebenserwartung ausgegangen wird. (Statistik Austria, 2013) Dieses Szenario zeichnet eine Maximalvariante des bevorstehenden Alterungsprozesses der Bevölkerung. Als Grundlage für diese Arbeit wird mit der Hauptvariante gerechnet, um ein möglichst realistisches Szenario abzubilden. Der prognostizierte Alterungsprozess bei dieser Variante bringt auch erheblichen Handlungsbedarf für den Bereich der Langzeitpflege.

Die demographische Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ist sehr unterschiedlich. Grundsätzlich ist festzustellen, dass Wien bei der gesamten Bevölkerungsentwicklung über dem Durchschnitt Österreichs liegt und der Anteil der älteren Bevölkerung über 65 Jahre weiterhin der niedrigste Österreichs bleiben wird. Die zwei Bundesländer Burgenland und Niederösterreich weisen eine ähnliche Wachstumsrate bis 2040 und eine sehr hohe Zunahme der Bevölkerung über 65 Jahre auf. (siehe Tabelle 6, S. 14)

Im Detail betrachtet hat das Bundesland Burgenland derzeit (2010) rund 284.000 EinwohnerInnen, wobei davon rund 55.800 über 65 Jahre alt sind und somit einen Anteil von 20% ausmachen. Bis zum Jahr 2040 wächst die Gesamtbevölkerung auf rund 311.800 EinwohnerInnen an, was einer Steigerung von +10% entspricht. Der Anteil der älteren Bevölkerung wächst deutlich stärker um +79% auf 99.900 Personen an. Betrachtet man die

Wachstumsraten der älteren Bevölkerung genauer, zeigt sich die höchste Zunahme bei der Gruppe der 75 Jahre und älteren Personen. Dieser Trend trifft ebenso auch auf Niederösterreich und in abgeschwächter Form auch auf Wien zu. Bis 2040 steigt somit der Anteil der älteren Bevölkerung über 65 Jahre von 20% auf rund 32% an. (siehe Abbildung 7, S.14)

Niederösterreich misst derzeit eine Gesamtbevölkerung von 1,6 Mio. EinwohnerInnen und hat einen Anteil von rund 19% an der Gruppe der über 65-Jährigen, das entspricht rund 301.000 Personen. Die Bevölkerungsprognose für 2040 zeigt ein Wachstum der Gesamtbevölkerung von 12% bzw. 195.000 EinwohnerInnen. Die absolute Zunahme der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre liegt über der Gesamtzunahme und beträgt rund 218.000. Das bedeutet, dass sich der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe auf 29% erhöhen wird.

Wien ist anders und das gilt auch für die demographische Entwicklung im Vergleich mit Niederösterreich und dem Burgenland. Vor allem durch die starke Zuwanderung bleibt Wien das jüngste Bundesland und wächst um 22% auf eine Gesamtbevölkerungszahl von 2,064 Mio. EinwohnerInnen im Jahr 2040. Die Altersgruppe der über 65 Jährigen wächst um 148.000 auf einen Anteil von 21% im Jahr 2040. Im Vergleich zu den anderen beiden Bundesländern liegt Wien um 8-11% unter dem prognostizierten Anteil und erreicht im Jahr 2040 die Höhe des derzeitigen Anteils im Burgenland.

In Summe steigt in den drei Bundesländern zusammen die Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre von rund 644.000 auf eine Zahl von 1,055 Mio., das bedeutet eine Zunahme von +64% im Vergleich zum Basisjahr 2010. Zusätzlich kommt es auch in der älteren Bevölkerungsgruppe zu einer Verschiebung von 65-74 zu 75-84 bzw. 85+, da diese beiden Bevölkerungsgruppen am stärksten wachsen. Diese demographischen Indikatoren deuten auf einen enormen Handlungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege hin, insbesondere im Bereich der Finanzierung. Allein durch diese Entwicklung erhöht sich der Bedarf um 64% bis zum Jahr 2040; hinzu kommen noch verstärkende Faktoren wie der Rückgang der informellen Pflege, da immer weniger Angehörige für die Pflege aufkommen können und mehr Single-Haushalte bestehen werden. Rechnet man diesen Effekt noch hinzu, liegt die Zunahme wohl weit über den 64%.

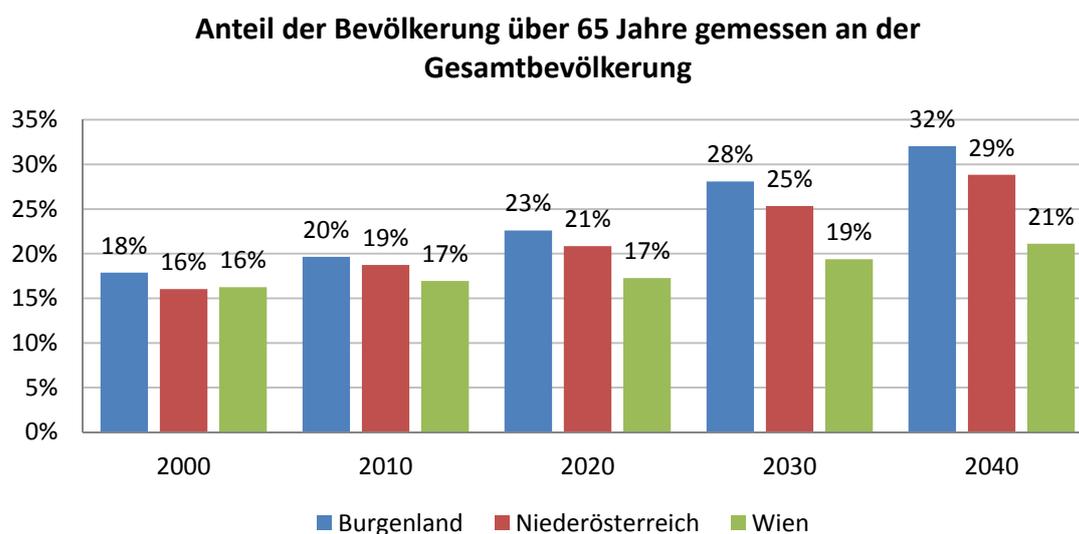
**Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung 2000-2040 der Bundesländer im Vergleich, Hauptszenario Statistik Austria**

		<b>Gesamtbevölkerung</b>	<b>Gesamt über 65 Jahre</b>	<b>65 bis 74 Jahre</b>	<b>75 bis 84 Jahre</b>	<b>85 Jahre und älter</b>
<b>Burgenland</b>	<b>2000</b>	<b>276.083</b>	<b>49.348</b>	28.040	16.563	4.745
	<b>2010</b>	<b>284.042</b>	<b>55.817</b>	28.548	20.193	7.076
	<b>2020</b>	<b>292.441</b>	<b>66.065</b>	34.546	22.513	9.006
	<b>2030</b>	<b>303.014</b>	<b>85.113</b>	45.311	28.550	11.252
	<b>2040</b>	<b>311.799</b>	<b>99.921</b>	45.173	38.705	16.043
<b>Niederösterreich</b>	<b>2000</b>	<b>1.537.266</b>	<b>246.465</b>	136.452	81.988	28.025
	<b>2010</b>	<b>1.607.428</b>	<b>301.115</b>	165.538	99.622	35.955
	<b>2020</b>	<b>1.667.449</b>	<b>347.610</b>	171.253	129.689	46.668
	<b>2030</b>	<b>1.738.285</b>	<b>440.285</b>	230.901	140.834	68.550
	<b>2040</b>	<b>1.801.033</b>	<b>519.349</b>	238.651	196.666	84.032

<b>Wien</b>	<b>2000</b>	<b>1.551.236</b>	<b>252.014</b>	124.430	91.744	35.840
	<b>2010</b>	<b>1.695.590</b>	<b>287.411</b>	162.048	85.501	39.862
	<b>2020</b>	<b>1.851.075</b>	<b>319.587</b>	161.324	118.697	39.566
	<b>2030</b>	<b>1.973.427</b>	<b>382.317</b>	197.505	123.010	61.802
	<b>2040</b>	<b>2.064.074</b>	<b>435.691</b>	207.404	157.022	71.265

Quelle: Daten (Statistik Austria, 2013), Hauptszenario, eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 7: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre im Bundesländervergleich 2000-2040



Quelle: Daten (Statistik Austria, 2013), Hauptszenario, eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 6: Bevölkerungszuwachs der Bundesländer bis 2040 (Basis 2010=100%)

		Gesamtbevölkerung	Gesamt über 65 Jahre	65 bis 74 Jahre	75 bis 84 Jahre	85 Jahre und älter
<b>Burgenland</b>	2000	97%	88%	98%	82%	67%
	<b>2010</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	2020	103%	118%	121%	111%	127%
	2030	107%	152%	159%	141%	159%
	2040	110%	179%	158%	192%	227%
<b>Niederösterreich</b>	2000	96%	82%	82%	82%	78%
	<b>2010</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	2020	104%	115%	103%	130%	130%
	2030	108%	146%	139%	141%	191%
	2040	112%	172%	144%	197%	234%
<b>Wien</b>	2000	91%	88%	77%	107%	90%
	<b>2010</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	2020	109%	111%	100%	139%	99%
	2030	116%	133%	122%	144%	155%
	2040	122%	152%	128%	184%	179%

Quelle: Daten (Statistik Austria, 2013), Hauptszenario, eigene Berechnungen und Darstellung

## 2.2. Überalterung des ländlichen Raumes

Die begriffliche Abgrenzung des ländlichen Raumes kann auf sehr unterschiedliche Weise erfolgen und könnte Thema einer eigenständigen Diplomarbeit sein. Eine grundsätzliche Definition ist eine Negativdefinition, in der der ländliche Raum als das Gegenteil des städtischen Raums charakterisiert wurde. Der ländliche Raum weist im Vergleich zum urbanen Raum verschiedene Stärken und Schwächen auf. In vielen Fällen ist die landschaftliche Schönheit und Erholungsfunktion eine Stärke, hingegen Abwanderung und mangelnde Basisinfrastruktur als Folge vor allem in ganz kleinen strukturschwachen Gemeinden eine Schwäche. Bei der Abgrenzung ist die Bevölkerungsdichte das zumeist verwendete Kriterium der ländlichen Regionen. Als Grenze für die Einstufung als städtisches Gebiet gilt ein Richtwert zwischen 150 und 500 Einwohnern pro km<sup>2</sup>, während die ländlichen Gebiete mit einer darunter liegenden Bevölkerungsdichte definiert werden. Wichtig ist dabei nicht nur auf die Bevölkerungsdichte, sondern auch auf die -struktur einzugehen. Dadurch ist es möglich, Rückschlüsse über eine zukünftige Entwicklung in Richtung einer Verjüngung oder einer Überalterung einer Region zu bekommen. (Europäische Kommission, 2014) Ländliche Gebiete sind sehr heterogen in ihren Entwicklungsständen. Es kann sich dabei um peripher gelegene Regionen mit schlechter Erreichbarkeit. Gebiete, die durch Abwanderung geprägt sind ebenso wie Suburbanisierungsgebiete im Speckgürtel von Zentren mit positiver ökonomischer und demographischer Entwicklung handeln. Für die Problemstellung dieser Arbeit ist eine allgemeine Abgrenzung über die Bevölkerungsdichte ausreichend. Daraus ergibt sich, dass 42% der Bevölkerung Österreichs im ländlichen Raum wohnen und dieser 91% der Gesamtfläche ausmacht. (ÖROK, 2006 S. 27)

Die Österreichische Raumordnungskonferenz schreibt zum Thema der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit ländlicher Räume, dass die Nachfrage nach Betreuung von hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen in ländlichen Gemeinden stark zunehmen wird. Wie im vorigen Kapitel schon erwähnt, ist der demographische Effekt, der sich auf den Pflegebedarf auswirkt, in den ländlichen Gebieten deutlich stärker. Grund dafür ist vor allem die Abwanderung der jungen Bevölkerung in Städte aufgrund mangelnden Ausbildungs- und Arbeitsplatzangebotes. Durch die Verkleinerung der Haushaltsgrößen, der wachsenden räumlichen Distanz und der sinkenden Geburtenrate schrumpft damit auch das Potential, dass ältere Menschen vor Ort von Angehörigen gepflegt werden können. Das bedeutet, dass besonders in ländlichen Gebieten mit einer erheblichen Nachfrage im Bereich der professionellen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen zu rechnen ist. (ÖROK, 2006 S. 69)

Ganz allgemein sind bestimmte Leistungen der Daseinsvorsorge oder Dienstleistungen wichtig für das Leben im Alter: öffentliche Verkehrsverbindungen, Lebensmittelgeschäfte, ärztliche Versorgung, Post usw. Diese Grundleistungen, die in einer Gemeinde vorhanden sein sollten, unterliegen in den letzten Jahren einem dynamischen Wandel. Auf der Angebotsseite kommt es immer mehr zur Privatisierung öffentlicher Leistungen und somit verstärktem Wettbewerb, welcher zur Folge hat, dass unwirtschaftliche Standorte aufgelassen werden. Auf der Nachfrageseite bestimmt das veränderte Verbraucherverhalten die Entwicklungsmuster und -strukturen. Räumlich sind durch diesen Trend eine Konzentration und eine Verringerung des Angebotes in besonders peripheren Regionen festzustellen. (BMASK, 2009 S. 92)

Die regionalpolitischen und raumplanerischen Zielsetzungen sehen vor, dass Leistungen der Daseinsvorsorge allen Bevölkerungsgruppen in entsprechendem Ausmaß zugänglich sein sollen. Räumliche Disparitäten schränken die Handlungsmöglichkeiten der Bevölkerung in peripheren, dünn besiedelten und strukturschwachen Räumen stark ein. In diesen Regionen herrscht neben mangelndem Arbeitsplatzangebot auch eine Unterversorgung der Basisinfrastruktur. Vor allem ältere Personen leiden durch die Einschränkungen in ihrer Mobilität an dieser unzureichenden Versorgung. Zusätzlich verstärken diese Faktoren die physische, soziale und mentale Belastung. (BMASK, 2009 S. 92)

Der Ausgleich räumlicher Disparitäten und die Verbesserung der Lebensbedingungen in allen Teilräumen für alle Bevölkerungsgruppen sind die zentralen Zielvorstellungen der Raumentwicklungspolitik. Die bedarfsgerechte räumliche Organisation der Daseinsgrundfunktionen ist somit wichtige Aufgabe der Raumordnung und Raumplanung. Als Daseinsgrundfunktionen im Alter stehen vor allem soziale Dienste bzw. ganz allgemein die pflegerische Betreuung im Vordergrund. (BMASK, 2009 S. 93) Ziel der Länder ist es einen dezentralen und flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären sozialen Dienste durchzuführen, denn eine qualitativ gute Versorgung mit Altenbetreuungsdiensten ist ein wesentliches Kriterium für die Bindung der Bevölkerung in den ländlichen Gemeinden. Die wachsende Nachfrage nach diesen Leistungen stellt jedoch eine beträchtliche Herausforderung für die Finanzierung, die vor allem durch das öffentliche Haushaltsbudget geschieht, dar. (ÖROK, 2006 S. 70)

Ganz allgemein lässt sich bei Infrastrukturen ein Wandel feststellen. Seit dem Jahr 2000 gibt es zwischen dem Staatssektor, dem Autonomen Sektor und dem Marktsektor gegenläufige Tendenzen und eine immer stärkere Ausdifferenzierung. Gutheil-Knopp-Kirchwald beschreibt in einer Publikation, die den Wandel des Begriffs „Infrastruktur“ thematisiert, dass ab 2000 vermehrt Privatisierungen und im Gegensatz dazu wieder Rekommunalisierungen von verschiedenen Infrastrukturen vorgenommen wurden. Der Kontrast von Regionen mit infrastrukturellem Ausbau zu Regionen mit Rückbau aufgrund von Schrumpfung nimmt zu. Weiters werden die staatlichen Aufgaben immer mehr ausdifferenziert und in die Verantwortung von teilweise privaten oder autonomen Akteuren übertragen. Dies wird unterstützt durch die Partnerschaft von öffentlichen und privaten Akteuren in Form von Public-Private-Partnership (PPP) – Modellen, welche zur Folge hat, dass öffentliche Infrastrukturinvestitionen zurückgehen und die Investitionszuschüsse bzw. Leistungsentgelte an private Anbieter im Vergleich dazu zunehmen. Gleichzeitig kommt es besonders im Bereich der sozialen Infrastruktur zu einem stark steigenden Finanzierungsbedarf, der die öffentlich verantwortlichen Träger immer mehr unter Druck setzt. (Gutheil-Knopp-Kirchwald, 2012 S. 72f.) Räumlich lassen sich diese Entwicklungen in der Organisations- und Erscheinungsform feststellen. Es kommt zu einem Übergang von punktueller und netzgebundener Infrastruktur hin zu einer „Landschaften“ bzw. „Wolken“ Infrastruktur. Das bedeutet, dass die räumlich eher starre Form von Punkten und Netzen in eine lockere, modulare Form übergeht. Deutlich zu erkennen ist diese Entwicklung im Bereich der sozialen Dienste in Österreich. Besonders im Bereich von Management und Organisation von sozialen mobilen Diensten, wie z.B. Heimhilfe oder Essen auf Rädern, werden die Prinzipien von „Wolken“ bzw. „Cloud“ Infrastruktur angewandt. Das bedeutet, dass derartige Dienste verstärkt gemeindeübergreifend und vernetzt angeboten werden und somit besser aufeinander abgestimmt werden können. So

kann eine Sicherstellung dieser Infrastruktur im ländlichen Raum besser durchgeführt werden. (Gutheil-Knopp-Kirchwald, 2012 S. 74f.)

In folgender Abbildung 8 werden die Handlungsfelder auf Gemeindeebene dargestellt, wobei die Intensität von links nach rechts zunimmt und die ersten drei Handlungsfelder zum Bereich Prävention zählen. Dabei geht es allgemein von der Vermeidung des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit beispielsweise durch einen gesunden Lebensstil mit viel Bewegung über die Förderung von Selbsthilfe bis hin zur Unterstützung der familiären Netze und somit der informellen Pflege durch finanzielle Hilfen und Schulungen. Die unteren drei Handlungsfelder werden in dieser Arbeit behandelt und stellen die drei groben Bereiche der Versorgungsleistungen dar. Das Angebot reicht von ambulanten bzw. mobilen sozialen Diensten über teilstationäre bzw. temporär stationäre Dienste bis hin zu stationären Diensten, wie einem Pflegeheim.

Abbildung 8: Handlungsfelder im Bereich der Pflege und Betreuung in der Gemeinde



Quelle: (ÖROK, 2006 S. 121), eigene Darstellung

### 2.3. Rückgang der Informellen Pflege

Unter informeller Pflege wird die Pflege durch Angehörige, insbesondere bei einem Langzeitpflegebedarf, verstanden. Der größte Teil der pflegebedürftigen Personen im Ausmaß von rund 80% wird in Europa von Angehörigen versorgt, in Österreich liegt der Anteil etwas darunter und beträgt knapp 70%. (Österle, 2011 S. 25)

Eine Studie des Instituts für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien aus dem Jahr 2009 beschäftigt sich mit der informellen Pflegesituation in Wien. Dabei wurden über 600 pflegende Angehörige und über 700 weitere Personen, die keine pflegerische Tätigkeit übernehmen, befragt. Es zeigt sich, dass informell pflegende Angehörige vorwiegend berufstätig sind und sich in den mittleren Lebensjahren, über 40 Jahre, befinden. Die deutliche Mehrheit der informell pflegenden berufstätigen Personen sind Frauen mit einem Anteil von rund 70%. (Schneider, et al., 2009 S. 64f.) Für die Betreuung ihrer Angehörigen wenden sie rund 13 Stunden pro Woche auf, welches zumindest der Hälfte der gesamten Pflegearbeit entspricht. Die weitere Pflegearbeit wird durch andere Angehörige bzw. nahestehende Personen oder durch professionelle Betreuungs- und Pflegekräfte übernommen. (Schneider, et al., 2009 S. 39)

Weiters geht aus der Studie hervor, dass informell pflegende Angehörige ein signifikant geringeres Bildungsniveau als Erwerbstätige, die keine pflegerischen Tätigkeiten übernehmen, haben. Die Erhebung zeigt, dass unter den pflegenden Personen ein hoher Anteil einen Lehrabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung angibt. Demgegenüber geben die Gruppe der nicht pflegenden Personen als höchsten Abschluss einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss an. (Schneider, et al., 2009 S. 65f.) In Zusammenhang damit liegt auch das festgestellte monatliche Nettoeinkommen mit 2.050-2.400 € der Haushalte von informell pflegenden Berufstätigen merklich unter dem der Haushalte nicht informell pflegender berufstätiger Personen mit 2.800–3.400€. (Schneider, et al., 2009 S. 75f.) Bezüglich der Wohnsituation stellt sich heraus, dass zwar die Haushaltsgröße bei beiden Gruppen durchschnittlich bei zwei Personen liegt, aber die Zusammensetzung der Haushalte deutlich divergiert. Informell pflegende Berufstätige leben seltener mit einem/einer PartnerIn, dafür häufig mit anderen Erwachsenen, meistens der zu betreuenden Person zusammen. (Schneider, et al., 2009 S. 72ff.)

Laut einer Umfrage von Alber und Köhler aus dem Jahr 2002 betreuen rund 23% der gesamten Bevölkerung der EU eine angehörige Person, die pflegebedürftig ist. Österreich liegt dieser Umfrage nach mit 25,5% etwas über dem EU Durchschnitt, was bedeutet, dass jede/r Vierte eine ältere Person innerhalb der Familie betreut. (Alber, et al., 2004) (Österle, 2011 S. 26) Weiters wurde bei dieser Umfrage erhoben, wer den größten Teil der Kosten im Bereich der Langzeitpflege tragen sollte. Zur Auswahl standen: der Staat oder andere öffentliche Institutionen, die Kinder, jede/r oder die älteren Betroffenen selbst. Dabei kam es in Europa bei vielen Ländern zu starken Unterschieden. Beispielsweise wurde EU-weit von 48,7% angegeben, dass der Staat die Aufgabe übernehmen sollte, in Österreich lag dieser Anteil nur bei 22,8% und in Schweden im Vergleich dazu bei 81%. In Österreich sollten laut Umfrage den größten Teil der Kosten die Kinder der Betroffenen tragen, wobei in den meisten anderen Ländern die Hauptverantwortung dem Staat zugeordnet wurde. Die detaillierten Ergebnisse der Umfrage sind in folgender Tabelle (Tabelle 7) zusammengestellt.

Tabelle 7: Umfrage: Wer sollte die Langzeitpflege finanzieren?

in %	Staat od. öffentliche Institutionen	Kinder der Betroffenen	Jede/r gleichermaßen	Betroffene selbst
<b>EU 25</b>	<b>48,70</b>	<b>18,00</b>	<b>17,00</b>	<b>14,50</b>
Deutschland	48,70	11,60	20,00	19,00
Frankreich	50,70	16,30	14,10	17,20
Großbritannien	59,60	13,00	12,40	12,10
Italien	43,30	24,50	17,10	12,40
<b>Österreich</b>	<b>22,80</b>	<b>44,00</b>	<b>20,70</b>	<b>11,30</b>
Rumänien	22,50	45,60	24,30	7,10
Schweden	81,00	2,50	6,80	8,90
Slowakei	58,10	10,50	21,30	8,90
Slowenien	42,70	20,70	18,80	17,70
Tschechien	34,40	18,10	38,00	8,90
Ungarn	29,80	29,60	34,80	4,60

Quelle: (Alber, et al., 2004), (Österle, 2011 S. 27), eigene Bearbeitung

Tabelle 8: Wie sollte eine ältere pflegebedürftige Person leben bzw. betreut werden?

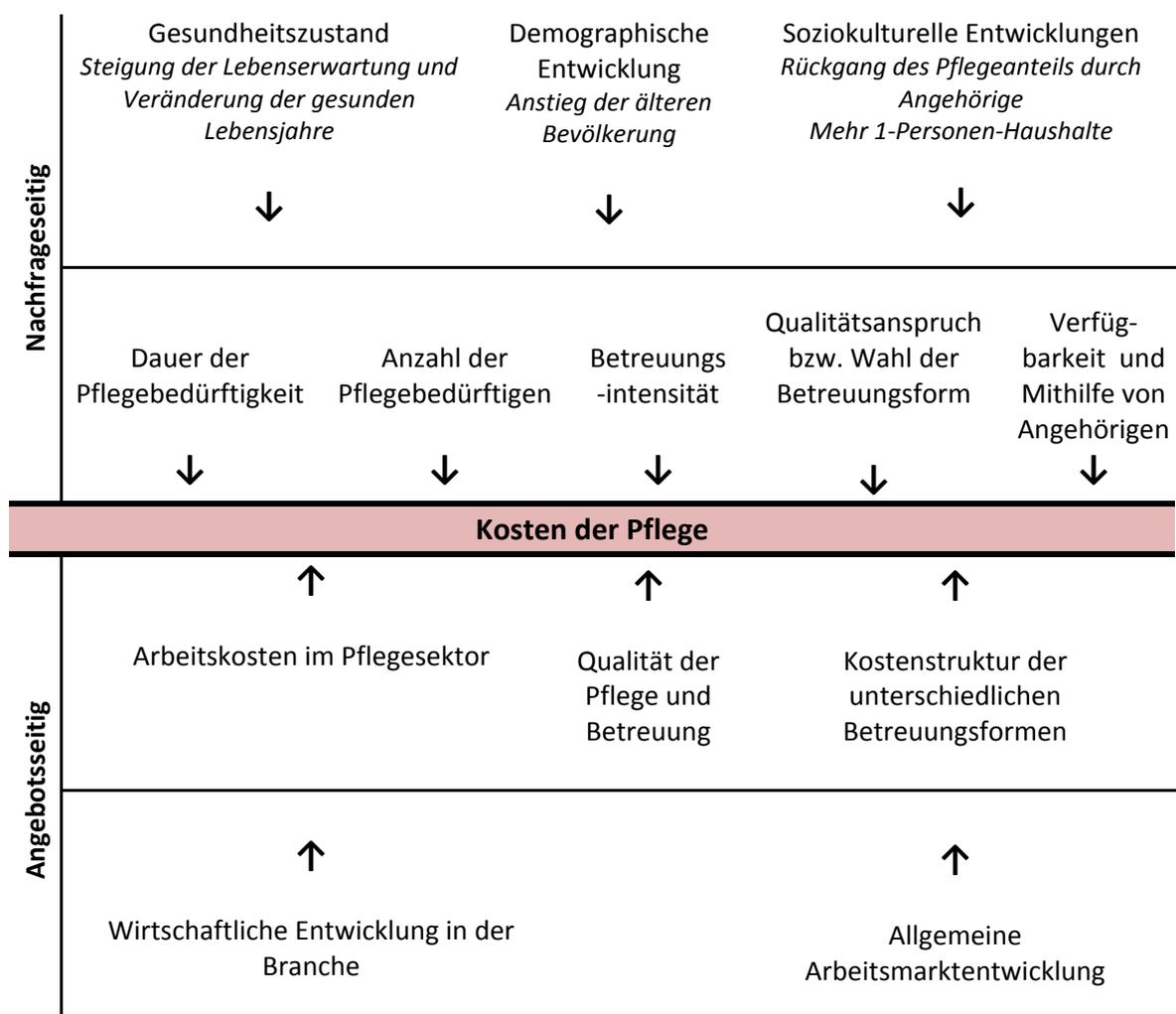
in %	sollte mit den Kindern leben	sollte von mobilen Diensten zu Hause betreut werden	sollte von Kindern zu Hause betreut werden	sollte in einem Pflegeheim betreut werden	Sonstiges
<b>EU 25</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
Deutschland	25	27	30	8	10
Frankreich	18	46	18	12	6
Großbritannien	20	34	23	10	13
Italien	28	30	22	7	13
<b>Österreich</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>16</b>
Rumänien	56	10	23	5	6
Schweden	4	60	13	20	3
Slowakei	47	11	28	8	6
Slowenien	29	16	17	32	6
Tschechien	36	11	30	13	10
Ungarn	36	12	35	11	6

Quelle: (Europäische Kommission, 2009), (Österle, 2011 S. 29), eigene Bearbeitung

## 2.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise

Aufbauend auf den bereits erwähnten wesentlichen Veränderungen, die einen steigenden Pflegebedarf verursachen, soll nun zusammenfassend ein ganzheitlicher Überblick über die Einflussfaktoren auf die Kosten der Pflege gegeben werden. In folgender Abbildung 9 ist das Wirkungssystem schematisch dargestellt. Prinzipiell ist zwischen angebots- und nachfrageseitigen Einflussfaktoren zu unterscheiden. Die Entwicklung der Nachfrage ist von den bereits beschriebenen Veränderungen bestimmt. Die Pflegekosten sind abhängig von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, der Anzahl der Pflegebedürftigen, der Betreuungsintensität, dem Qualitätsanspruch, der Wahl der geeigneten Versorgungsform und der Verfügbarkeit oder Mithilfe von unterstützenden Angehörigen. Die Angebotsseite ist grundsätzlich von der wirtschaftlichen Entwicklung der Branche und der allgemeinen Arbeitsmarktentwicklung abhängig. Der Kostensektor ist bestimmt durch die Lohn- und Arbeitskosten im Pflegesektor, die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistungen, und die Kostenstruktur der einzelnen Bereiche, wie stationär, teilstationär und ambulant. (Österle, et al., 2006 S. 13f.)

Abbildung 9: Einflussfaktoren auf den Pflegebedarf und die Kosten der Pflege



Quelle: Inhalte der Abbildung (Österle, et al., 2006 S. 14), eigene Adaptierung und Darstellung

### 3 Grundlagen der Sozialpolitik

Dieses Kapitel schafft den theoretischen Rahmen für die Evaluierung des Sozial- und Pflegesystems in Österreich. Es folgen die Gründe für Sozialpolitik bzw. einen Wohlfahrtsstaat, sowie dessen allgemeine Leitbilder, Ziele, Instrumente und Handlungsprinzipien. Danach wird ein Überblick über die Träger sozialpolitischer Maßnahmen und die Wirkung von bestimmten Pflegeleistungen gegeben.

Ziel der Sozialpolitik ist es, durch politisches Handeln und entsprechende Maßnahmen die wirtschaftliche und soziale Situation von benachteiligten Personengruppen zu verbessern bzw. darüber hinaus das Eintreten einer Benachteiligung zu verhindern. Sie wirkt auf die Einkommensverteilung und beeinflusst dadurch Gesellschafts-, Eigentums- und Produktionsstrukturen. Diesem Verständnis von Sozialpolitik liegt eine systemerhaltende und reaktive Funktion zugrunde. Eine Weiterführung dieses Zugangs ist die Gesellschaftspolitik, welche über die Reaktion zur aktiven Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse führt. Ergänzend zu der rein ökonomischen Sichtweise von Benachteiligungen gibt es noch weitere Faktoren, die die Lebensverhältnisse beeinflussen, wie zum Beispiel Bildung, Kultur oder Gesundheit. (Badelt, et al., 2001a S. 1f.)

Die Kerninhalte der Sozialpolitik in Europa sind vor allem das Sozialversicherungssystem und die ArbeitnehmerInnenpolitik bzw. die Arbeitslosigkeitsabsicherung. So wird in europäischen Staaten die Sozialpolitik als Korrektur oder Ausgleich der kapitalistischen Systeme gesehen. Hohe Diversität weisen europäischen Staaten bei der Frage auf, welche Leistungen zur Sozialpolitik zählen. So werden beispielsweise Leistungen, wie die Betreuung von pflegebedürftigen Personen, in vielen Ländern eindeutig in die Verantwortung des Staates bzw. der Sozialpolitik gelegt, wohingegen in manchen Ländern die Hauptverantwortung ganz stark bei der Familie gesehen wird. (siehe auch Tabelle 7 S. 19 und Tabelle 8 S. 19) (Badelt, et al., 2001a S. 3)

#### 3.1. Gründe für Sozialpolitik

Sozialpolitik wird in allen Bereichen gefordert, in denen es zu einem Marktversagen kommt. Als Marktversagen bezeichnet man eine Situation, in der ein nicht regulierter Marktmechanismus, welcher an der individuellen Nutzenmaximierung orientiert ist, das Ziel der allokativen Effizienz bzw. das Pareto Gleichgewicht verfehlt. Die für die Sozialpolitik bestimmenden Faktoren, die zu einem Marktversagen führen, sind Informationsprobleme, externe Effekte und allgemeine Probleme von öffentlichen Gütern. (Badelt, et al., 2001a S. 66f.)

- **Unsicherheit und Informationsprobleme:** Grundsatz des idealtypischen Marktmodells ist, dass alle Personen über vollständige Information verfügen. In der Realität gibt es viele Unsicherheiten und andere Formen unvollständiger Information, die mitunter zu einem Marktversagen beitragen. Auf dem Problem der Unsicherheiten und Risikoabwägung baut das Versicherungssystem auf. Da Individuen im Regelfall nicht wissen, wann und wie lange sie krank oder pflegebedürftig sein werden, wird dieses Risiko auf Versicherungen übertragen. Diese verfügen über statistische

Erfahrungswerte und können das Risiko dadurch besser abschätzen. (Badelt, et al., 2001a S. 67f.) Asymmetrische Information oder Informationsungleichgewicht besteht, wenn eine Seite besser informiert ist als die andere und daraus einen Vorteil ziehen könnte. Dieses Ungleichgewicht kommt zustande, weil viele Personen bei ihrer Informationsbeschaffung beschränkt sind. Ihnen fehlt das Wissen über die Materie oder sie sind durch die Komplexität bzw. die Tatsache, dass Produktion und Konsum zusammenfallen, überfordert. Ein sehr offensichtliches Beispiel für eine asymmetrische Informationsverteilung ist der Fall einer akuten Krankheit. Dabei haben die Betroffenen keine Zeit sich die Information über ihre Krankheit zu beschaffen und müssen auf die Expertise des Arztes vertrauen. Eine Lösung dieser ungleichen Informationsverteilung ist die Schaffung von Institutionen, die Vertrauen bei der Gesellschaft wecken, oder ein Ausgleich der Asymmetrie durch Einbeziehung von Dritten, z.B. Versicherungen. (Badelt, et al., 2001a S. 71f.)

- **Externe Effekte:** Externe Effekte entstehen, wenn durch das Handeln eines Individuums die Situation eines anderen positiv oder negativ beeinflusst wird, ohne dafür eine Gegenleistung zu erhalten. Die Handlungsfelder der Sozialpolitik weisen sehr hohe positive externe Effekte auf, welche nur schwer zu monetarisieren sind. Ein Beispiel dafür sind Impfungen, welche einerseits die geimpfte Person selbst vor einer bestimmten Krankheit schützt, aber auch den positiven externen Nutzen mit sich bringen, dass Personen im Umfeld nicht angesteckt werden können und somit Folgeprobleme, wie Krankheit oder Einkommensausfall ausbleiben. Der zusätzliche Nutzen spiegelt sich aber nicht im Preis wider, was zu einem marktwirtschaftlichen Versagen führt. Es gibt Ansätze, die externen Kosten in die betriebswirtschaftliche Sichtweise zu integrieren. Einerseits können über ein Anreiz bzw. Eindämmungssystem durch Regulierungen, wie Empfehlungen, Auflagen, Gebote oder Verbote, negative externe Effekte vermieden bzw. positive externe Effekte erhöht werden. Andererseits werden durch Geld- oder Sachleistungen, wie Subventionen, gewisse Leistungen von der öffentlichen Hand gefördert oder zur Gänze finanziert, da der positive externe Effekt die Kosten der Leistungsbereitstellung übersteigt. Ein Beispiel dafür ist die unentgeltliche Bereitstellung von sozialen Diensten oder die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen. (Badelt, et al., 2001a S. 72ff.)
- **Öffentliche und meritorische Güter:** Sind die zuvor beschriebenen externen Effekte sehr groß, führt dies dazu, dass die betroffenen Leistungen in einem marktwirtschaftlichen System gar nicht angeboten werden. Bei diesen Leistungen oder Produkten handelt es sich um öffentliche Güter, welche aber nicht zwingend von der öffentlichen Hand erstellt oder zur Verfügung gestellt werden müssen. Es handelt sich dabei um Güter, bei denen keine Rivalität beim Konsum herrscht und das Ausschlussprinzip nicht anwendbar ist. Das Ausschlussprinzip ist Voraussetzung für die Marktfähigkeit eines Gutes und besagt, dass Individuen vom Konsum eines Gutes ausgeschlossen werden können, wenn sie nicht in der Lage sind für den Konsum zu bezahlen. Das bedeutet, dass kein wirtschaftliches Handeln zustande kommen kann, wenn zwischen Anbieter und Konsument kein Ausschluss möglich ist. Fehlende Nutzerrivalität bedeutet, dass beim Konsum eines Gutes mehrere Konsumenten gleichzeitig dieses Gut nachfragen können, ohne dass negative Auswirkungen auf den anderen zu erwarten sind. Wenn diese Nichtrivalität und kein Ausschluss möglich sind,

kommt es auf dem Markt ohne Sozialpolitik zu einer unzureichenden bzw. keiner Produktion dieses Gutes. (Badelt, et al., 2001a S. 76f.)

Meritorische Güter sind neben den öffentlichen Gütern ebenfalls Gegenstand der Sozialpolitik. Es handelt sich dabei um Güter, die aus der Sicht des Staates zu einem unbefriedigenden Ausmaß nachgefragt werden. Beispiele für meritorische Güter findet man vor allem im Bildungs- und Gesundheitswesen, wie unentgeltlicher Zugang für Studenten an Hochschulen. Das Gegenteil von meritorischen Gütern sind demeritorische Güter. Bei diesen Gütern herrscht ein aus der Sicht der Sozialpolitik zu hoher Konsum. Typische Beispiele für ein solches Gut sind Alkohol und Drogen. (Badelt, et al., 2001a S. 77f.)

Neben dem Marktversagen gibt es laut Pierre Pestieau (2006) fünf weitere Gründe, die die Existenz des wohlfahrtsstaatlichen Systems bzw. der Sozialpolitik erklären.

- **Schleier des Nichtwissens über den Gesellschaftsvertrag** „*behind the veil of ignorance social contract*“ (Pestieau, 2006 S. 7): Der Wohlfahrtsstaat übernimmt Verantwortung über die Versicherung bzw. Absicherung von Problemen, die von den einzelnen Personen zu Beginn ihres Lebens nicht abgeschätzt werden können. Dies betrifft vor allem Risiken wie Gesundheit, Lebenserwartung und Arbeitslosigkeit. Die Bevölkerung schätzt diesen Schleier des Nichtwissens und bevorzugt soziale Absicherung gegenüber einem nicht einschätzbaren Risiko.
- **Ethische Normen** „*ethical norm*“ (Pestieau, 2006 S. 8): Menschen haben zwei verschiedene Persönlichkeiten. Eine verfolgt das reine Eigeninteresse und bestimmt das tägliche Marktverhalten. Die andere ist durch ein ethisches Interesse geprägt und verfolgt die Partizipation in gemeinschaftlichen Entscheidungsprozessen. Das Argument des ethischen Interesses unterstreicht die Existenz der zuvor beschriebenen öffentlichen und meritorischen Güter.
- **Soziale Klassen** „*class interest*“ (Pestieau, 2006 S. 8): Der soziale Wohlfahrtsstaat verfolgt die Interessen der soziale Klassentheorie nach Marx in zweierlei Hinsicht. Einerseits wird versucht die Mittelschicht zu stärken und andererseits gleichzeitig sozialen Frieden zu erhalten.
- **Uneigennützigkeit** „*altruism*“ (Pestieau, 2006 S. 8): Die Hypothese der Uneigennützigkeit wird von WirtschaftswissenschaftlerInnen verwendet um zu begründen, warum SteuerzahlerInnen bereit sind einen Beitrag zu leisten und eine allgemeine Umverteilung zur Unterstützung der ärmeren bzw. benachteiligten Bevölkerungsgruppe leisten.
- **Politische Ökonomie** „*political economy*“ (Pestieau, 2006 S. 8): Die politische Ökonomie beschäftigt sich mit der Struktur und der Entscheidungsfindung eines Wohlfahrtsstaates. Dieser Ansatz ist wichtig um bewerten zu können, wie die zuvor beschriebenen normativen Ansätze in dem politischen System umgesetzt werden.

Nicholas Barr (2001) beschreibt, dass aus den soeben beschriebenen Gründen des Marktversagens, der Unsicherheit und der Informationsverteilung das System des Wohlfahrtsstaates auch in Zukunft weiterhin bestehen bleibt. Zusätzlich argumentiert er, dass der Staat für Regelungen auf den Finanzmärkten verantwortlich und somit endogener Bestandteil von Marktwirtschaften ist. Zu diesen ursprünglichen Gründen folgen im 21. Jahrhundert weitere Herausforderungen, die das System eines Wohlfahrtsstaates bedingen.

Die demographische Entwicklung, die „Alterung“ der allgemeinen Bevölkerung und der damit einhergehende steigende Langzeitpflegebedarf sind hierbei die größten Aufgaben, die vom Wohlfahrtsstaat zu bewältigen sind.

### 3.2. Leitbilder

Die allgemeinen gesellschaftlichen Leitbilder der Sozialpolitik sind Gerechtigkeit, Freiheit, Sicherheit, sozialer Friede und Wohlstand. (Badelt, et al., 2001a S. 8f.)

- **Gerechtigkeit:** Unter den Gesichtspunkt der Gerechtigkeit fällt die Verteilung von Einkommen, Vermögen und materieller, sozialer und kultureller Chancen und Risiken in einer Gesellschaft.
- **Freiheit:** Freiheit bedeutet Verfügungsgewalt über Möglichkeiten zu besitzen und die Wahrung von Freiheitsrechten anderer Personen durch sozialpolitische Interventionen oder wirtschaftspolitische Regulierungen zu sichern.
- **Sicherheit und sozialer Friede:** Darunter werden die Sicherheit gegenüber Lebensrisiken und die Verhinderung von Konflikten verstanden. Der soziale Friede bedeutet nicht nur den Wunsch nach Verbesserung sondern auch nach Stabilisierung von Gesellschaftssystemen und Minimierung des Konfliktpotentials.
- **Wohlstand:** Wohlstand ist eine größtmögliche Bedürfnisbefriedigung des Menschen, dazu zählen Gesundheit sowie materielle und soziale Sicherheit.

### 3.3. Ziele

Nicholas Barr beschreibt in seinem Werk „The Welfare State as Piggy Bank – Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State (2001)“ zwei Hauptziele des Wohlfahrtsstaates. Zum Ersten definiert er die „Robin Hood“ Funktion, bei der Gerechtigkeit, Umverteilung und die Reduktion von sozialer Exklusion im Vordergrund stehen und zum Zweiten die „Piggy Bank“ Funktion, bei der der Staat als Institution dient um die Gesellschaft für gewisse Risiken, wie Arbeitslosigkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit abzusichern. (Barr, 2001 S. 1) Abgeleitet aus den soeben beschriebenen Leitbildern der Sozialpolitik ergeben sich verschiedene Ziele, die sich vier übergeordneten Kategorien zuordnen lassen.

- **Verhinderung bzw. Reduktion von absoluter Benachteiligung:** Hauptziele sind die Sicherung eines gewissen Mindestlebensstandards, zum Beispiel durch das Mindesteinkommen, der Absicherung im Falle einer Krankheit, Unfall, Behinderung oder Arbeitslosigkeit, und die Möglichkeit am sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen, dazu zählt z.B. die öffentliche Schulpflicht. (Badelt, et al., 2001a S. 9f.)
- **Verhinderung bzw. Reduktion von relativer Benachteiligung:** Einerseits wird darunter die Schaffung von vertikaler Gerechtigkeit durch Ausgleich zwischen „Reicheren“ und „Ärmeren“ (progressives Steuersystem) verstanden. Andererseits geht es auch um die Schaffung von horizontaler Gerechtigkeit, die das Geschlecht, die Familienform, Gesundheitszustände oder das Alter von Menschen betreffen. Beispiele dafür sind die

Unterstützung von allein erziehenden Elternteilen, Familienbeihilfe oder die Unterstützung chronisch kranker Personen. (Badelt, et al., 2001a S. 10)

- **Förderung der sozialen Integration:** Jedem Menschen soll eine Beteiligung am sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben ermöglicht werden. Dazu zählen bspw. Ausbildung und Beschäftigung von benachteiligten Personengruppen als Integration in die Gesellschaft. (Badelt, et al., 2001a S. 11)
- **Effizienz:** Unter Effizienz wird die Optimierung von Mitteleinsatz und Ergebnis verstanden. Dazu zählen unter anderem die Aufteilung der öffentlichen Mittel auf die verschiedenen Bereiche der Sozialpolitik, die Umverteilung von vorhandenen Ressourcen, wie zum Beispiel im Gesundheitswesen zwischen den Bereichen Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sowie die Kostenminimierung bei der Erbringung von sozialen Dienstleistungen. (Badelt, et al., 2001a S. 12)

### 3.4. Instrumente

Das allgemeine Ziel der Sozialpolitik, die wirtschaftliche und soziale Situation von benachteiligten Personengruppen zu verbessern, kann entweder durch Regulierungen oder Transfers erreicht werden, wobei bei Transfers weiter zwischen Geld- und Sachleistungen unterschieden werden kann. (Badelt, et al., 2001a S. 14f.)

- **Regulierung:** Regulierungen sind verbindliche Regeln für das Handeln von Menschen und Organisationen, wodurch in private ökonomische Beziehungen eingegriffen wird. Darunter fallen Verbote, Gebote, Verfahrensvorschriften oder die Etablierung von Institutionen, die bestimmte Aufgaben übernehmen. (Badelt, et al., 2001a S. 15)
- **Geldleistungen:** Dabei wird an Personen bei Zutreffen bestimmter Vergabekriterien eine Geldleistung erbracht. Es wird weiter zwischen gebundenen und ungebundenen Geldleistungen unterschieden. Gebundene Geldleistungen sind an eine bestimmte Nutzung gebunden, wie z.B. die Wohnbeihilfe. Bei ungebundenen Leistungen gibt es zwar eine intendierte Nutzung des Geldes, aber keine Verpflichtung das Geld für diesen Zweck zu verwenden. Zu den ungebundenen Geldleistungen zählen z.B. die Familienbeihilfe oder das Pflegegeld. (Badelt, et al., 2001a S. 15f.)
- **Sachleistungen:** Durch Sachleistungen wird Personen die Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen zur Verfügung gestellt. Dazu zählen vor allem Leistungen im Bereich des Gesundheits- und Bildungswesens. Auch soziale Dienste fallen unter diesen Bereich, wobei dabei die Finanzierung und Leistungserbringung in der Verantwortung des Staates liegen oder aber auch getrennt werden kann. Ein Beispiel dafür ist die Form des Contracting-Out von bestimmten Leistungen, wobei der Staat die Finanzierung übernimmt, die Leistungserbringung aber in der Hand von privaten Unternehmen liegt. (Badelt, et al., 2001a S. 16) Umgesetzte Contracting-Out Beispiele gibt es bei Rehabilitationseinrichtungen, welche öffentlich über vereinbarte Tagsätze finanziert, aber sowohl von öffentlichen als auch von privaten Anbietern betrieben werden.

### 3.5. Handlungsprinzipien

Die Instrumente der Sozialpolitik lassen sich nach deren Ausrichtung drei verschiedenen Handlungsprinzipien zuordnen; dem Versicherungs-, Versorgungs- oder Fürsorgeprinzip. (Badelt, et al., 2001a S. 16ff.)

- **Versicherungsprinzip:** Die Vergabe von Versicherungsleistungen unterliegt einerseits dem Kausalprinzip, welches zur Folge hat, dass nur bei normierten Risikofällen, wie Alter, Unfall, Erwerbslosigkeit und Krankheit eine Leistung erbracht wird. Weiters unterliegt sie dem Konditionalprinzip, demzufolge *„der Anspruch auf Versicherungsleistungen von keinerlei Bedarfs- oder Bedürftigkeitsprüfungen, sondern allein vom Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen abhängig ist“* (Offe, 1990 S. 183). Das bedeutet, dass alle, die eine bestimmte Zeit Beiträge zum Sozialversicherungssystem leisten auch einen Anspruch auf Leistungen haben. Jedoch werden dadurch alle Personen ausgeschlossen, die nicht lange genug beziehungsweise keine versicherungspflichtige Erwerbsarbeit geleistet haben. Das Versicherungsprinzip ist nur für „versicherbare Risiken“, welche gleichartig sind und eine große Anzahl an Personen betreffen, anwendbar. Der Schadensfall muss dabei zufällig erfolgen und darf nicht selbst von der Person herbeigeführt werden. Die Gesamtsumme der Schäden muss kalkulierbar sein, während das individuelle Risiko nicht einzuschätzen ist. Versicherungen können in Form von Individualversicherungen auf dem Äquivalenzprinzip aufbauend oder als allgemeine Sozialversicherungen auftreten. Bei Ersteren orientieren sich die Beitragshöhe an der individuellen Schadenswahrscheinlichkeit und die Leistungen wiederum an den Beiträgen. Bei Sozialversicherungen hat jede Person Anspruch auf dieselben Leistungen, trotz unterschiedlicher Beitragshöhe. Ein Leistungsausschluss von Personen mit erhöhtem Schadenseintrittsrisiko ist dabei ausgeschlossen. (Nowotny, et al., 2009 S. 183f.)
- **Versorgungsprinzip:** Versorgungsleistungen werden bestimmten benachteiligten Personengruppen, wie Kindern und Pflegebedürftigen, denen *„nicht zugemutet werden kann, aus eigenen Kräften eine ausreichende Versorgung zu sichern“*, geboten. (Offe, 1990 S. 186) Das bedeutet, dass auch wie bei Versicherungsleistungen bestimmte Voraussetzungen für den Erhalt von Leistungen gegeben sein müssen. Ein Beispiel dafür ist das bedingte Vorherrschen einer Pflegebedürftigkeit für den Anspruch auf Pflegegeld. Durch Nachweisen der Voraussetzungen für bestimmte Versorgungsleistungen besteht ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen. Die Höhe der Leistungen ist normiert und von der Einkommens- und Vermögenssituation des Empfängers/ der Empfängerin unabhängig.
- **Fürsorgeprinzip:** Die Voraussetzung für den Erhalt von Fürsorgeleistungen ist eine individuelle Bedürftigkeit, die durch eine Bedarfsprüfung festgestellt wird. Die Leistung wird nach dem Finalprinzip vergeben, was die Ursache der Bedürftigkeit unerheblich macht. Das Fürsorgeprinzip unterliegt dem Subsidiaritätsprinzip, welches besagt, dass Fürsorgehilfe erst dann in Anspruch genommen werden kann, wenn Versicherungs- und Versorgungsleistungen nicht ausreichen und eine Versorgung durch die Familie und Angehörige auch nicht möglich ist. Es besteht grundsätzlich kein Rechtsanspruch auf Fürsorgeleistungen. Ein Beispiel für eine Leistung, die dem Fürsorgeprinzip

unterliegt, ist die Sozialhilfe, welche aus allgemeinen Steuermitteln finanziert wird und die benachteiligte Personengruppen nur dann erhalten, wenn eine individuelle Bedarfsprüfung durchgeführt wurde. (Nowotny, et al., 2009 S. 184)

### 3.6. Träger der Sozialpolitik

Träger der Sozialpolitik sind Einrichtungen oder gesellschaftliche Institutionen, die entweder in der Entscheidungsphase oder in der Durchführungsphase wesentlich eingebunden sind. Die Trägerfunktion ist dabei nicht auf die öffentliche Hand beschränkt, sondern wird auch von anderen Institutionen ausgeübt. Die Träger lassen sich in folgende Gruppen untergliedern: (Badelt, et al., 2001a S. 21f.)

- **Gebietskörperschaften:** Sie haben Einfluss in der Entscheidungs- und Durchführungsphase, sind meist für regulierende Aufgaben sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene verantwortlich, haben Kompetenz in der Gesetzgebung und besitzen zusätzlich ausführende Organe. Auf globaler Ebene relevante Gebietskörperschaften sind z.B. UNO, WHO, UNICEF. Auf nationaler Ebene sind das vor allem der Bund und die Länder. (Badelt, et al., 2001a S. 22f.)
- **Parafisci:** Sie erfüllen organisatorisch selbstständig öffentliche Aufgaben und finanzieren sich aus eigenen Finanzquellen. Sie besitzen keine Kompetenz in der Gesetzgebung. Dazu zählen Sozialversicherungsträger (gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) Fonds und gesetzlich verankerte Interessensvertretungen (z.B. Kammer für die Bereiche Industrie und Handel. (Badelt, et al., 2001a S. 23) (Nowotny, et al., 2009 S. 33f.)
- **Öffentliche, Non-profit und For-profit-Organisationen:** Darunter werden öffentliche oder private AnbieterInnen/ ProduzentInnen von sozialen Dienstleistungen verstanden. Öffentliche Unternehmen stehen ganz bzw. mehrheitlich im öffentlichen Eigentum, Beispiele dafür sind öffentliche Verkehrs-, Kommunikations- oder Versorgungsunternehmen. Non-profit Organisationen (NPO) sind nicht auf Gewinn ausgerichtet. Typische Bereiche für diese Organisationen sind die Entwicklungszusammenarbeit, die Flüchtlingshilfe, der Kinderschutz oder die Pflege. For-profit Organisationen sind Unternehmen, die gewinnorientiert ausgerichtet sind und im Bereich der Durchführungsebene angesiedelt sind. (Badelt, et al., 2001a S. 23f.)
- **Betriebe:** Betriebe sind Unternehmen, die ihren Schwerpunkt nicht auf soziale Dienste ausgerichtet haben, diese aber trotzdem zu einem Teil erbringen. Ein Beispiel dafür sind Kinderbetreuungseinrichtungen innerhalb des Betriebes oder Arbeitsschutzmaßnahmen. (Badelt, et al., 2001a S. 24)
- **Formelle Ehrenamtlichkeit/ Informelle Ehrenamtlichkeit:** Die Leistungserbringung kann auch von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen übernommen werden, wobei die formelle Ehrenamtlichkeit durch Mitarbeit bei Organisationen erfolgt. Typisches Beispiel für formelle Ehrenamtlichkeit sind die freiwillige Feuerwehr und die Rettung. Die informelle Ehrenamtlichkeit erfolgt in privaten Netzwerken, wie der Familie, den Haushalten oder der Nachbarschaft. Dazu zählen vor allem Betreuungsleistungen. (Badelt, et al., 2001a S. 24f.)

### 3.7. Institutionenwahl in der der Sozialpolitik

Der Fokus der ökonomischen Wissenschaft liegt auf der Erklärung, welche Güter und Dienstleistungen in einer Volkswirtschaft erstellt werden. In weitere Folge welche Faktoren in welcher Kombination zu ihrer Produktion eingesetzt werden und wie die Verteilung der erstellen Produkte auf die Bevölkerung zustande kommt. (Badelt, et al., 2001a S. 84) Dieses Verständnis der ökonomischen Wissenschaft greift jedoch zu kurz, denn der wichtige Aspekt der institutionellen Wahl in der Sozialpolitik wird dabei vernachlässigt. Unter Institutionen versteht man in diesem Kontext das organisierte soziale Kollektiv in Form einer Organisation, welche durch die handlungsleitenden Zielfunktionen und ihre Restriktionen beschrieben wird. Die Wahl der geeigneten Institutionsform ist für die Durchführung von Sozialpolitik von hoher Relevanz. So muss zum Beispiel im Bereich der Gesundheitsleistungen gut überlegt werden, welche Leistungen von der öffentlichen Hand erbracht werden und welche Leistungen wiederum von privaten gewinnorientierten Unternehmen erbracht werden können.

Grundsätzlich kann bei den Produzenten von Leistungen zwischen vier Typen unterschieden werden (siehe auch 3.6 S.27): Öffentliche Hand, Non-profit Organisationen (NPOs), private gewinnorientierte Unternehmen und Ehrenamtlichkeit. In der Realität spielen oft alle institutionellen Formen eine tragende Rolle bei der Leistungsbereitstellung. Bspw. werden im Bereich der Pflege sowohl von der öffentlichen Hand, in Form von Krankenpflege in einem öffentlichen Krankenhaus, von NPOs, in Form von mobilen Hauskrankenpflegediensten, von freiberuflichen Hauskrankenschwestern und von Familienangehörigen diese Leistungen erbracht. Die Wahl der geeigneten Institution beschränkt sich in diesem Beispiel nicht auf die Wahl einer, sondern vielmehr auf einen idealen Mix, der es allen pflegebedürftigen Personen, unabhängig von Einkommen, Vermögen oder Wohnort, ermöglicht die Leistung nachzufragen. (Badelt, et al., 2001a S. 87)

#### **Wahl der geeigneten Institutionen für soziale Dienste**

Im Bereich der sozialen Dienste muss sowohl für die Produktion als auch für die Finanzierung eine geeignete Institutionsform gewählt werden. Die Art der Leistung bzw. ihre Marktfähigkeit sind bei der Wahl die bestimmenden Faktoren. Unter sozialen Diensten werden in diesem Zusammenhang personenbezogene Dienstleistungen verstanden. Die steigende Nachfrage auf diese Leistungen vor allem im Bereich der Pflege von älteren Personen, verursacht durch den demographischen Wandel, erhöhen den Druck auf eine adäquate Bereitstellung dieser Dienste und fordern teilweise eine Umstrukturierung des bestehenden Systems.

Soziale Dienste sind durch eine eingeschränkte Konsumentensouveränität geprägt, welches zur Folge hat, dass ein unregulierter Markt nicht effizient und nicht ausreichend Leistungen bereitstellen kann. In den meisten Fällen entsteht der Bedarf an sozialen Diensten aus einer Notlage und hat zur Folge, dass die Preiselastizität der Nachfrage sehr starr ist und der Konsument keine rationale Wahlentscheidung treffen kann. Hinzu kommt, dass in diesem Bereich eine asymmetrische Informationsverteilung herrscht. Das bedeutet, dass der Konsument wenig Information über die Produktqualität der sozialen Dienste hat. Darüber hinaus ist es schwer den Output der Leistung zu messen, da oftmals kein klarer Zusammenhang zwischen der erbrachten Leistung und den Auswirkungen auf den Befindlichkeitszustand des Konsumenten herrscht. (Badelt, et al., 2001a S. 92)

### 3.8. Effizienz in der Sozialpolitik

Die Volkswirtschaft ist eine Wissenschaft, die sich damit beschäftigt, wie knappe Ressourcen auf verschiedene Verwendungszwecke aufgeteilt werden. Die optimale Verteilung dieser Mittel nennt man effiziente Allokation der Produktionsfaktoren. In die Sozialpolitik lässt sich das Konzept nicht so einfach übertragen, da hier die reine ökonomische Sichtweise zu kurz greift. Um diese Problematik darzustellen, werden in folgendem Kapitel die Konzepte der Effizienz näher erläutert.

#### Effiziente Allokation

Das Ziel der Sozialpolitik, benachteiligte Personengruppen zu unterstützen bzw. Benachteiligungen zu verhindern, wird durch verschiedene Instrumente wie Regulierungen oder Transfers (Geld- und Sachleistungen) erreicht. (siehe auch 3.3 Ziele S.24 und 3.4 Instrumente S.25) Dazu zählen vor allem Leistungen der öffentlichen Hand, wie z.B. Familienbeihilfe oder soziale Dienste, aber auch informelle Leistungen, wie zum Beispiel der zeitliche Einsatz von pflegenden Angehörigen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht werden all diese Ressourcen für soziale Anliegen aufgebracht. Das politische Handlungsfeld ist es, wie und in welchem Ausmaß die Ressourcen eingesetzt werden oder ob diese alternativ verwendet werden können. Eine wirtschaftliche Betrachtungsweise legt fest, dass dann *„effizient gehandelt wird, wenn bei gegebener Bedürfnisstrukturen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die Ziele weitest möglich erreicht werden bzw. die gegebenen Ziele mit dem geringstmöglichen Einsatz an Mitteln erreicht werden.“* (Badelt, et al., 2001a S. 59)

#### Effizienzbegriffe

Um eine Bewertung von Effizienz durchführen zu können, müssen die so genannten Inputs entsprechenden Outputs gegenüber gestellt werden. Ziel ist dabei die Maximierung der Outputs bei gleichzeitiger Minimierung des Inputs. Im Bereich der Sozialpolitik steht z.B. die Erbringung bestimmter Versorgungsleistungen dem Personaleinsatz gegenüber kritischer Punkt bei der ökonomischen Optimierung dieser Relationen bleibt immer der Punkt Qualität, welcher in vielen Fällen darunter leidet. Dieses Verständnis von Effizienz wird in der Volkswirtschaft als technische Effizienz bezeichnet. (Badelt, et al., 2001a S. 59f.)

Betrachtet man die Produktionsfaktoren, die für eine Leistungserbringung benötigt werden, ist das Ziel ein bestimmtes Ergebnis mit den geringsten Kosten zu erreichen. Bei dieser Bewertung handelt es sich um die ökonomische Effizienz, wobei die klassischen Produktionsfaktoren in der Sozialpolitik vor allem der Personaleinsatz bzw. die Lohnhöhen sind.

Werden sowohl die technische als auch die ökonomische Effizienz optimiert, bleibt die Frage offen, ob die Bedürfnisse aller benachteiligten Personengruppen erfüllt wurden. Ein Beispiel dafür ist, wenn ein Betreuungsplatz in einem Pflegeheim zwar technisch und ökonomisch effizient gebaut bzw. zur Verfügung gestellt wurde, er aber aufgrund von fehlender Nachfrage oder Änderung der Bedürfnisse, nicht mehr verwendet wird. Allgemein formuliert ist die alloкатive Effizienz bzw. das Pareto Gleichgewicht erreicht, wenn durch eine Änderung des Einsatzes von Produktionsfaktoren eine Person besser gestellt werden kann jedoch andere Personen dadurch schlechter gestellt werden. (Badelt, et al., 2001a S. 60)

Weitere wichtige Effizienzkriterien in der Sozialpolitik sind die Makro- und Mikroeffizienz. Die Makroebene betrachtet die Verteilung der Ressourcen auf verschiedene gesellschaftliche Anliegen bzw. Bereiche, wie Kultur, Bildung und Sicherheit. Das Ziel ist es, die Mittel in den Bereichen einzusetzen, wo der größte Nutzenzuwachs erzielt werden kann. Die Mikroebene beschäftigt sich mit der Effizienzsteigerung der unmittelbaren Leistungserbringung. Das bedeutet zum Beispiel die Verlagerung von bestimmten Operationen in Akutkrankenhäusern aus dem stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich. (Badelt, et al., 2001a S. 60f.)

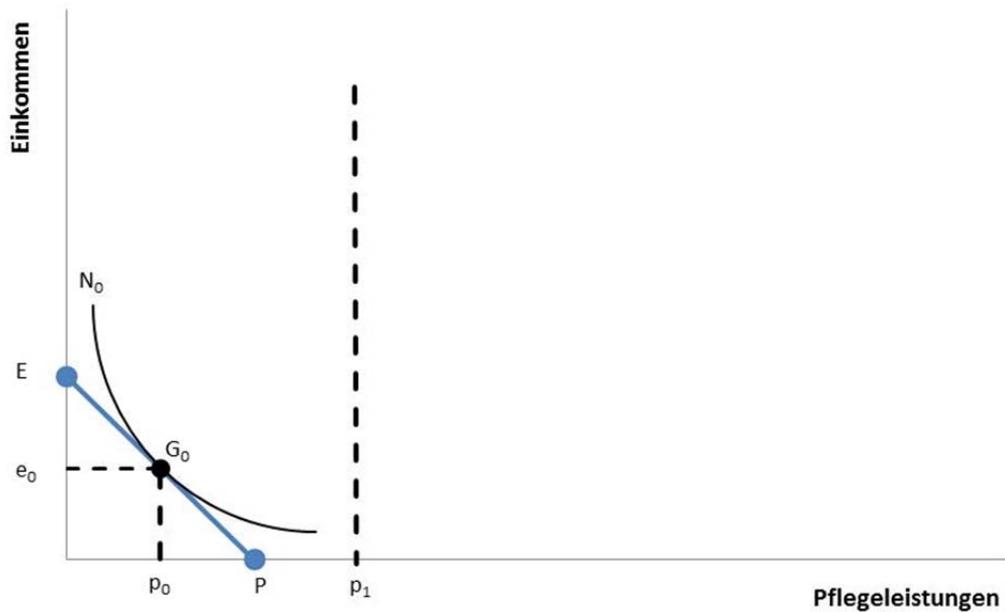
### 3.9. Wirkungsweise von Geld- und Sachleistungen bei pflegebedürftigen Menschen

Grundsätzlich stehen für soziale Maßnahmen allgemeine gesetzliche Regelungen, Geld- und Sachleistungen zur Verfügung. Um eine möglichst gerechte und effiziente Umverteilung zu erreichen, werden in diesem Kapitel die verschiedenen Wirkungsweisen von Geld- und Sachleistungen diskutiert. Peter G. Rosner beschreibt in seinem Buch „The Economics of Social Policy“ (2003), dass prinzipiell Geldleistungen effizienter sind, um die Nachfrage nach einer Leistung zu erhöhen, wenn dafür zu wenig Kaufkraft vorhanden ist. In Fällen, in denen ein gewisser Wohlstand vorhanden ist, die gewünschte Leistung aber nicht ausreichend nachgefragt wird, sind Sachleistungen effektiver als Geldleistungen. (Rosner, 2003 S. 61)

Nachfolgend wird die Abwägung von realen und monetären Transfers, die Frage nach der Erreichung eines bestimmten Versorgungs- oder Wohlstandsniveaus und der „effizientesten“ Lösung am Beispiel der Pflegebedürftigkeit von Menschen dargestellt. Im Wesentlichen lassen sich alle Arten von Leistungen im Falle einer Pflegebedürftigkeit in drei Kategorien einteilen; Geldleistungen ohne unmittelbaren Leistungsbezug (Bundespflegegeld), Sachleistungen (z.B. mobile Pflege- und Betreuungsdienste) oder Preissubventionierungen auf bestimmte Pflegeleistungen. Das Ziel der Sozialpolitik ist es, die Pflegebedürftigkeit durch bestimmte Pflegeleistungen abzudecken. In der Realität kann die pflegebedürftige Person das Ausmaß an Pflegeleistungen nicht nachfragen, da das Einkommen dafür nicht ausreicht und die individuellen Präferenzen anders gesetzt sind. Aus diesem Grund greift die Sozialpolitik ein und ermöglicht den Betroffenen über Geld-, Sachleistungen oder Subventionen das gewünschte Ausmaß an Pflegeleistungen nachfragen zu können.

- **Ausgangssituation:** Die betroffene pflegebedürftige Person hat die Wahl zwischen zwei verschiedenen Güterbündeln; Pflegeleistungen und alle anderen Güter (restlich verfügbare Einkommen). Das Individuum entscheidet sich für einen Mix aus Pflegeleistungen und anderen Gütern, welcher sich auf einer Indifferenzkurve (Abbildung 10; N0) widerspiegelt. Je weiter die Indifferenzkurve vom Ursprung entfernt ist, desto höher ist das Nutzenniveau, welches wiederum vom verfügbaren Budget/Einkommen (E-P) beschränkt ist. In diesem Fall würde die betroffene Person durch den Schnittpunkt von Indifferenzkurve und Einkommensgerade im Punkt G0 Pflegeleistungen in der Höhe von  $p_0$  nachfragen. Die bedarfsgerechte Versorgung würde aber ein weitaus höheres Ausmaß an Pflegeleistungen ( $p_1$ ) vorsehen. (Badelt, et al., 2001a S. 79)

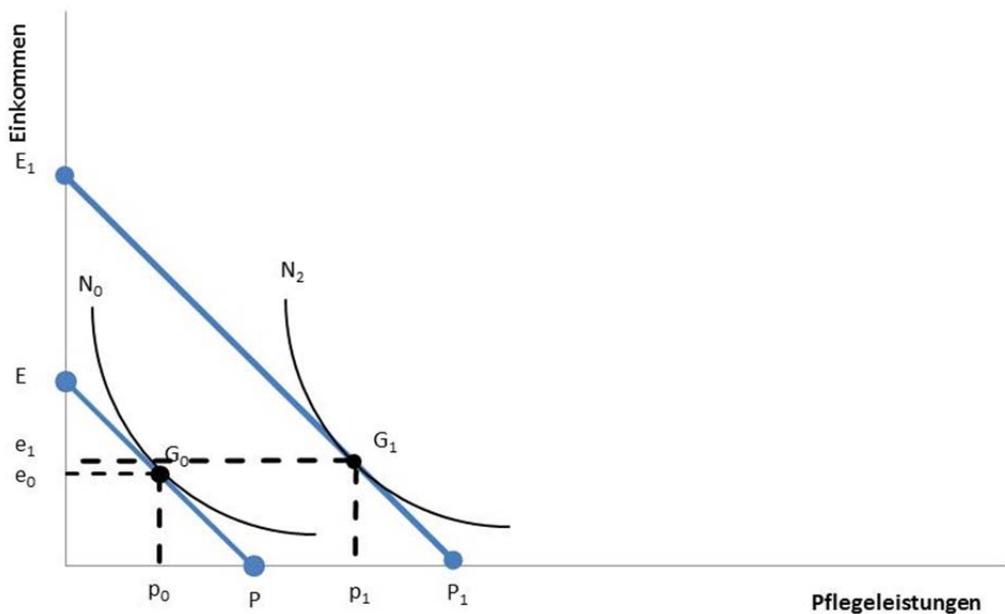
Abbildung 10: Konsumverhalten vor Eingriff der Sozialpolitik



Quelle: (Badelt, et al., 2001a S. 79), eigene Darstellung

- **Wirkungsweise der Auszahlung von Pflegegeldleistungen:** Das Bundespflegegeld führt in Österreich als unterstützende Geldleistung für pflegebedürftige Personen, welche an keine bestimmte Verwendung der Mittel gebunden ist, zu einer Erhöhung des allgemeinen Einkommens und somit des Nutzenniveaus der betroffenen Personen (Abbildung 11;  $E_1$ - $P_1$ ). Die Geldleistungen müssen so hoch sein, dass die Indifferenzkurve ( $N_2$ ) die Einkommensgerade im Punkt der idealen Versorgung mit Pflegeleistungen schneidet ( $G_1$ ). (Badelt, et al., 2001a S. 80)

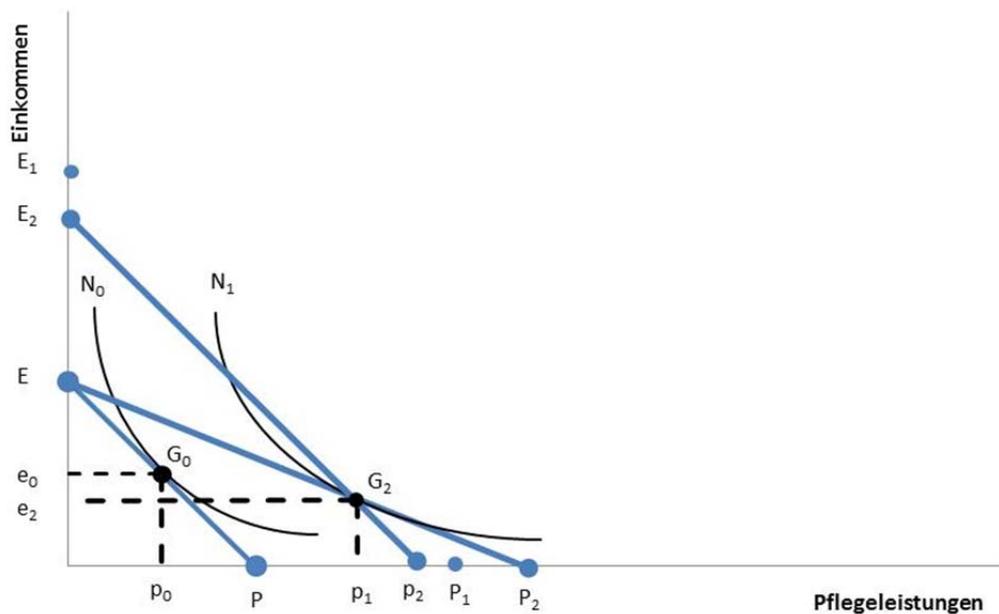
Abbildung 11: Wirkung von Geldleistungen



Quelle: (Badelt, et al., 2001a S. 80), eigene Darstellung

- **Wirkungsweise von Preissubventionierung von Pflegeleistungen:** Eine Preissubventionierung für Pflegeleistung bewirkt eine Verzerrung der Einkommensgerade, so dass mit demselben Budget mehr Pflegeleistungen konsumiert werden. Die neue Einkommensgerade ist E-P2 (Abbildung 12) und schneidet die Indifferenzkurve N1 im Punkt G2, welcher die erforderlichen Pflegeleistungen im Ausmaß von  $p_1$  leistbar macht. Im Vergleich zur Wirkung von Geldleistungen wird zwar dasselbe Niveau von Pflegeleistungen erreicht, jedoch hat der/die Betroffene weniger Geld für andere Güter zur Verfügung. Grund dafür ist der Substitutionseffekt, durch den pflegebedürftige Personen mehr Pflegeleistungen nachfragen und im Gegenzug auf die relativ dazu teurer gewordenen anderen Artikel verzichten und sich somit ihr restliches Einkommen verringert. Das bedeutet, dass in beiden Fällen das Individuum seinen Nutzen steigern kann und die Steigerung durch Geldleistungen am größten ist, da sowohl mehr Pflegeleistungen als auch eine größere Menge an anderen Gütern nachgefragt werden kann. (Badelt, et al., 2001a S. 81)

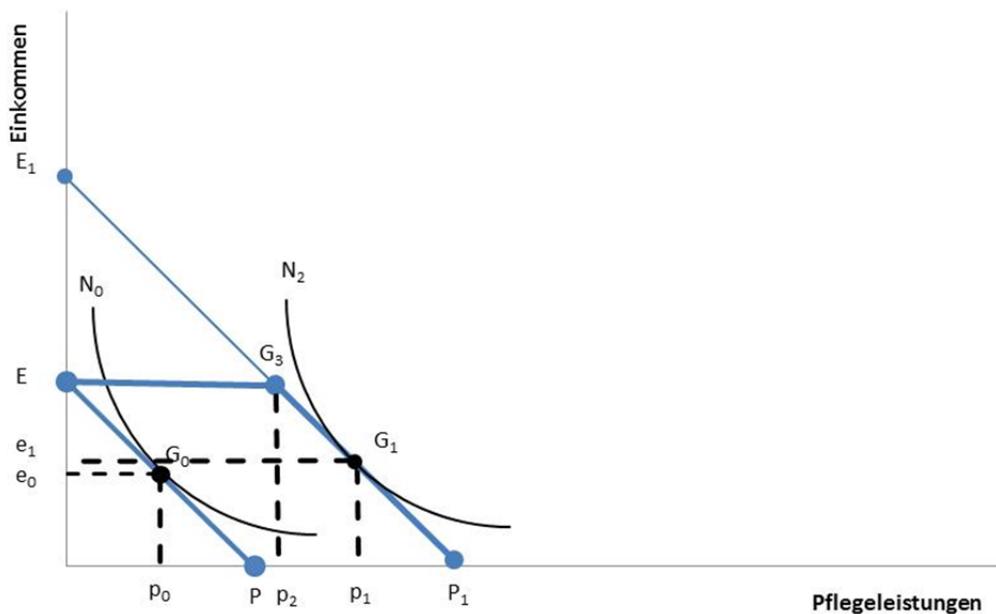
Abbildung 12: Wirkung von Preissubventionen



Quelle: (Badelt, et al., 2001a S. 81), eigene Darstellung

- **Wirkung von Sachleistungen:** Durch die Bereitstellung von Sachleistungen wird, wie bei der Wirkung von Subventionen, eine Verschiebung der Einkommensgerade erreicht. Wenn Pflegeleistungen bis zu einem bestimmten Ausmaß kostenlos zur Verfügung gestellt werden, kann das Einkommen bis zu diesem Niveau zu 100% für andere Güter verwendet werden. Die neu entstandene Einkommensgerade (Abbildung 13; E-G3-P1) verläuft geknickt. Werden Pflegeleistungen im Ausmaß von  $p_1$  nachgefragt, kommt es im Vergleich zur Ausgangssituation von  $p_0$  zu einer deutlichen Erhöhung des Pflegeleistungsniveaus sowie zu einer Erhöhung des zur Verfügung stehenden Einkommens für andere Güter. (Badelt, et al., 2001a S. 82)

Abbildung 13: Wirkung von Sachleistungen



Quelle: (Badelt, et al., 2001a S. 82), eigene Darstellung

Anhand der unterschiedlichen Wirkungen zeigt sich welcher Effekt durch welches Instrument erzielt werden kann. Ist das Ziel ein bestimmtes Versorgungsniveau möglichst kostengünstig zu erreichen, dann sind Preissubventionen die effizienteste Lösung. Stehen aber zusätzlich Ziele der Wohlstandssteigerung der betroffenen Personengruppen auch im Vordergrund, dann sind Geldleistungen bzw. Sachleistungen das geeignete Instrument für eine Erreichung dieser. (Badelt, et al., 2001a S. 83)

### 3.10. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise

Der theoretische Teil bildet die Grundlage für die folgenden Analysen. Die Erkenntnisse über die verschiedenen Sozialsysteme der Länder werden mit den Grundlagen der Sozialpolitik reflektiert und bewertet. Dabei wird besonders auf die Ziele, die Träger und die Leistungsart Wert gelegt. Weiters sollen die theoretischen Grundlagen auch in abschließende Empfehlungen bzw. Visionen vor allem in Hinblick auf die Finanzierung und die Wahl der geeigneten Träger einfließen.

## C Analyse des Pflege- und Sozialsystems

### 4 Die Sozialpolitik auf Bundesebene und der Länder Burgenland, Niederösterreich und Wien

#### 4.1. Die Sozialpolitik in Österreich

In folgendem Kapitel wird aufbauend auf den Grundlagen der Sozialpolitik ein Überblick über die Sozialpolitik Österreichs gegeben. Dabei werden die Ziele, die Träger sowie die Kompetenzverteilung und die wichtigsten Kennzahlen, wie Sozialbudget und Sozialausgaben erläutert.

##### 4.1.1. Träger und deren Kompetenzen in der Sozialpolitik

Die Sozialpolitik kann ähnlich wie die Raumplanung in Österreich als „Querschnittsmaterie“ bezeichnet werden. Da die Kompetenz nicht ausdrücklich in der Bundesverfassung verankert ist, teilt sie sich auf die verschiedenen Verwaltungsebenen, wie Bundes- oder Landesebene, auf. In Österreich sind alle institutionellen Formen, wie in Kapitel 3.6 S.27 und Kapitel 3.7 S.28 beschrieben, in der Entscheidungs- und Durchführungsphase in der Sozialpolitik verantwortlich. Alle österreichischen Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Gemeinden) übernehmen Aufgaben im Bereich der Regulierung, Finanzierung und Leistungserstellung auf den verschiedenen Ebenen. (Badelt, et al., 2001b S. 2)

Die Zuständigkeiten im Bereich der Pflege sind zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden aufgeteilt. Auf Bundesebene ist das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) für Sozialpolitik, Sozialversicherung, Pflege und Seniorenpolitik zuständig. Unter diese Aufgabenbereiche fällt unter anderem auch die Verwaltung der Pflegegelder, siehe Kapitel 4.1.4 Bundespflegegeld. Auf Landesebene gibt es eigene Abteilungen für Soziales; in Niederösterreich ist das die Abteilung GS5 Soziales, im Burgenland die Abteilung 6 – Soziales, Gesundheit, Familie und Sport und in Wien die MA 24 Abteilung für Gesundheits- und Sozialplanung. Die Aufgabenbereiche sind unter anderem Sozialhilfe, Soziale Dienste und Sicherung und Bereitstellung von Langzeitpflegeplätzen. Bis Ende 2011 gab es in Österreich auf Bundesebene ein Pflegegeldsystem und neun verschiedene Landespflegegeldsysteme. Seit Anfang 2012 liegt die Kompetenz der Pflegegeldverwaltung nun in der alleinigen Verantwortung des Bundes. Die Länder sind aber abgesehen vom Pflegegeld nach wie vor Hauptträger der Sozialhilfe in Österreich. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) regelt die Organisation und die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. Es handelt sich dabei um einen verbindlichen Rahmenplan für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und basiert auf der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008). (BMG, 2012)

Eine weitere wichtige Rolle in der Gestaltung der österreichischen Sozialpolitik nehmen die Sozialpartner, wie der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) oder die Industriellenvereinigung (IV), und die Interessensverbände, wie kirchliche Institutionen, ein. Die österreichischen Sozialversicherungsträger zählen zu Parafiscus (siehe Kapitel 3.6 S.27) und sind als Körperschaft zwischen öffentlichem und privatem Bereich zu sehen, die in gegebenen Rahmenbedingungen über eigene Finanzquellen öffentlichen Aufgaben in der Sozialpolitik ausführt. Non-profit Organisationen übernehmen in Österreich einerseits eine wichtige Rolle bei der Interessensvertretung in bestimmten Bereichen (z.B. Pflege) andererseits sind sie fundamental für die Ausführung von sozialpolitischen Handlungen. Private marktwirtschaftliche Unternehmen haben bei der Durchführung bzw. Entscheidungsphase eine eher untergeordnete Rolle, da diese den Zielen der Sozialpolitik nur selten gerecht werden. Einen gewissen Anteil haben sie jedoch zum Beispiel beim Betrieb von Pflegeheimen oder dem Angebot von einigen sozialen Diensten, wie Therapien. Der ehrenamtliche Sektor (formell und informell) übernimmt eine wichtige Rolle, vor allem dort, wo bestimmte Versorgungsformen keine adäquate Abdeckung bieten. Ein typisches Beispiel dafür ist der Bereich der Pflege, in dem ca. zwei Drittel der älteren pflegebedürftigen Personen von ihren Angehörigen gepflegt werden. (Badelt, et al., 2001b S. 5f.)

In folgender Abbildung (Abbildung 14) werden die Leistungen des österreichischen Sozialsystems, in Versicherungs-, Universal- und Fürsorgeleistungen (wie in Kapitel 3.5 S. 26 beschrieben) gegliedert, dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass sich es sich bei Leistungen im Bereich der Pflege einerseits um Universalleistungen in Form von Geldleistungen des Bundes (rot dargestellt) und um Fürsorgeleistungen in Form von Sachleistungen der Länder und Gemeinden (grün dargestellt) handelt.

Abbildung 14: Das Österreichische Sozialsystem

Versicherungsleistungen	Universalleistungen	Fürsorgeleistungen	Sonstige Leistungen
Krankenversicherung	Bundespflegegeld	Bedarfsorientierte Mindestsicherung	Behindertenleistungen
Arbeitslosenversicherung	Familienbeihilfe	Pflegesachleistungen	Jugendwohlfahrt
Unfallversicherung	Kinderbetreuungsgeld	Wohnungslosenhilfe	Kinderbetreuung
Pensionsversicherung	Opferfürsorgeleistungen	Grundversorgung	Sucht- und Drogenhilfe
		Wohnbeihilfe	Schuldnerberatung
		Familienzuschüsse	
		Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung	
		Notstandshilfe in der Arbeitslosenversicherung	

Quelle: (MA 24, 2012 S. 14), eigene Darstellung

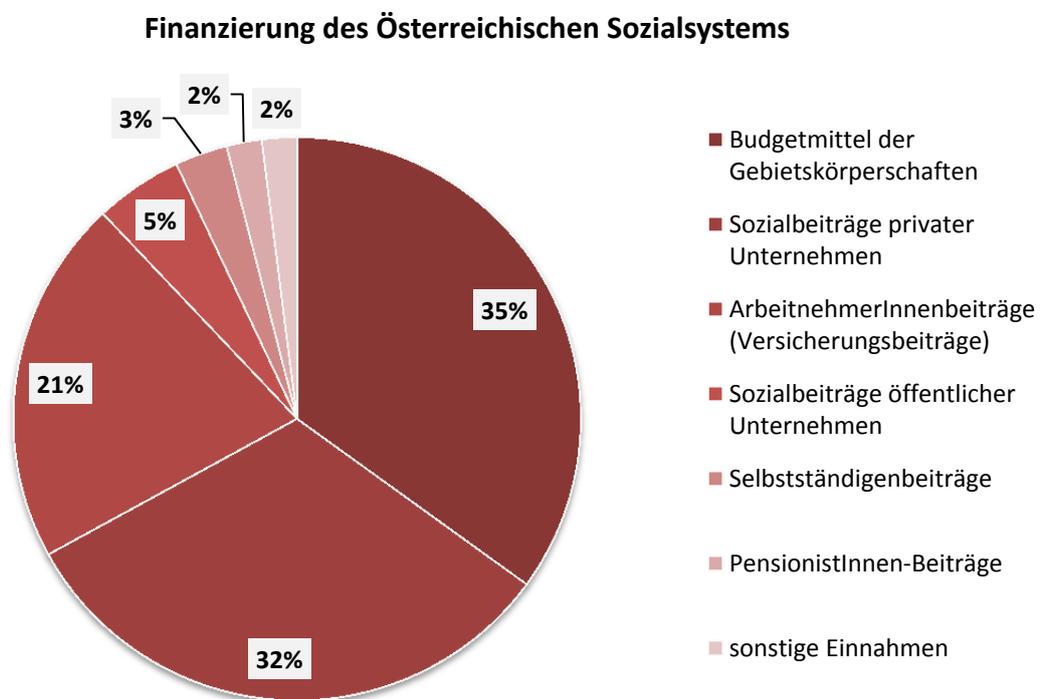
#### 4.1.2. Finanzierung und Sozialausgaben

Um einen volkswirtschaftlichen Überblick über das Sozialsystem zu bekommen sind Kenngrößen, wie die Sozialquote, die Sozialausgaben und die Finanzierung aussagekräftige Parameter. Die Sozialquote setzt die Sozialausgaben und das Bruttoinlandsprodukt (BIP) in

Relation zueinander und eignet sich für den internationalen Vergleich. 2011 beliefen sich die gesamten Sozialausgaben in Österreich auf rund 88,3 Mrd. €, das entspricht 30% des nationalen Bruttoinlandsproduktes. (BMASK, 2012b S. 21) Die Sozialquote lag im Jahr 1980 noch bei 26,3% des BIP und ist seitdem um knapp 4% gestiegen. (Badelt, et al., 2001b S. 18)

Die Finanzierung des Sozialsystems in Österreich setzt sich zu 35% aus dem Budget der Gebietskörperschaften, 32% aus privaten ArbeitgeberInnenbeiträgen, 26% aus Versicherungsbeiträgen und 5% aus öffentlichen ArbeitgeberInnenbeiträgen zusammen. (BMASK, 2012c S. 25) Diese Finanzierungsstruktur hat sich seit 1980 nur geringfügig verändert. (Badelt, et al., 2001b S. 19) Die genaue Aufteilung ist in folgender Abbildung (Abbildung 15) ersichtlich.

Abbildung 15: Finanzierung des Österreichischen Sozialsystems

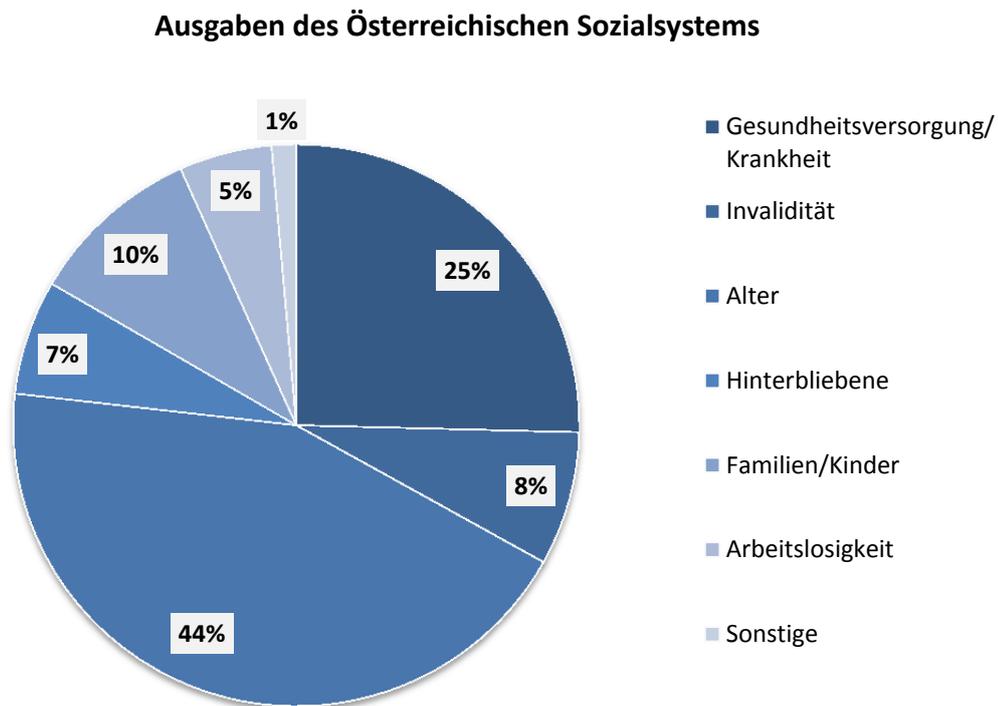


Quelle: Daten (BMASK, 2012c S. 25), eigene Darstellung

Die Sozialausgaben Österreichs von 88,3 Mrd. € (2011) werden zu einem Viertel für Gesundheitsleistungen und zu drei Vierteln für Sozialleistungen wie Alter, Hinterbliebene, Invalidität und Arbeitslosigkeit ausgegeben. Die gesamten Ausgaben für Pensionen, Pflegegeld und soziale Betreuungseinrichtungen belaufen sich auf rund 50% der gesamten Sozialausgaben. Leistungen werden zu 70% als Geldleistungen, wie zum Beispiel Pflegegeld und zu 30% als Sachleistungen, wie z.B. die Bereitstellung von bestimmten Infrastrukturen der Gesundheitsversorgung, erbracht. (BMASK, 2012c S. 21) Bei den Leistungen des Bundes dominieren Geldleistungen vor allem für Pensionen der BundesbeamtInnen, das Bundespflegegeld, Ausgaben im Bereich der Behindertenpolitik sowie einige Gesundheitsdienstleistungen. Die Länder und Gemeinde leisten vor allem Sachleistungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste. (Badelt, et al., 2001b S. 20) Im Vergleich zu 1990 hat sich die Verteilung der Ausgaben in den beiden größten Bereichen Gesundheit und Alter unterschiedlich verändert. Der Bereich Gesundheit ist gleich geblieben, während sich die

Ausgaben für Alter von 38,9% auf rund 44% erhöht haben. (Badelt, et al., 2001b S. 22) In folgender Abbildung (Abbildung 16) ist die Aufteilung der gesamten Sozialausgaben Österreichs dargestellt. Die Gesamtausgaben beinhalten nur die Ausgaben der öffentlichen Hand, dabei werden die Beiträge die NPOs, Betriebe und der informelle Sektor dazu beitragen nicht erfasst.

Abbildung 16: Ausgaben des Österreichischen Sozialsystems



Quelle: Daten (BMASK, 2012c S. 21), eigene Darstellung

#### 4.1.3. Gesundheitsausgaben

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs belaufen sich auf rund 25% der gesamten Sozialausgaben (siehe Abbildung 16, S. 37); gemessen am BIP entspricht dies einem Anteil von rund 8%. Zählt man die privaten Gesundheitsausgaben dazu, erhöht sich der Anteil auf 11% des BIP und beläuft sich in Summe auf rund 31,438 Mrd. €. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemessen am BIP von 1995 bis 2010 zeigt eine Erhöhung um rund 1,4%. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist hingegen deutlich stärker, von 73,5 auf 76,2%, angestiegen. Im EU-Vergleich liegt Österreich mit seinen Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP mit Deutschland und der Schweiz in etwa gleich auf und befindet sich damit im oberen Drittel. Die höchsten Gesundheitsausgaben gemessen am BIP haben die Niederlande mit rund 11,9%. Der EU 15 Durchschnitt liegt bei 10,6% und der EU 27 Durchschnitt bei 9,9%. Vergleicht man den Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben liegt Österreich mit 76,2% in etwa im EU-Durchschnitt und ist mit Deutschland gleich auf. (Hofmarcher, 2013 S. 87-89)

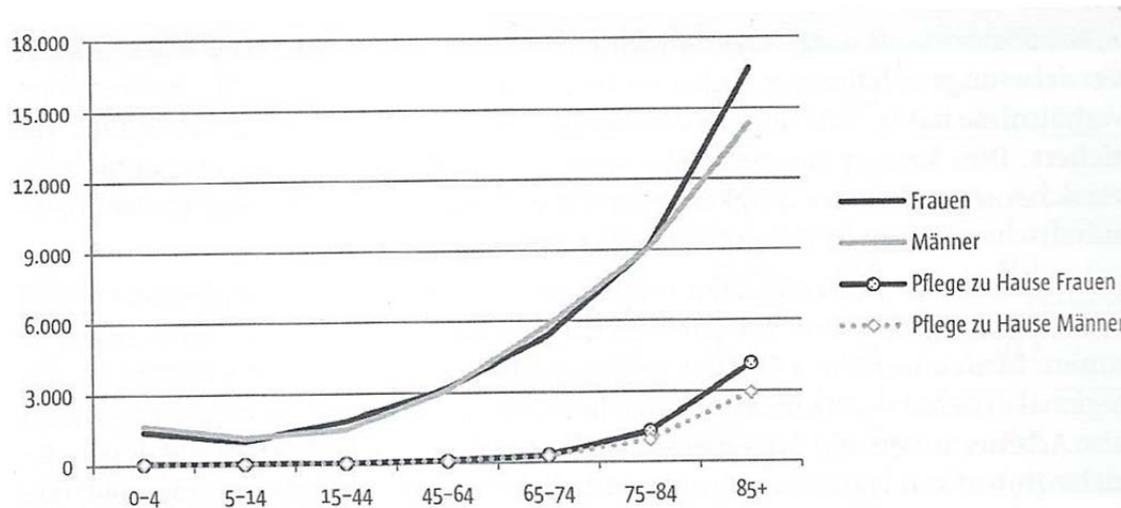
Tabelle 9: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich von 1995-2010

	1995	2000	2005	2010
<b>Gesundheitsausgaben pro Kopf, US \$</b>	2.256	2.898	3.505	4.396
<b>Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US \$</b>	23.548	28.909	33.657	40.017
<b>Gesundheitsausgaben in % des BIP</b>	9,6%	10,0%	10,4%	11,0%
<b>Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP</b>	7,0%	7,6%	7,8%	8,4%
<b>Gesamte Gesundheitsausgaben, in Mio. €</b>	16.748	20.898	25.551	31.438
<b>% öffentl. Ausgaben an gesamten Gesundheitsausgaben</b>	73,5%	75,6%	75,3%	76,2%
<b>% private Ausgaben an gesamten Gesundheitsausgaben</b>	26,5%	24,4%	24,7%	23,8%
<b>Staatsausgaben in % des BIP</b>	56,3%	51,9%	50,0%	52,5%

Quelle: Daten (OECD, 2014), (Statistik Austria, 2012b), (Hofmarcher, 2013 S. 87), eigene Darstellung

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben in Relation zum Alter der „PatientInnen“, zeigt sich klar, dass diese mit steigendem Alter deutlich höher werden. Konkret sind die Pro-Kopf Ausgaben der gesamten personenbezogenen Gesundheitsausgaben in der Altersgruppe von 75-84 rund dreimal so hoch wie in der Altersgruppe der 45-64 jährigen. Diese Entwicklung trifft sowohl auf Männer als auch auf Frauen gleichermaßen zu. Die höchsten Ausgaben ab 85 Jahren fallen in den stationären Sektor mit rund 50%. Im Bereich der Pflegeausgaben zeigt sich, dass Frauen ab 85 Jahren rund die Hälfte mehr Ausgaben verbuchen als Männer. Der Grund dafür liegt einerseits in der Lebenserwartung und andererseits weist er darauf hin, dass Frauen deutlich mehr von Unterstützung außerhalb der Familie abhängig sind. (Hofmarcher, 2013 S. 94)

Abbildung 17: Gesundheitsausgaben nach Geschlecht und Altersgruppen in € pro Einwohner



Quelle: Daten (Statistik Austria, 2012b), Abbildung (Hofmarcher, 2013 S. 97)

#### 4.1.4. Bundespflegegeld

Ein wesentlicher Bestandteil der Unterstützung älterer Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf stellen Geldleistungen des Bundes bzw. des Landes dar. 1993 wurde ein siebenstufiges Pflegegeldsystem eingeführt, welches einerseits im Bundespflegegeldgesetz und andererseits in neun verschiedenen Landespflegegeldgesetzen geregelt wurde. Der Zweck des Pflegegeldes ist es, hilfs- oder betreuungsbedürftigen Menschen den finanziellen Aufwand durch den Zukauf an Pflegeleistungen durch eine Geldleistung zu reduzieren. (Badelt, et al., 2001b S. 123) Voraussetzung für den Erhalt von Pflegegeld ist der Nachweis eines ständigen Pflege- bzw. Betreuungsbedarfs auf Grund von körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen. Ab einem Bedarf von 60 Betreuungsstunden monatlich, welche durch einen Arzt und/oder eine diplomierte Krankenschwester bestätigt werden müssen, hat man Anspruch auf Pflegegeld. Der Zweck und die Anspruchsvoraussetzungen sind somit klar geregelt, die Entscheidung über die Verwendung des Pflegegeldes ist dem/der BezieherIn selbst überlassen. (Badelt, et al., 2001b S. 122f.) Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig von dem jeweiligen Pflegebedarf der LeistungsempfängerInnen und unabhängig vom sonstigen Einkommen. Es wird je nach Zuteilung der Stufe als pauschale Geldleistung zwölf Mal im Jahr ausbezahlt und ist einkommenssteuerfrei. Die Finanzierung des Bundespflegegeldes wird durch allgemeine Steuermittel gewährleistet. (BMASK, 2012b S. 11)

Nach der Einführung 1993 stellte sich heraus, dass der Vollzug der einzelnen Gesetze in den Bundesländern zu unterschiedlichen Verfahrensdauern und Unklarheiten bei den Pflegebedürftigen führte. Auch der Rechnungshof kritisierte die Zersplitterung des Pflegegeldes auf die neun verschiedenen Bundesländer und den Bund. Als Folge kam es zu einer Änderung im Jahr 2011, welche bewirkte, dass die Kompetenzen im Bereich der Gesetzgebung und des Vollzugs beim Bund angesiedelt wurden. Seit 1.1.2012 ist das neue Bundespflegegeldgesetz in Kraft, welches alle neun Landesgesetze außer Kraft setzt und zur Folge hat, dass es in Österreich ein einheitliches Bundespflegegeld in sieben Stufen gibt. (BMASK, 2012b S. 8)

Tabelle 10 zeigt die sieben Pflegegeldstufen, den dafür vorausgesetzten Mindestbedarf, sowie die jeweilige Beitragshöhe und die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in Österreich (Stand: 12/2012). Der größte Anteil (30%) der Pflegebedürftigen hat einen Bedarf von 85 bis 120 Stunden monatlich und ist damit in der Stufe 2 angesiedelt. Mehr als die Hälfte aller BezieherInnen befinden sich in den zwei ersten Stufen. Rund 16% haben mehr als 180 Stunden Pflegeaufwand im Monat. Anzumerken ist, dass das Pflegegeld grundsätzlich während eines Spital- oder Kuraufenthalts ruht und die Kosten des Aufenthalts von einem Sozialversicherungsträger (in- oder ausländisch), dem Bund, einem Landesgesundheitsfonds oder einer Krankenfürsorgeanstalt getragen werden. Im Falle eines Langzeitaufenthalts in einem Pflegeheim wird das Pflegegeld zum größten Teil an den Heimträger ausbezahlt. Dem/der PflegegeldbezieherIn bleibt ein Taschengeld in der Höhe von 10% des Pflegegeldes der Stufe 3.

Tabelle 10: Pflegegeldstufen in Österreich

Stufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat mehr als...	Beitrag in € monatlich	Pflegegeld-bezieherInnen (12/2012)	in %
1	60 Stunden	154,20 €	98.989	23%
2	85 Stunden	284,30 €	131.843	30%
3	120 Stunden	442,90 €	76.410	17%
4	160 Stunden	664,30 €	62.534	14%
5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	902,30 €	43.751	10%
6	180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	1.260,00 €	18.183	4%
7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	1.655,80 €	9.186	2%
<b>Gesamt</b>			<b>440.896</b>	<b>100%</b>

Quelle: Daten (Statistik Austria, 2012a), eigene Darstellung

#### 4.1.5. Bundespflegefonds

Der Pflegefonds ist ein Verwaltungsfonds des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, wurde 2011 eingeführt und gemeinsam mit dem Bundesministerium für Finanzen verwaltet. Der Fonds gewährleistet Zuschüsse für die Bundesländer um den Aufwand für die Sicherung und den Aus- und Aufbau von Pflege- und Betreuungsangeboten in der Langzeitpflege zumindest teilweise abzudecken. Die Mittel dieses Fonds belaufen sich auf 685 Mio. €, wobei für 2011 100 Mio. €, 2012 150 Mio. €, 2013 200 Mio. € und 2014 235 Mio. € vorgesehen sind. (BMASK, 2012b S. 10)

Das Ziel des Pflegefonds ist „die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen mit bedürfnisorientierten und leistbaren Betreuungs- und Pflegedienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege“ (BMASK, 2012b S. 10). Zuschüsse werden in folgenden Bereichen der Langzeitpflege gewährt:

- Mobile Pflege- und Betreuungsdienste
- Teilstationäre Pflege- und Betreuungsdienste
- Stationäre Pflege- und Betreuungsdienste
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- Alternative Wohnformen
- Case- und Caremanagement

Die aktuelle Regierung (2014) hat eine Weiterführung des Pflegefonds bis 2018 mit zusätzlichen rund 700 Mio. € beschlossen. Diese Unterstützung seitens des Bundes gegenüber

der Länder zeigt, dass die Finanzierungslücke in den Ländern auch in Zukunft weiterhin bestehen wird. Dringende Veränderungen bzw. Reformen innerhalb der Pflegepolitik der Länder werden dadurch aber verlagert, da der Finanzierungsdruck über den Fonds vom Bund abgenommen wird. Diese Entwicklung beschreibt Frau Mag.a Meichenitsch in einem Interview mit folgenden Worten:

*„Ich finde es großartig, dass rund 700 Mio. € neu dazu kommen, ob das dann den tatsächlichen Bedarf abdeckt ist fraglich. Aber was viel dringender ist das System an sich zu ändern, insbesondere in Hinblick auf die familiäre Verantwortung zum Beispiel, oder der immer noch sehr hohe Eigenregress. Ich muss quasi mein gesamtes Vermögen aufbrauchen, wenn ich in ein Pflegeheim gehe. All diese Dinge werden dann eigentlich nicht diskutiert bis 2018, aus meiner Perspektive, weil der finanzielle Druck noch nicht groß genug ist, dass man Systemänderungen vornehmen muss.“* (Meichenitsch, 2014) Dass die Finanzierungslücke der einzelnen Länder aber noch viel größer werden wird, wenn keine Reformen in der Pflegepolitik durchgesetzt werden, zeigt sich in den folgenden Kapiteln, insbesondere bei der Kostenprognose auf den Seiten 52-56.

#### 4.1.6. Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen

##### **Pflege zu Hause (mobile Dienste)**

Für die Finanzierung der mobilen Dienste ist in erster Linie das Pflegegeld vorgesehen. Anspruchsberechtigte Personen erhalten dadurch ein individuelles Budget, welches vermögens- und einkommensunabhängig ist und auf den jeweiligen Pflegebedarf angepasst wird, und haben dadurch eine Flexibilität und Wahlmöglichkeit bei der Verwendung dieser Mittel. 2010 betragen die Ausgaben für häusliche Pflege durch mobile Dienste rund 2,2 Milliarden €, wobei 95% davon das zuvor beschriebene Pflegegeld ausmacht. Seit 2005 sind die Ausgaben für häusliche Pflegeleistungen um 35% von 1,6 auf 2,2 angestiegen. (Hofmarcher, 2013 S. 132)

##### **Stationäre Langzeitpflege (Pflegeheime)**

Die Pflegeheime in Österreich werden über zwischen den Ländern und den einzelnen Einrichtungen vereinbarten Tagespauschalen, so genannte Tagsätze, finanziert. (Hofmarcher, 2013 S. 134) Die Mittelaufbringung für den Tagsatz hat grundsätzlich durch die betroffene Person zu erfolgen. Zur Verfügung stehen dafür das Pflegegeld, die Pensionseinkünfte, sowie Vermögen und Ersparnisse. Reichen diese Finanzierungsquellen nicht für die anfallenden Kosten aus, übernimmt das jeweilige Bundesland die ausstehenden Kosten.

## 4.2. Pflege und Altenbetreuung in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland

Die Pflegepolitik in Österreich baut auf den Zielvorstellungen des Wohlfahrtsstaates, wie zuvor in Kapitel 3.3 beschrieben, auf. Das bedeutet, dass das Subsidiaritätsprinzip auf die Langzeitversorgung zutrifft, wonach die Hauptverantwortung im Bereich der Pflege bei der

Familie und den Angehörigen liegt und der Staat unterstützend eingreift. Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich durch einkommensbezogene Steuern und Beiträge. Das System ist ein Mischsystem, zusammengesetzt aus Bedarfs-, Einkommens- und Vermögensorientierung. Österreich hat sehr früh auf die bevorstehenden Auswirkungen der demographischen Entwicklung reagiert und mit der Einführung des Pflegegeldes 1993 (siehe auch Kapitel 4.1.4, S. 39) dem wachsenden Pflegebedarf Rechnung getragen. Durch das Pflegegeld soll die Selbstbestimmung bei der Wahl der Versorgungsform verbessert werden, sowie die Integration und der Verbleib im eigenen sozialen Umfeld sichergestellt sein. (Hofmarcher, 2013 S. 215f.)

Der Pflegebedarf wird österreichweit von der Statistik Austria über eine Gesundenbefragung erhoben. 2006/07 hatten 471.000 Menschen Probleme bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Das bedeutet, dass jeder vierte Mann bzw. jede dritte Frau ab 75 Jahren Unterstützung im Alltag benötigte. Weiters zeigt sich, dass deutlich mehr Frauen als Männer Bedarf an formellen Pflegeleistungen haben, da sie nicht so häufig wie Männer im häuslichen Umfeld durch Angehörige gepflegt werden können (siehe auch Kapitel 2.1 und 2.3). (Hofmarcher, 2013 S. 216)

#### *4.2.1. Pflegegeldstatistik*

Die folgenden Tabellen und Abbildungen geben einen detaillierten Einblick über wichtige Indikatoren der Pflegebereiche in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und den österreichweiten Durchschnitt. Die Darstellung der Bedarfssituation und die Berechnung bestimmter Kennzahlen auf Bundeslandebene dienen als Grundlage für die gesamtwirtschaftliche Analyse. Als Datengrundlage für die Berechnungen dienen der Sozialbericht 2012 vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), aus dem die Pflegegelddaten mit dem Stichtag 31.12.2012 bezogen werden und Bevölkerungsdaten der Statistik Austria mit dem Bevölkerungsstand 1.1.2013. Anhand dieser Daten wurden in weiterer Folge bestimmte Anteile und Kennwerte berechnet, um einen Vergleich der drei ausgewählten Bundesländer herstellen zu können.

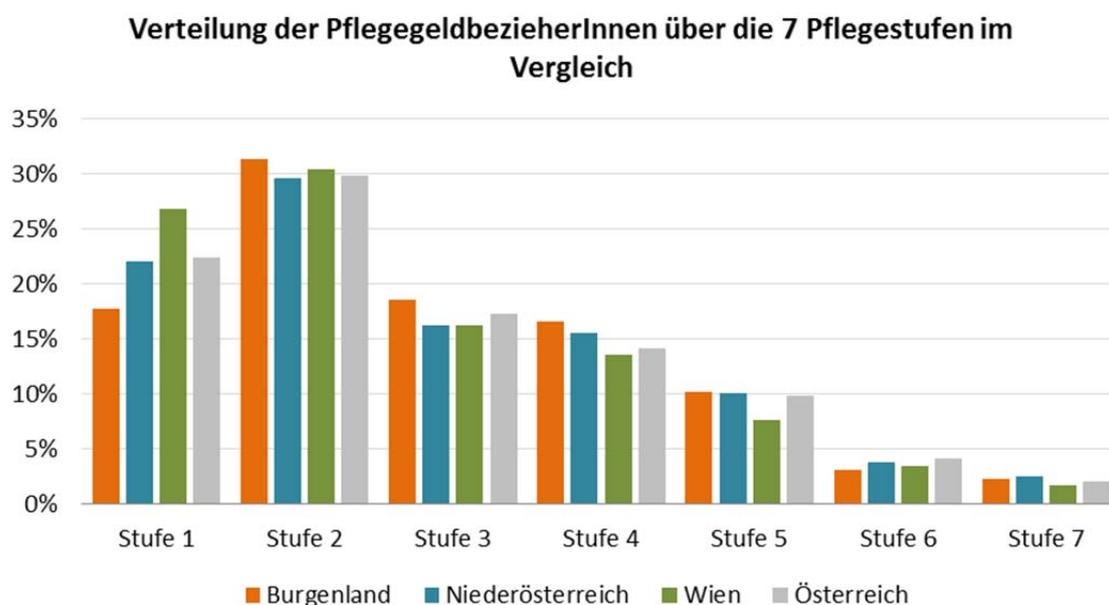
In Tabelle 11 ist die Verteilung der PflegegeldbezieherInnen auf die sieben Pflegestufen dargestellt. Burgenland misst 17.505, Niederösterreich 86.368, Wien 84.547 und Österreich gesamt 440.896 PflegegeldbezieherInnen. Der Frauen- und Männer-Anteil entspricht in allen drei Bundesländern dem österreichischen Durchschnitt und liegt bei 66% Frauen und 34% Männern. Wirft man einen Blick auf die Verteilung der BezieherInnen auf die Pflegestufen zeigen sich einige Unterschiede. Die errechneten Anteile aus Tabelle 11 dienen dabei als Grundlage für Abbildung 18, in der deutlich wird, dass rund 50% der PflegegeldbezieherInnen in Stufe eins oder zwei sind. Burgenland liegt anteilmäßig in den Stufen zwei bis vier merklich über den anderen beiden Bundesländern bzw. dem Durchschnitt Österreichs. Die Verteilung in Niederösterreich entspricht im Wesentlichen dem Durchschnitt, wohingegen Wien prozentual im Vergleich die meisten BezieherInnen in der Stufe eins hat. So ergibt sich in der ersten Stufe ein Unterschied von rund 10% zwischen dem Burgenland und Wien, welcher sich durch einen vergleichsweise erhöhten Anteil in den höheren Pflegestufen ausgleicht.

Tabelle 11: Pflegegeldbezieher von Burgenland, Niederösterreich und Wien nach Pflegestufen im Jahr 2012

Bundesland	Geschl.	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe 1-7	M/F Anteil
B	F	2.163	3.670	2.170	1.941	1.219	304	261	<b>11.728</b>	<b>67%</b>
B	M	958	1.823	1.086	958	577	240	135	<b>5.777</b>	<b>33%</b>
B	M+F	3.121	5.493	3.256	2.899	1.796	544	396	<b>17.505</b>	
NÖ	F	13.261	16.604	8.916	8.787	5.785	1.969	1.451	<b>56.773</b>	<b>66%</b>
NÖ	M	5.841	8.957	5.158	4.618	2.962	1.326	733	<b>29.595</b>	<b>34%</b>
NÖ	M+F	19.102	25.561	14.074	13.405	8.747	3.295	2.184	<b>86.368</b>	
W	F	15.287	16.972	8.913	7.645	4.482	1.802	954	<b>56.055</b>	<b>66%</b>
W	M	7.405	8.813	4.853	3.838	1.952	1.104	527	<b>28.492</b>	<b>34%</b>
W	M+F	22.692	25.785	13.766	11.483	6.434	2.906	1.481	<b>84.547</b>	
Ö	F	67.927	85.789	49.490	40.431	29.535	11.092	6.018	<b>290.282</b>	<b>66%</b>
Ö	M	31.062	46.054	26.920	22.103	14.216	7.091	3.168	<b>150.614</b>	<b>34%</b>
Ö	M+F	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	<b>440.896</b>	
B	Anteil	17,8%	31,4%	18,6%	16,6%	10,3%	3,1%	2,3%	100%	
NÖ	Anteil	22,1%	29,6%	16,3%	15,5%	10,1%	3,8%	2,5%	100%	
W	Anteil	26,8%	30,5%	16,3%	13,6%	7,6%	3,4%	1,8%	100%	
Ö	Anteil	22,5%	29,9%	17,3%	14,2%	9,9%	4,1%	2,1%	100%	

Quelle: Daten (BMASK, 2012a S. 65), eigene Berechnung und Darstellung

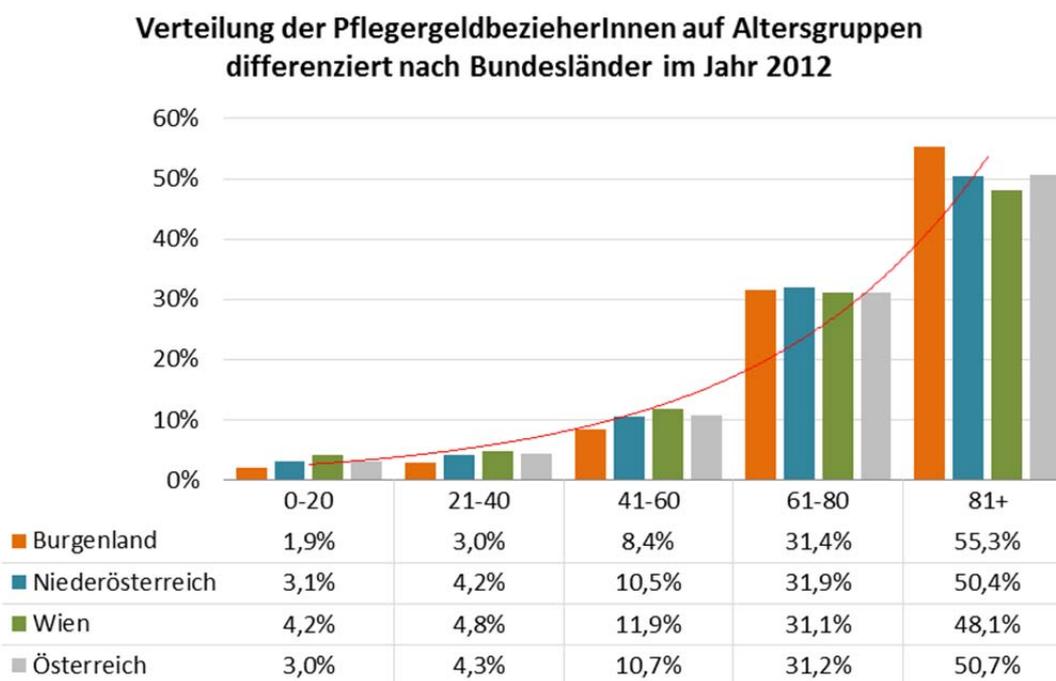
Abbildung 18: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen über die 7 Pflegestufen im Vergleich, 2012



Quelle: Daten (BMASK, 2012a S. 65), eigene Berechnung und Darstellung

Die Verteilung der PflegegeldbezieherInnen auf Altersgruppen zeigt, dass rund die Hälfte über 81, rund 31% zwischen 61 und 80 Jahre alt sind und zwischen 15 und 20% jünger sind. Dadurch bestätigt sich auch die These der einleitenden Kapitel, dass die Pflegebedürftigkeit bzw. die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden mit zunehmendem Alter stark steigt. Die rote Linie in der Abbildung ist eine Trendlinie des Durchschnitts Österreichs und zeigt die exponentielle Steigerung an.

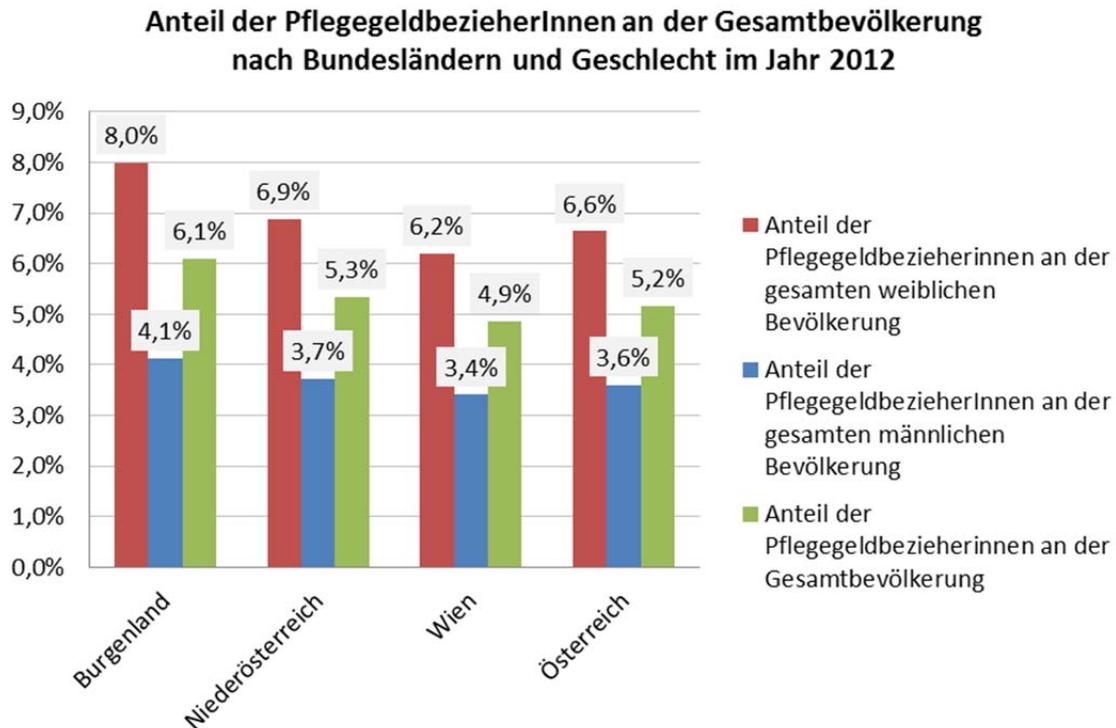
Abbildung 19: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen auf Altersgruppen differenziert nach Bundesländern 2012



Quelle: Daten (BMASK, 2012a S. 66), eigene Berechnung und Darstellung

In folgender Abbildung 20 ist der Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung dargestellt. Dabei zeigt sich, dass dieser im Burgenland deutlich über den anderen Bundesländern und dem Durchschnitt liegt. Ein Grund dafür ist, wie im Kapitel 2.1.2 dargestellt, dass Burgenland auch den höchsten Anteil an der Personengruppe der über 65-jährigen im Vergleich der drei Bundesländer aufweist. Der Anteil der weiblichen Pflegegeldbezieherinnen gemessen an der weiblichen Bevölkerung liegt im Burgenland bei rund 8% und der Anteil der Männer bei der Hälfte mit rund 4,1%, gesamt ergibt sich ein Anteil von 6,1%. Auch bei dieser Abbildung zeigt sich wieder, dass Niederösterreich sehr nahe am österreichischen Durchschnitt liegt und Wien um rund 0,3% darunter liegt. In Zukunft ist durch die demographische Entwicklung ganz klar mit einem Anstieg des Anteils der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung zu rechnen. Bei Hinterlegung einer altersstandardisierten Bevölkerung auf Basis der österreichischen Gesamtbevölkerung reduziert sich der Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung. Im Burgenland sinkt der Anteil von 6,1% auf 5,4%, in Niederösterreich von 5,3% auf 5,1% und steigt in Wien von 4,9% auf 5,2%. Das bedeutet, dass der hohe Anteil an PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung im Burgenland auf die Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen ist. Da Wien eine vergleichsweise junge Bevölkerung hat, ergibt sich daraus auch der geringste Anteil, wie in unten angeführter Abbildung dargestellt ist. Bezogen auf die zukünftige Bevölkerungsverteilung in Österreich wird der Anteil der PflegegeldbezieherInnen steigen. Diese Entwicklung erhöht den Druck zur Finanzierung des Pensions- und Pflegegeldsystems auf die erwerbstätige Bevölkerung.

Abbildung 20: Anteil der Pflegegeldbezieher an der Gesamtbevölkerung nach Bundesländern und Geschlecht im Jahr 2012

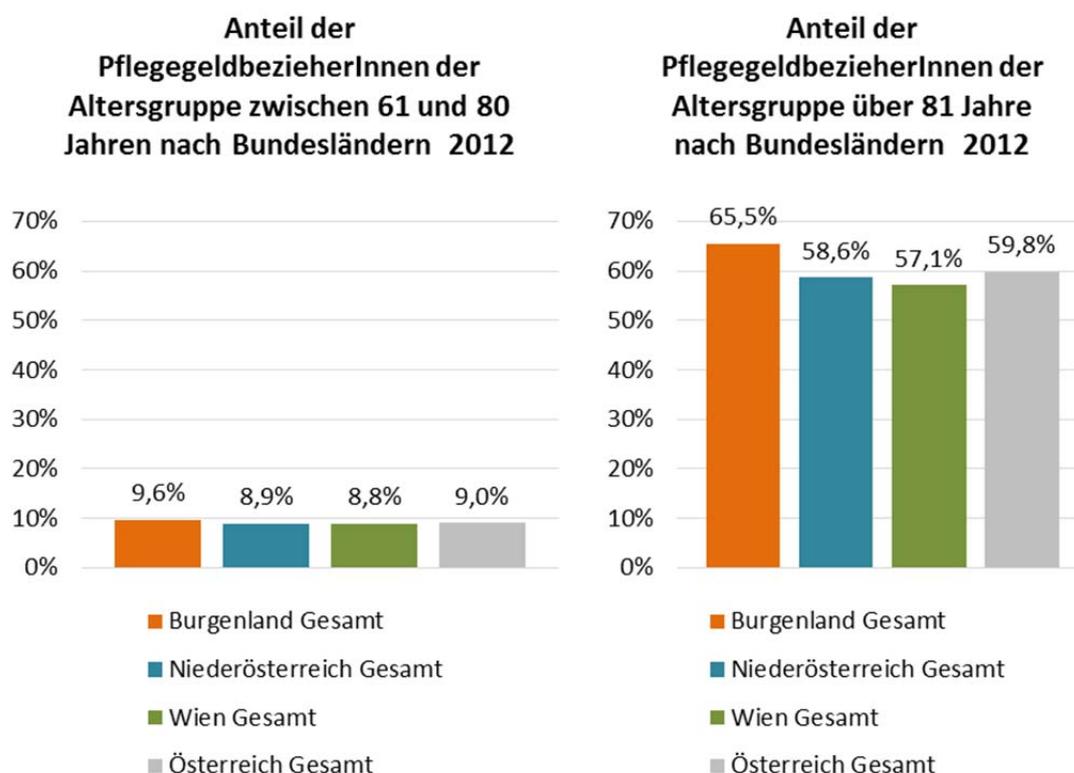


Quelle: Bevölkerungsdaten Jahresende 2012 (Statistik Austria, 2013), Daten zu PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012a S. 65), eigene Berechnung und Darstellung

Abgeleitet aus den vorherigen zwei Abbildungen zeigt sich in den nächsten Abbildungen der Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Altersgruppen 61-80 und 81+ gemessen an der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe. Dabei wird ersichtlich, dass rund 9% der Altersgruppe zwischen 61 und 80 Jahren und im Vergleich dazu rund 60% der über 81-Jährigen Pflegegeld beziehen. Anders formuliert bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit im Alter von über 81 Jahren pflegebedürftig zu sein über 50% liegt. In Zukunft ist damit zu rechnen, dass dieser Anteil annähernd gleich bleibt, nur in absoluten Zahlen durch die Zunahme der Bevölkerung dieser Altersgruppe deutlich steigen wird. Geht man davon aus, dass die gesunden Lebensjahre stärker ansteigen werden und sich dadurch das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit verschiebt, ist mit einer Erhöhung des Anteils der Bevölkerungsgruppe der 81+ Jährigen zu rechnen. Vergleicht man die Anteile der drei Bundesländer, zeigen sich die höchsten Werte im Bundesland Burgenland, wobei die größte Differenz von rund 8,4% auch in der höchsten Altersgruppe wieder zwischen Wien und dem Burgenland zu finden ist.

Abbildung 21: Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Altersgruppe zwischen 61 und 80 Jahren nach Bundesländern im Jahr 2012

Abbildung 22: Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Altersgruppe über 81 Jahre nach Bundesländern im Jahr 2012



Quelle: Bevölkerungsdaten Jahresende 2012 (Statistik Austria, 2013), Daten zu PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012a S. 65), eigene Berechnung und Darstellung

#### 4.2.2. Überblick über das Angebot von Pflege- und Betreuungsdiensten

In folgender Tabelle 12 sind die wesentlichen Kennzahlen der Pflege- und Betreuungsdienste der drei Bundesländer sowie deren Ausgaben und Einnahmen dargestellt. Die Datengrundlage bildet der Sozialbericht 2012 vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Die Daten sind nur ein Auszug; es sind dabei nur mobile, teilstationäre und stationäre Dienste herangezogen worden. Die anderen Dienste wie Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen und Case und Care Management sind in den drei ausgewählten Bundesländern nicht vergleichbar, da diese Angebote nicht überall existieren. Genauere Erläuterungen und Definitionen zu den Inhalten der Tabelle finden sich in deren Anschluss. Im Bereich der mobilen Dienste wurden im Burgenland 2012 4.455, in Niederösterreich 26.342 und in Wien 26.900 Personen betreut. Im Vergleich dazu wurden stationär jeweils 2.025, 12.789 und 13.580 Menschen gepflegt. Festzustellen ist, dass in allen drei Bundesländern ungefähr doppelt so viele Personen mobil wie stationär betreut wurden. Teilstationäre Dienste sind vor allem in Wien sehr stark ausgebaut, wobei anzumerken ist, dass die Daten für diesen Bereich in Niederösterreich zu hinterfragen sind, da in Niederösterreich rund viermal so viele Personen wie im Burgenland betreut wurden, jedoch der Personaleinsatz (VZÄ) derselbe war.

**Tabelle 12: Übersicht über ausgewählte Pflege- und Betreuungsleistungen von Burgenland, Niederösterreich und Wien im Jahr 2012**

Bundesland	Produkt	Wert (Jahressumme Leistungsstunden, Verrechnungstage bzw. Plätze)	Betreute Personen	Köpfe	VZÄ	Bruttoausgaben in €	Beiträge und Ersätze in €	Sonstige Einnahmen in €	Nettoausgaben in €
B	Mob. Dienste	275.001	4.455	416	245	6.616.492	107.524	1.278.104	5.230.864
B	Stat. Dienste	535.229	2.025	1.012	854	55.403.662	26.824.026	4.126.426	24.453.210
B	Teilstat. Dienste	8.021	130	22	15	293.775			293.775
N Ö	Mob. Dienste	3.347.935	26.342	4.034	2.732	73.246.870		29.279.730	43.967.140
N Ö	Stat. Dienste	3.055.993	12.789	5.712	4.664	332.784.921	173.317.990		159.466.931
N Ö	Teilstat. Dienste	35.085	560	22	15	880.695			880.695
W	Mob. Dienste	6.040.380	26.900	5.883	4.272	209.952.230	57.887.240	19.025.030	133.039.960
W	Stat. Dienste	3.509.320	13.580	11.169	9.692	713.441.000	233.209.720	31.015.370	449.215.910
W	Teilstat. Dienste	156.800	2.110	375	229	17.414.960	1.955.590		15.459.370

Quelle: Daten (BMASK, 2012b S. 79-95), eigene Darstellung

**Erklärungen zur Tabelle:**

 B...Burgenland  
 NÖ...Niederösterreich  
 W...Wien

 Mob. Dienste...Mobile Dienste  
 Stat. Dienste...Stationäre Dienste  
 Teilst. Dienste...Teilstationäre Dienste

VZÄ...Vollzeitäquivalente

Werteinheiten für

- Mobile Dienste: Leistungsstunden
- Stationäre Dienste: Verrechnungstage
- Teilstationäre Dienste: Besuchstage

**Definitionen zur Tabelle:**

**Pflege- und Betreuungsdienste:** Dazu zählen: Pflege- und Betreuungsdienste (soziale Dienste) der Länder und Gemeinden im Altenbereich (Langzeitpflege), die aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung (mit)finanziert werden.

Nicht dazu zählen: 1. Pflege- und Betreuungsdienste, die aus Sozialversicherungsmitteln finanziert werden, 2. Leistungen der Grundversorgung und 3. Leistungen der Behindertenhilfe außerhalb des Dienstleistungskataloges gemäß § 3 Abs. 1 PFG (z.B. Persönliche Assistenz, Beschäftigungstherapie, Unterstützung zur schulischen Integration oder der geschützten Arbeit, Mobilitätshilfen wie etwa Fahrtendienste).

**Mobile Dienste:** dazu zählen: Mobile Dienste gemäß § 3 Abs. 4 PFG sind Angebote 1. sozialer Betreuung, 2. der Pflege, 3. der Unterstützung bei der Haushaltsführung oder 4. der Hospiz- und Palliativbetreuung für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen zu Hause. Beispiele: medizinische und soziale Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Haushaltshilfe, mobile Hospiz.  
 nicht dazu zählen: Leistungsanteile der medizinischen Hauskrankenpflege und der Hospizbetreuung, die aus Mitteln der Sozialversicherung finanziert werden; Betreuungsleistungen in alternativen Wohnformen (werden unter diesem Titel erfasst).

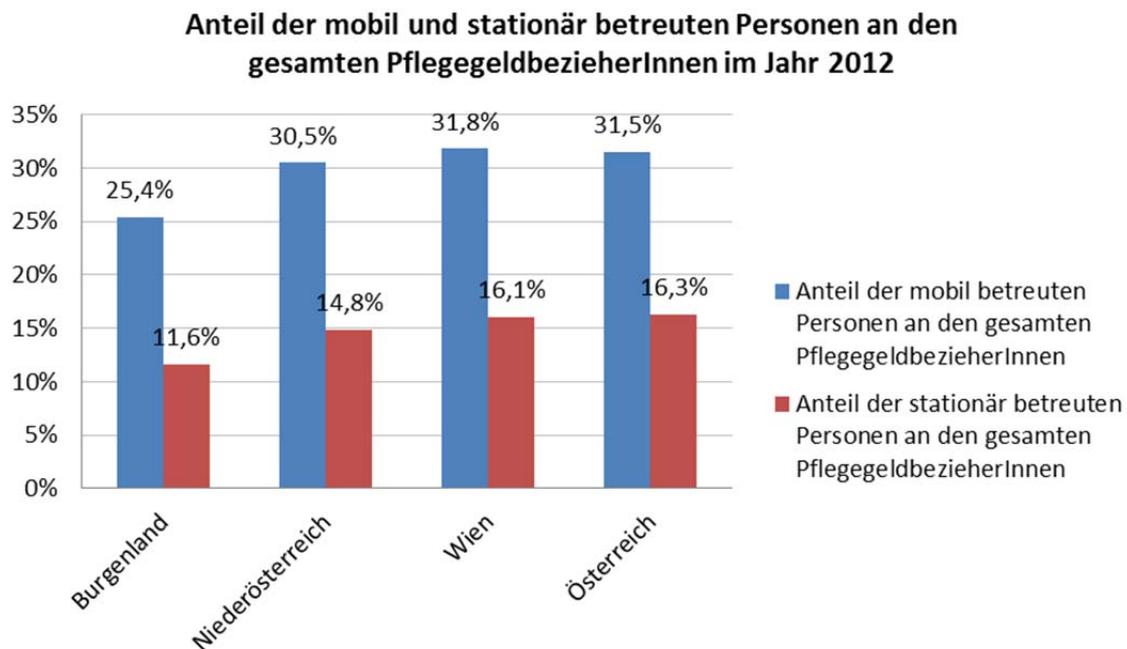
**Teilstationäre Dienste:** Dazu zählen: Teilstationäre Dienste gemäß § 3 Abs. 6 PFG sind Angebote einer ganz oder zumindest halbtägigen betreuten Tagesstruktur für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Die Betreuung wird in eigens dafür errichteten- Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen – z.B. Alten-, Wohn- und Pflegeheime, Tageszentren – jedenfalls tagsüber erbracht. Es werden Pflege und soziale Betreuung, Verpflegung, Aktivierungsangebote und zumindest ein Therapieangebot – z.B. auch Beschäftigungstherapie in der Tagesstruktur – bereitgestellt; darüber hinaus kann der dafür

	<p>notwendige Transport vom Wohnort zur Betreuungseinrichtung und zurück sichergestellt werden (§ 3 Abs. 7).</p> <p>Nicht dazu zählen: Seniorenclubs oder Seniorentreffs ohne Betreuungs- bzw. Pflegedienstleistungscharakter.</p>
Stationäre Dienste:	<p>Dazu zählen: Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste gemäß § 3 Abs. 5 PFG umfassen die Erbringung von Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) sowie Pflege- und Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierende Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen (einschließlich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz des Betreuungs- und Pflegepersonals.</p> <p>Nicht dazu zählen: Kurzzeitpflege; Übergangs- und Rehabilitationspflege; alternative Wohnformen.</p>
Leistungsstunden Jahressumme:	<p>Nicht dazu zählen: im Rahmen von mobilen Diensten erbrachte Beratungsleistungen.</p> <p>Dazu zählen: die Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Leistungsstunden im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht dazu zählen: Leistungsstunden, die nicht aus der Sozialhilfe/ Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
Besuchstage Jahressumme:	<p>Dazu zählen: die Anzahl der mit der Sozialhilfe/ Mindestsicherung verrechneten Besuchstage im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012, wobei Halbtage mit 50 vH zu berücksichtigen sind.</p> <p>Nicht dazu zählen: Besuchstage, die nicht aus der Sozialhilfe/ Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
Verrechnungstage Jahressumme:	<p>Dazu zählen: die Anzahl der mit der Sozialhilfe/Mindestsicherung verrechneten Bewohntage im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht dazu zählen: Bewohntage, die nicht aus der Sozialhilfe/ Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden (mit)finanziert wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
Plätze Stichtag 31.12.:	<p>Dazu zählen: die Anzahl der zum Stichtag 31.12.2012 ständig verfügbaren Plätze. Zu erfassen sind: Plätze, die am Stichtag tatsächlich verfügbar waren; war kein fixes Kontingent verfügbar, ist die Anzahl der im Berichtsjahr tatsächlich belegt gewesenen Plätze anzugeben.</p>
Betreute Personen Jahressumme:	<p>Dazu zählen: die Anzahl der betreuten/gepflegten - und von der Sozialhilfe/ Mindestsicherung unterstützten - Personen im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht dazu zählen: Betreute/gepflegte Personen, die nicht aus der Sozialhilfe/Mindestsicherung oder sonstigen Mitteln der Länder und Gemeinden bezuschusst wurden (SelbstzahlerInnen).</p>
Pflege- und Betreuungs- personen Köpfe:	<p>Dazu zählen: die Anzahl der zum Stichtag 31.12.2012 in der Pflege und Betreuung unselbständig beschäftigten Personen, freien Dienstnehmer/- innen und neuen Selbständigen.</p>
Vollzeitäquivalente:	<p>Nicht dazu zählen: Beschäftigte in der bloßen Administration bzw. in der Geschäftsführung.</p> <p>Anzahl der Köpfe in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zum Stichtag 31.12.2012. Bei der Berechnung der VZÄ ist von der bezahlten wöchentlichen Normalarbeitszeit der jeweiligen Beschäftigtenkategorie nach dem anzuwendenden Kollektivvertrag auszugehen. 1 ganzjährig im Ausmaß von 40 Wochenstunden vollzeitbeschäftigte Person entspricht 1 VZÄ. Teilzeitkräfte oder weniger als ein Jahr lang Beschäftigte werden aliquot berechnet. Beispiel: Eine 6 Monate lang in einem Ausmaß von 20 Wochenstunden beschäftigte Betreuungsperson entspricht <math>6/12 \times 20/40 = 0,25</math> VZÄ.</p>
Bruttoausgaben Jahressumme:	<p>Dazu zählt: die Summe der Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsausgaben für die jeweiligen Pflege- und Betreuungsdienste im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012. Die Bruttoausgaben umfassen auch die Umsatzsteuer und den allfälligen Ersatz einer Abschreibung für Herstellungs- und Instandhaltungsaufwendungen.</p> <p>Nicht dazu zählen: Investitionskosten, Rückstellungen/Rücklagen.</p>
Beiträge und Ersätze Jahressumme:	<p>Dazu zählt: die Summe der vom Bundesland oder von den Leistungserbringern vereinnahmten Beiträge und Ersätze der betreuten Personen, der Angehörigen sowie der Drittverpflichteten (z.B. Erben, Geschenknehmer/-innen) im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht dazu zählen: Kostenbeiträge und -ersätze von sonstigen Drittverpflichteten.</p>
Sonstige Einnahmen Jahressumme:	<p>Dazu zählen: die Summe allfälliger sonstiger Einnahmen (z.B. Mittel des Landesgesundheitsfonds, Umsatzsteuererfundierung, außerordentliche Erträge) im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012.</p> <p>Nicht dazu zählen: Einnahmen aus Kostenbeiträgen und -ersätzen (Regressen) der betreuten/gepflegten Personen und ihrer Angehörigen bzw. der Drittverpflichteten.</p>
Nettoausgaben Jahressumme:	<p>Summe der Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsausgaben im Berichtszeitraum 1.1.2012 - 31.12.2012, die nicht durch Beiträge und Ersätze sowie sonstige Einnahmen gedeckt sind.</p>

Quelle: (BMASK, 2012a S. 96-100)

Um einen Überblick über die Versorgungsgrade bzw. –formen in den drei Bundesländern zu bekommen ist auf Basis der bisher gezeigten Daten der Anteil der betreuten Personen an den gesamten PflegegeldbezieherInnen des jeweiligen Bundeslandes berechnet worden. In Abbildung 23 wird ersichtlich, dass das Burgenland einen um 6% unter dem Durchschnitt liegenden Anteil an mobil betreuten Personen hat und die Bundesländer Niederösterreich und Wien mit rund 31% dem Durchschnitt entsprechen. Der Anteil der stationär betreuten Personen liegt österreichweit bei rund 16%, die drei Bundesländer weisen alle einen geringeren Anteil auf, wobei das Burgenland auch hier den geringsten Wert hat.

**Abbildung 23: Anteil der mobil und stationär betreuten Personen an den gesamten PflegegeldbezieherInnen im Jahr 2012**

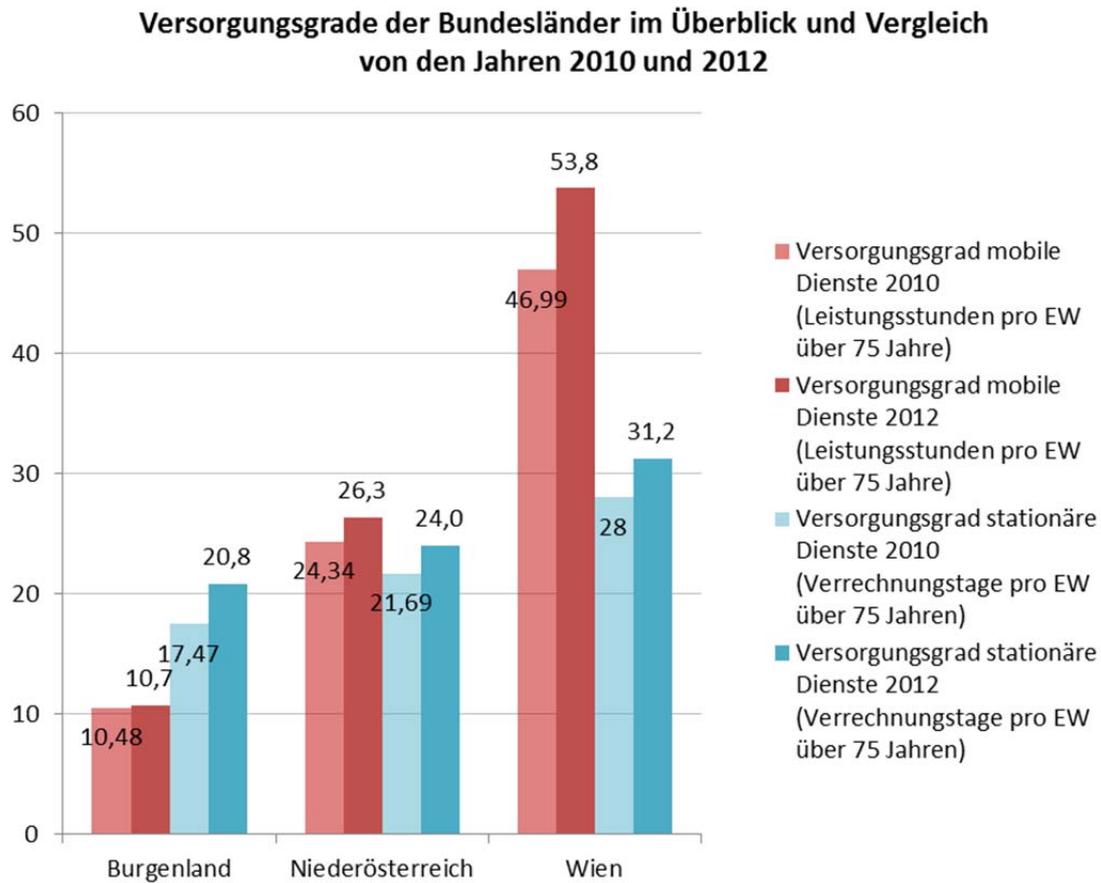


**Quelle:** Daten zu PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012a S. 65, 79-95), eigene Berechnung und Darstellung

Basis für die Beschreibung des Ist-Standes der Versorgung bzw. des Angebotes an Kernleistungen in den Bundesländern bilden die Daten des Sozialberichts 2012 und des Bevölkerungsstandes Ende 2012 der Statistik Austria. Der Versorgungsgrad beschreibt den Anteil der betreuten Personen im Alter von 75 und mehr Jahren pro Bundesland und errechnet sich durch die Leistungsstunden bei mobilen Diensten bzw. durch die Verrechnungstage bei stationären Diensten. Beim Vergleich der Versorgungsgrade aus den Jahren 2010 und 2012 fällt auf, dass sich sowohl die Länder als auch die Bereiche allgemein sehr unterschiedlich entwickelt haben. Grundsätzlich nimmt seit Einführung des Pflegegeldes die Versorgungsdichte mit mobilen Diensten österreichweit zu, allerdings vergrößert sich der Unterschied in der Versorgungsdichte zwischen den Ländern weiter. In allen Bereichen verbesserte sich der Versorgungsgrad deutlich, außer bei den mobilen Diensten im Burgenland. Die größte Verbesserung erreichte Wien mit einer Erhöhung um rund sieben Leistungsstunden pro EinwohnerIn über 75 Jahre im Vergleich zum Jahr 2010. Wien hat somit einen Versorgungsgrad, der rund dem fünffachen des Burgenlands entspricht. Bei den Versorgungsgraden im stationären Bereich sind die Unterschiede nicht so groß. Hier

verbesserten sich alle drei Bundesländer um rund drei Verrechnungstage pro EinwohnerIn über 75.

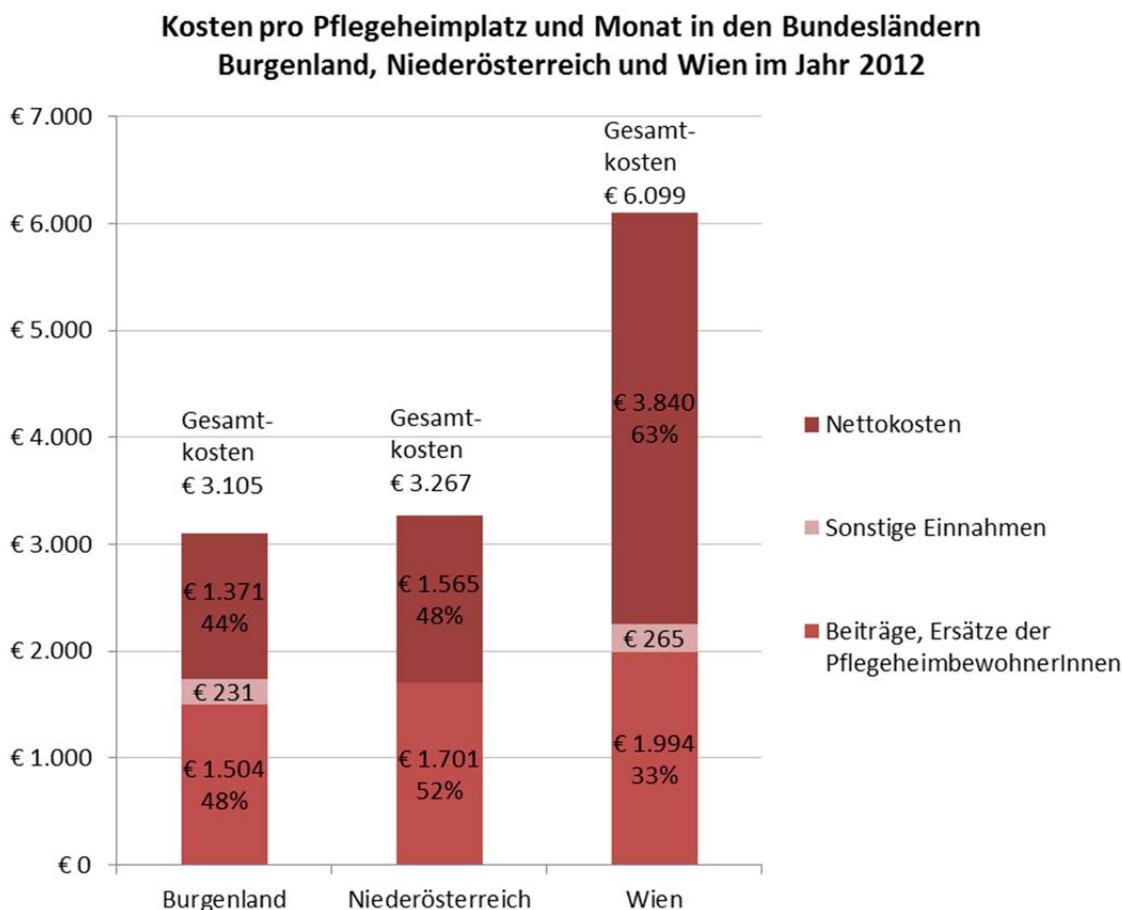
Abbildung 24: Versorgungsgrade der Bundesländer im Überblick und Vergleich von den Jahren 2010 und 2012



Quelle: Daten zu PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012a S. 65, 79-95), Daten für das Jahr 2010 (GÖG, et al., 2012 S. 4), Daten zu Bevölkerung 2012 (Statistik Austria, 2013), eigene Berechnung und Darstellung

Die größten Differenzen zwischen den drei Bundesländern zeigen sich bei den Kosten im stationären Bereich. Abgeleitet aus Tabelle 12, die die Pflege- und Betreuungsdienste thematisiert, wurden die monatlichen Kosten pro Pflegeheimplatz errechnet. Dieser Wert berechnet sich aus der Division der jeweiligen Nettokosten, sowie der Beiträge, Ersätze und Einnahmen durch die Verrechnungstage \* 30 (30 Tage pro Monat). Die Nettokosten entsprechen den durchschnittlichen Kosten, die von der öffentlichen Hand getragen werden müssen, weil die Mittel der betroffenen pflegebedürftigen Personen nicht für die Gesamtkosten (Bruttokosten) des Pflegeheimplatzes aufkommen können. In den Bundesländern Burgenland und Niederösterreich liegen die durchschnittlichen monatlichen Kosten, die bei dem/der BewohnerIn für einen Pflegeplatz anfallen, bei rund 1.500 € bzw. 1.700 € und einem Anteil von 48-52% an den Gesamtkosten. In Wien sind die Gesamtkosten für einen Pflegeplatz fast doppelt so hoch wie in den beiden anderen Bundesländern; die für die BewohnerInnen anfallenden Kosten sind ebenfalls deutlich mehr und betragen rund 2.000 €, was jedoch nur 33% der Gesamtkosten deckt.

Abbildung 25: Kosten pro Pflegeheimplatz und Monat in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien im Jahr 2012

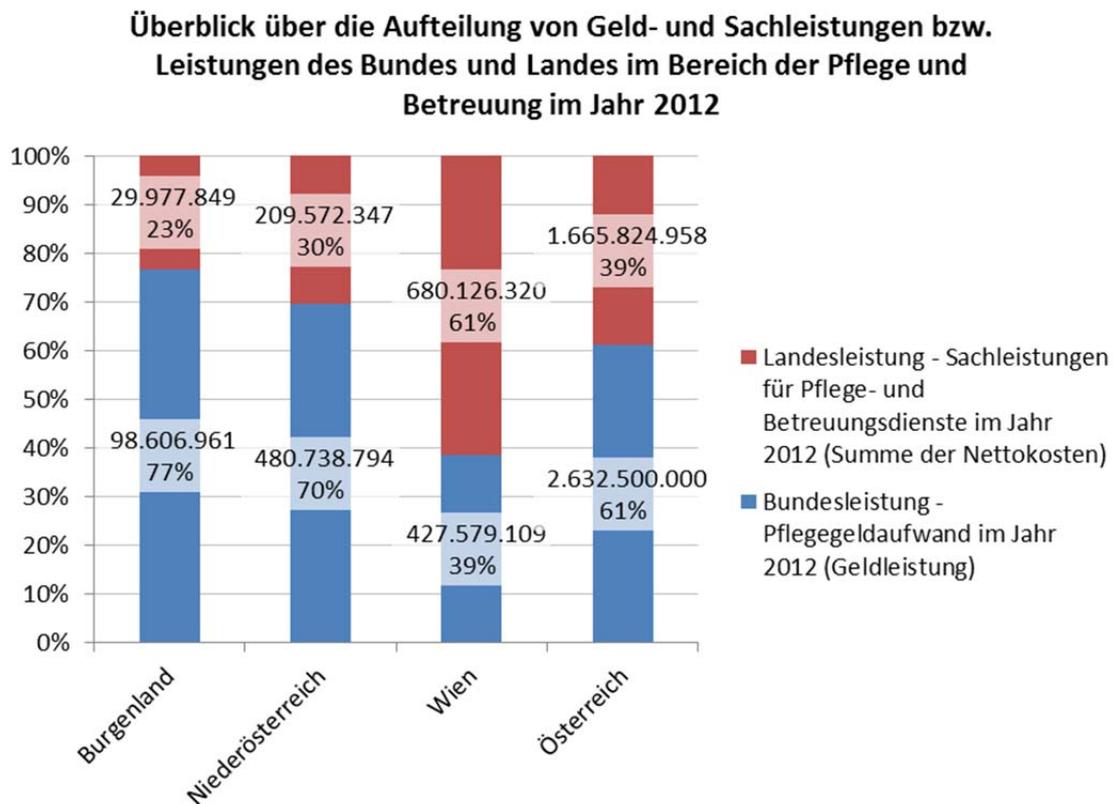


Quelle: Daten zu Kosten (BMASK, 2012a S. 79-95), eigene Berechnung und Darstellung

Die bisherigen Analysen betrachten Bundes- und Landesleistungen getrennt voneinander. So wurde eingangs in diesem Kapitel auf die Pflegegeldstatistik und damit die Geldleistungen des Bundes und anschließend auf das Pflege- und Betreuungsangebot der einzelnen Bundesländer, also die Sachleistungen auf Landesebene eingegangen. Nun sollen die Aufwände und die Art der Leistungen gegenüber gestellt werden, um die Kosten des gesamten Pflegesystems zu erfassen. In Abbildung 26 sind in blau die jeweiligen Jahresaufwände für Pflegegelder pro Bundesland und in rot die Sachleistungen des Landes, welche die Summe der Nettokosten der Jahresaufwände für die Bereiche stationär, mobil, teilstationär, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen und Case- und Caremanagement beinhalten, dargestellt. Dabei zeigt sich, dass österreichweit ein Verhältnis von rund 61% Bundes-/ Geldleistungen zu 39% Landes-/ Sachleistungen herrscht. In Wien ist das Verhältnis genau umgekehrt, wodurch Wien im Vergleich mit anderen Bundesländern eindeutig ein Sonderfall ist. Burgenland und Niederösterreich haben beide einen höheren Anteil an Geldleistungen gemessen an den Gesamtaufwänden für Pflege, wobei das Burgenland den höchsten Anteil an Geldleistungen vom Bund bezieht. Das Verhältnis von Geld- und Sachleistungen spiegelt auch das Versorgungsniveau der Bundesländer wieder. Wien mit dem höchsten Versorgungsgrad an mobilen und stationären Diensten hat auch bei den Aufwänden den höchsten Anteil an Sachleistungen. Die Kosten für das Pflegesystem in ganz Österreich (Bundespflegegeld und

Sachleistungen der Länder) betragen im Jahr 2012 rund 4,298 Mrd. € und entsprechen damit knapp 1,4% des BIP (2012: 307 Mrd. €).

Abbildung 26: Überblick über die Aufteilung von Geld- und Sachleistungen bzw. Leistungen des Bundes und Landes im Bereich der Pflege und Betreuung im Jahr 2012



Quelle: Daten zu Aufwänden (BMASK, 2012a S. 65, 79-95), eigene Berechnung und Darstellung

#### 4.2.3. Kostenprognose für Pflege- und Betreuungsdienste

Die bisherigen Analysen in diesem Kapitel beschreiben das derzeit bestehende Pflege- und Betreuungssystem. Steigt der Bedarf jedoch, wie in Kapitel 2 beschrieben wird, muss sich auch das System anpassen. Welche Auswirkungen dies auf die Kosten hat, ist in einer Studie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Jahr 2012 untersucht worden. Als Basisjahr der Studie wurde das Jahr 2010 herangezogen und darauf aufbauend unterschiedliche Zukunftsszenarien entwickelt. Die wesentliche Einflussgröße für die Kostenentwicklung im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienste ist die Relation der Leistungsstunden bzw. Verrechnungstage zur prognostizierten Bevölkerung über 75 Jahren. Die Relation wird in den einzelnen Bundesländern anhand der bestehenden Strukturen fortgeschrieben; eine wesentliche Änderung kann nur durch eine Anpassung des Systems bzw. einer Verlagerung von bspw. stationären Pflege- und Betreuungsdiensten zu mobilen Leistungsanbietern erfolgen. Die Kostenprognose bis zum Jahr 2025 wurde an jedes Bundesland zum Abgleich übermittelt. Die Rückmeldungen wurden in die Hochrechnung eingearbeitet, wobei zu bedenken ist, dass eine langfristige Prognose bis zum Jahr 2025 nur bedingt aussagekräftig und somit lediglich als Orientierungshilfe zu betrachten sei. (GÖG, et al., 2012 S. 9)

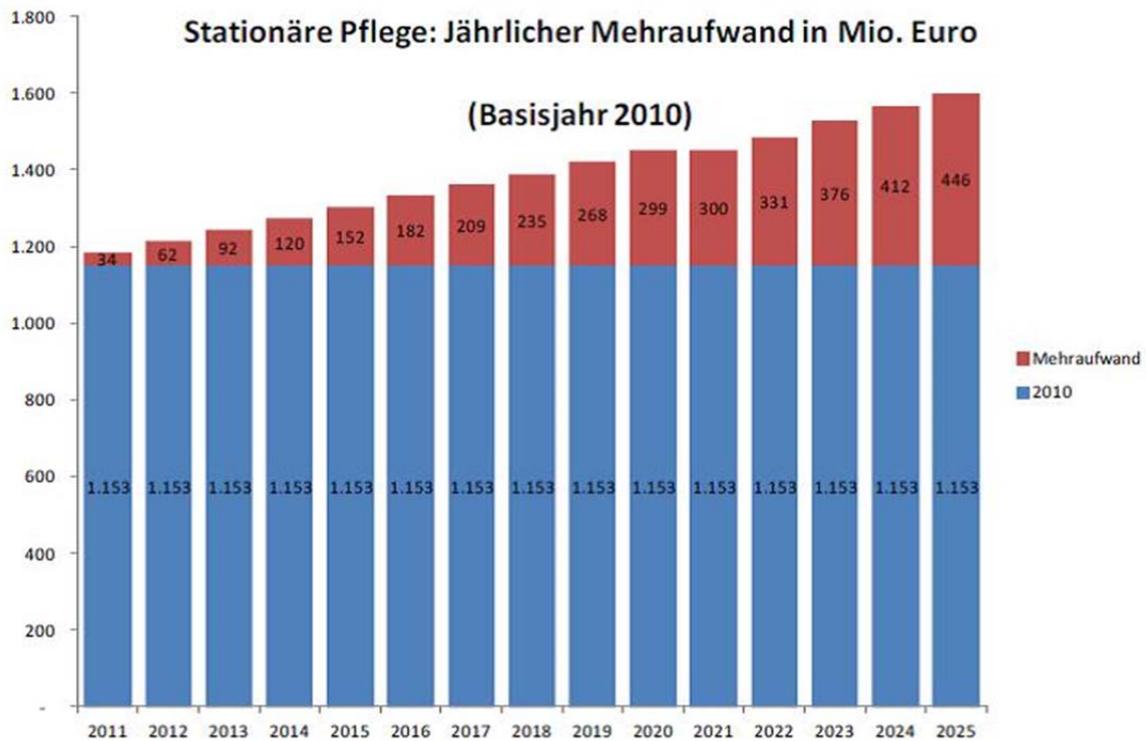
Tabelle 13 zeigt das Ausgangsszenario für die Entwicklung des Nettoaufwandes für Pflegeleistungen, wobei es hierbei vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2025 zu einem Anstieg von 1,613 Mrd. € auf 2,412 Mrd. € kommt. Davon wird im Bereich der stationären Dienste ein Anstieg von 446 Mio. € und in den anderen Bereichen von 384,4 Mio. € prognostiziert. Im stationären Bereich liegen die berechneten Nettoaufwände im Jahr 2025 bei rund 1,6 Mrd. €. Der österreichweite Versorgungsgrad gemessen an den Einwohnern im Alter von 75 und mehr Jahren steigt somit nur leicht von 26,7 auf 27,3 Verrechnungstage pro Einwohner dieser Altersgruppe an.

Tabelle 13: Entwicklung des Nettoaufwandes in den einzelnen Bereichen der Pflege, GÖG

Jahr	Mobile Dienste		Stationäre Dienste		Teilstationäre Dienste		Kurzzeitpflege		Alternative Wohnformen		Case- und Care Management		Gesamt	
	Mio. €	% p.a.	Mio. €	% p.a.	Mio. €	% p.a.	Mio. €	% p.a.	Mio. €	% p.a.	Mio. €	% p.a.	Mio. €	% p.a.
2010	346		1.153		20		5		81		7		1.613	
2011	360	3,9	1.165	1,0	20	0,2	5	1,3	80	-1,3	9	16,9	1.639	1,6
2012	372	3,2	1.176	1,0	21	6,1	5	4,0	79	-0,7	10	16,8	1.664	1,5
2013	383	3,1	1.193	1,4	22	2,9	6	6,7	79	-0,3	10	2,8	1.693	1,7
2014	404	5,4	1.215	1,9	24	6,5	6	8,7	81	3,1	11	3,0	1.740	2,8
2015	434	7,5	1.262	3,9	25	6,4	7	9,9	86	6,0	11	5,6	1.825	4,9
2016	464	7,0	1.310	3,8	27	5,8	7	8,8	91	5,5	12	5,1	1.911	4,7
2017	488	5,1	1.337	2,1	29	8,0	8	7,1	94	4,0	12	4,2	1.969	3,0
2018	508	4,0	1.372	2,6	30	4,3	8	4,7	98	3,3	13	5,4	2.029	3,1
2019	528	4,0	1.400	2,0	31	4,3	9	4,5	101	3,4	14	5,2	2.083	2,6
2020	543	2,8	1.429	2,1	35	13,9	11	29,1	103	2,1	14	5,4	2.137	2,6
2021	555	2,3	1.452	1,6	36	0,9	12	2,6	104	1,2	15	1,5	2.173	1,7
2022	571	2,9	1.484	2,3	37	2,2	12	3,8	107	2,4	15	2,5	2.226	2,4
2023	593	3,7	1.529	3,0	38	2,9	13	4,3	110	3,2	15	3,1	2.297	3,2
2024	611	3,1	1.565	2,4	38	2,3	13	5,2	113	2,4	16	2,7	2.356	2,6
2025	629	2,9	1.599	2,2	39	1,9	14	8,7	115	1,8	16	2,5	2.412	2,4

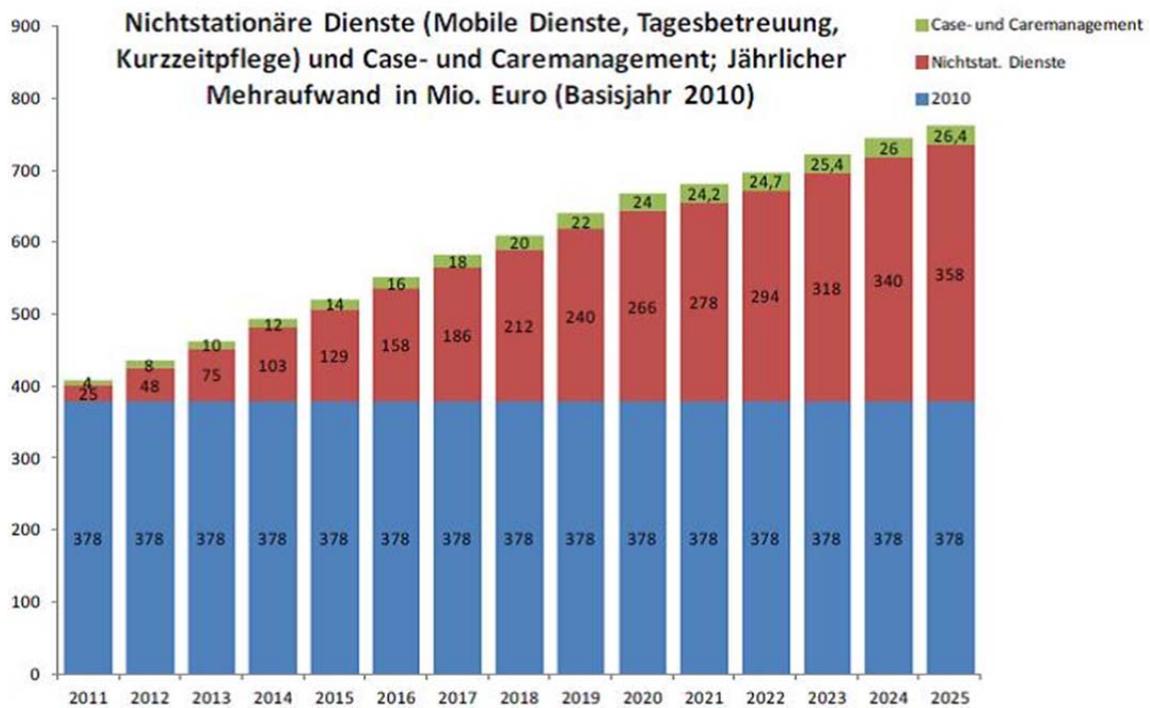
Quelle: Tabelle (GÖG, et al., 2012 S. 19), Datengrundlage Angaben der Länder, Bevölkerungsstatistik, GÖG-eigene Berechnungen

Abbildung 27: Kostenprognose im Bereich der Stationären Pflege, GÖG



Quelle: Abbildung von (GÖG, et al., 2012 S. 15), Datengrundlage Pflegevorsorgebericht 2010, Bevölkerungsstatistik, GÖG-eigene Berechnungen

Abbildung 28: Kostenprognose im Bereich der nicht-stationären Dienste, GÖG



Quelle: Abbildung von (GÖG, et al., 2012 S. 16), Datengrundlage Pflegevorsorgebericht 2010, Bevölkerungsstatistik, GÖG-eigene Berechnungen

Im Bereich der mobilen Dienste liegen die tatsächlichen Nettoaufwände im Jahr 2010 bei rund 346 Mio. €. Im Jahr 2020 werden aufgrund der Prognose diese Kosten auf rund 543 Mio. € ansteigen, bis zum Jahr 2025 wird ein Anstieg auf rund 630 Mio. € erwartet.

Neben dieser rein quantitativen Betrachtung der demografischen Entwicklung ist in der Studie der Gesundheit Österreich GmbH auch eine weiterführende Analyse des künftigen Bedarfs an pflegerischen Leistungen durchgeführt worden. Dabei wurden auf Basis von unterschiedlichen Annahmen drei Szenarien entwickelt. Die Grundlage für die Berechnung der Kostenprognose war die „plausible Variante“, der Mittelweg der drei Szenarien. Die wichtigste Annahme betrifft die Veränderung der Lebenserwartung und der gesunden Lebensjahre. Dabei stellt sich wie bereits in Kapitel 2 erwähnt die Frage, ob die Gruppe der über 75-Jährigen künftig ihre gewonnenen Lebensjahre durch die Steigung der Lebenserwartung in guter Gesundheit und ohne pflegerischen Bedarf verbringen kann oder ob sich der Anteil der Pflegebedürftigen an dieser Gruppe erhöht, wenn keine Steigerung der gesunden Lebensjahre erreicht werden kann. (GÖG, et al., 2012) In Abbildung 29 werden Szenarien und die wesentlichen Annahmen über die Veränderung der gesunden Lebenserwartung vor dem Hintergrund einer steigenden individuellen Lebenserwartung dargestellt. Bezogen auf die Demographie ist das ungünstigste Szenario, wenn es durch steigende Lebenserwartung zu einer Verlängerung der Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit kommt. Das plausible Szenario ist, wenn es zu einer Verlängerung der gesunden Lebensjahre bei gleichbleibender Pflegebedürftigkeit kommt und das günstigste, wenn es zu einer Verkürzung der pflegebedürftigen Lebensjahre kommt. (GÖG, et al., 2012 S. 21) Der steigende Anteil erwerbstätiger Frauen verstärkt den Rückgang der informellen Pflege und erhöht somit die Nachfrage auf formelle Pflege. Die Effizienzpotenziale beziehen sich auf die Leistungsverlagerung von teuren stationären Angeboten hin zu mehr mobilen bzw. teilstationären Leistungsangeboten. Die ökonomische Steuerung könnte durch eine Erhöhung des Selbstbehalts bzw. der Kostenbeteiligung durch die betroffenen Personen erreicht werden. Die Szenarien beruhen auf Annahmen, die zuvor schon in Kapitel 2 näher erläutert werden.

Abbildung 29: Szenarien über zukünftigen Pflegebedarf, GÖG

	<i>Demografie</i>	<i>Nachfrage nach formeller Pflege</i>	<i>Effizienzpotenziale</i>
<b>Günstiges Szenario</b>	Kompression der Morbidität	Kein Effekt	Leistungsverlagerungen, ökonomische Steuerung
<b>Ungünstiges Szenario</b>	Expansion der Morbidität	Steigende Frauenerwerbsquoten	Kein Effekt
<b>Plausibles Szenario</b>	Kompression der Morbidität	Steigende Frauenerwerbsquoten	Leistungsverlagerungen (ab 2017)

Quelle: Tabelle (GÖG, et al., 2012 S. 38)

### 4.3. Ein internationaler Vergleich der Sozial- und Pflegesysteme

Vor dem Hintergrund, dass wie in Kapitel 2 beschrieben, alle Staaten der Europäischen Union vor den Herausforderungen des demographischen Wandels stehen, sollen in diesem Kapitel die verschiedenen Konzepte bzw. Systeme der Staaten miteinander verglichen werden. Als Grundlage für den internationalen Vergleich dienen Publikationen von August Österle, Universitätsprofessor am Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien und stellvertretender Leiter des Forschungsinstituts für Altersökonomie und des Forschungsinstituts für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie. Als zweite Referenz dienen Publikationen und Literatur von Klaus Preisner, ehemals Haberkern, stellvertretender Präsident des Vereins Akademischer Mittelbau der Universität Zürich, der seine Dissertation dem Thema Pflege in Europa widmete.

Für den Vergleich sind Staaten der EU ausgewählt worden, die sich bei der Art und der Ausprägung der staatlichen Rahmenbedingungen stark unterscheiden. So kann man grundsätzlich zwischen drei Ländergruppen nach ihren Staatsformen unterscheiden: den „sozialdemokratischen Staaten“, wozu vor allem skandinavische Länder zählen, welche sich durch ausgeprägte staatliche Unterstützung und ein großes Leistungsangebot auszeichnen; den „konservativ-korporatistischen Regime“, worunter Österreich, Belgien, Deutschland und Frankreich fallen und in denen Leistungsansprüche vor allem auf Basis von Versicherungssystemen bzw. nach dem Subsidiaritätsprinzip bestehen; sowie den „liberalen Wohlfahrtsstaaten“, wie Großbritannien, in denen nur geringfügige Leistungen bedarfsorientiert zur Verfügung stehen. (Esping-Andersen, 1990) Darüber hinaus weisen südeuropäische Länder, wie Spanien, Italien und Griechenland noch eine Besonderheit auf, denn dort bestehen gesetzliche Verpflichtung für Angehörige gegenüber ihren verwandten pflegebedürftigen Personen und nur ein sehr geringes Ausmaß an formeller Pflege.

Abgesehen von der Gliederung der Pflegesysteme nach Staatsformen kann man noch eine grundsätzliche Einteilung in zwei Pflegedimensionen treffen. Dabei gilt es zu unterscheiden, ob und in welchem Ausmaß Angehörige verpflichtet sind ihre pflegebedürftigen Verwandten zu unterstützen. Dies kann sowohl durch pflegerische und betreuungstechnische Leistungen als auch durch finanzielle Beteiligung an den anfallenden Pflegekosten geschehen. In den sozialdemokratischen Staaten in Skandinavien gibt es so eine Verpflichtung de facto nicht. Dort erhalten pflege- und betreuungsbedürftige Personen öffentlich zur Verfügung gestellte Leistungen unabhängig ob Angehörige diese übernehmen oder die Kosten tragen könnten. Im Gegensatz dazu sind in den südeuropäischen Ländern engere Familienmitglieder dazu verpflichtet sich an den anfallenden Pflegekosten zu beteiligen, wenn die finanziellen Mittel der betroffenen Person dafür nicht ausreichen. Der Staat springt erst unterstützend ein, wenn die Pflegebedürftigen und deren Angehörige die Leistungen nicht finanzieren können. (Gori, 2000 S. 263f.) Weigern sich Angehörige ihrer Verpflichtung nachzugehen, kann der Staat eine Beteiligung an den Pflegekosten einklagen bzw. Anspruch auf das Erbe im Todesfall beanspruchen. (Millar, et al., 1996) Der zweite Indikator für die Einteilung ist die Art und das Ausmaß der zur Verfügung gestellten Pflegeleistungen durch den Staat. So können diese Leistungen in mobiler, teilstationärer und stationärer Form bzw. als Unterstützung für pflegende Angehörige angeboten werden. Zudem können aber auch finanzielle Leistungen für pflegebedürftige Personen als unterstützende Form ausbezahlt werden, wodurch den LeistungsbezieherInnen selbst die Verwendung der Mittel obliegt. Solche Leistungen werden in

Österreich über das Pflegegeld aber auch in den Niederlanden und Deutschland in einer ähnlichen Form ausbezahlt. Der hohe finanzielle Aufwand im Bereich der Pflege hat in diesen Ländern aber gezeigt, dass dies kein hohes Maß an formellen Pflegeleistungen bedeutet, sondern die finanzielle Unterstützung in den meisten Fällen dazu beiträgt die Leistungen der Angehörigen zu honorieren. (Haberkern, et al., 2008 S. 83) Demnach führen diese Rahmenbedingungen dazu, dass mobile Pflege- und Betreuungsleistungen in Ländern wie Dänemark, Schweden aber auch der Schweiz flächendeckend und sehr dicht angeboten werden. In anderen Ländern wie Belgien, Frankreich und den Niederlanden liegt die Versorgungsdichte bzw. der Versorgungsgrad etwas unter dem der skandinavischen Länder und in Österreich und in Deutschland nimmt der Anteil jährlich zu und bewegt sich somit im Mittelfeld. Ein ganz geringes Angebot und eine dementsprechende niedrige Nachfrage haben die südlichen Länder, wie Griechenland, Spanien und Italien. In Tabelle 14 ist die Gliederung der Staaten nach den zwei beschriebenen Ebenen dargestellt. Anzumerken ist dabei, dass die gesetzliche Verpflichtung der Angehörigen in Belgien, Deutschland, Frankreich und Österreich nicht auf die Pflegeleistung an sich besteht, sondern dass damit eine finanzielle Beteiligung an den anfallenden Kosten im Bedarfsfall gemeint ist. In einigen Bundesländern Österreichs waren bis zum Jahr 2014 Kinder und EhepartnerInnen im Bedarfsfall dazu verpflichtet einen Kostenbeitrag für die erforderlichen Pflegeleistungen zu erbringen. Aufgrund der institutionellen und kulturellen Prägung und dem damit verbundenen hohen Anteil an familiärer Pflege durch Angehörige kann auch in diesen Ländern von einem familienbasierten Pflegesystem gesprochen werden. (Haberkern, 2009 S. 34)

**Tabelle 14: Gliederung der Pflegesysteme verschiedener Staaten nach Niveau formellen Pflegeleistungen und der gesetzlichen Verpflichtung der Angehörigen im Bedarfsfall**

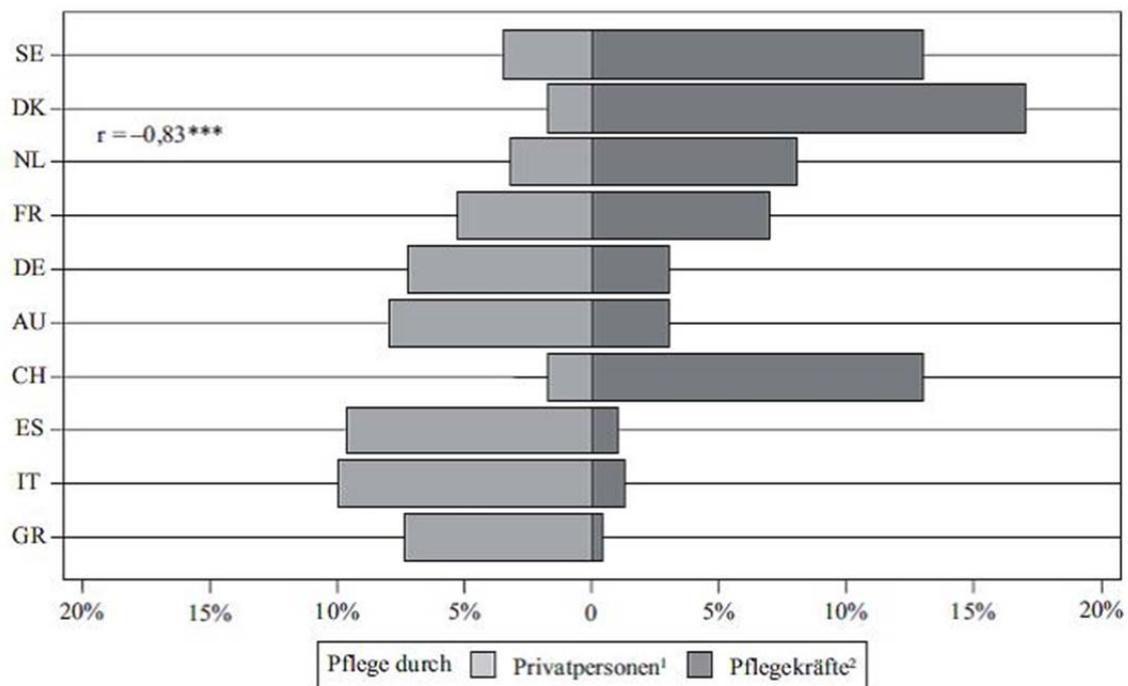
Familiäre / Staatliche Verantwortung für Pflege von Familienangehörigen	Niveau professioneller Pflegeleistungen		
	niedrig	mittel	hoch
Gesetzliche Verpflichtung der Angehörigen	Spanien, Italien, Portugal		
Gesetzliche Verpflichtung den Kindern gegenüber ihren Eltern im Bedarfsfall		Belgien, Deutschland, Frankreich, Österreich (bis 2014)	
Keine klare staatliche Verantwortung		Irland, Großbritannien	
Staatlich dominierte Verantwortung			Dänemark, Schweden, Niederlande, Schweiz

Quelle: (Haberkern, 2009 S. 34), (Österle, 2001 S. 101), (Millar, et al., 1996), eigene Adaptierung und Darstellung

Vertiefend dazu ist in Abbildung 30 ein Vergleich der häuslichen Pflege in den verschiedenen Ländern dargestellt. Abhängig von wem die häusliche Pflege übernommen wird, also einem/einer Angehörigen oder einer professionellen Pflege- und Betreuungskraft, lässt sich auf den Anteil der informellen Pflege und der Ausrichtung des Pflegesystems schließen. So

wird deutlich, dass die Staaten mit einem flächendeckenden System an mobilen Diensten auch den höchsten Anteil an formeller häuslicher Pflege haben. Dazu zählen aufgelistet nach absteigender Intensität Dänemark, Schweden, Schweiz und die Niederlande an oberster Stelle, Österreich und Deutschland mit einem sehr ähnlichen Verhältnis im Mittelfeld und Spanien, Italien und Griechenland mit dem geringsten Anteil an häuslicher Pflege durch professionelle Pflegekräfte.

Abbildung 30: Pflegesysteme in Europe - ein Vergleich der Häuslichen Pflege



Quelle: Abbildung (Haberker, et al., 2008 S. 90), Daten (Pinnelli, 2001), (Daatland, 2001), Basis: Personen ab 65 Jahren. Berechnungen Haberkern et al, gewichtet, n = 12 406

Aufbauend auf dieser grundsätzlichen Einteilung der Pflegesysteme verschiedener Staaten wird nun näher auf vier ausgewählte Länder eingegangen. Die Auswahl umfasst das gesamte Spektrum der verschiedenen Ausprägungen von Pflegesystemen und bezieht sich auf Dänemark, Deutschland, die Schweiz und Italien. Wichtig ist bei dem Vergleich der Systeme nicht nur einen Blick auf bestehende Strukturen sondern auch auf sozio-ökonomische, kulturelle und familiäre Rahmenbedingungen und deren historische Entwicklung zu werfen, denn dadurch lässt sich das bestehende Versorgungsnetz und –system besser verstehen und erklären.

#### 4.3.1. Dänemark

Dänemark ist ein sozialdemokratischer Wohlfahrtsstaat, was sich im Bereich der Pflege dadurch ausdrückt, dass der Staat die alleinige Verantwortung in diesem Bereich hat und ein umfangreiches Angebot an Serviceleistungen anbietet. So haben ältere Personen im Bedarfsfall Anspruch auf pflegerische Leistungen. Der Selbstbehalt für mobile soziale Dienste ist sehr gering und die Wahl des Angebots obliegt der betroffenen Person. So kommt es, dass die Nachfrage nach diesen Diensten in Dänemark dementsprechend hoch ist und der Anteil der stationär betreuten Personen weit über dem europäischen Durchschnitt liegt. Dennoch

konzentriert man sich dort auf den Ausbau des Angebots eines flächendeckenden mobilen Betreuungssystems, welches von der betroffenen Bevölkerungsgruppe auch sehr gut nachgefragt wird. Trotz der hohen Kosten, die dem Staat für die Bereitstellung dieser Dienste anfallen, sind Angehörige der Betroffenen nicht verpflichtet ihre Eltern zu pflegen oder für die Kosten aufzukommen. In der Gesellschaft des Landes ist es als selbstverständlich erachtet, formelle Pflegeleistungen im Alter in Anspruch zu nehmen. Angehörige schätzen die Professionalität der Pflegekräfte und konzentrieren sich auf die emotionale und soziale Unterstützung. (Haberker, 2009 S. 60f.)

Die Gründe für den stark staatlich dominierten Pflegebereich liegen in der historischen Entwicklung. Die Kirche hat in südeuropäischen Ländern einen stärkeren Einfluss auf die Politik. Verpflichtung zwischen Familienangehörigen und das Prinzip der Subsidiarität sind in diesen Ländern prägend. In den nördlichen Staaten wurden gewisse Aufgaben bereits im 19. Jahrhundert dem Staat übertragen. So lag die Bekämpfung von Armut eindeutig in der Verantwortung des Staates und bei Kirche oder anderen sozialen Gemeinschaften. (Haberker, 2009 S. 62) So setzte sich in diesem Land das Prinzip der Universalität vor dem Subsidiaritätsprinzip durch und alle sozialen Leistungen wurden aus allgemeinen Steuermitteln finanziert. Schon 1920 galten für alle Staatsbürger die vollen sozialen Rechte und somit der Anspruch auf staatliche Unterstützung im Bereich der Pflege im Bedarfsfall. Des Weiteren kam es auch schon sehr früh zur politischen Gleichstellung von Frauen und Männern, was zur Folge hatte, dass es bis heute eine sehr hohe Erwerbsquote bei Frauen gibt und die familiäre Verantwortung gleich aufgeteilt ist. Zusammenfassend ist zu dem dänischen System zu sagen, dass der Staat die volle Verantwortung im Bereich der Pflege älterer Menschen trägt und die betroffenen Personen zwischen den Angeboten frei wählen können. Dadurch sind Autonomie und Selbstbestimmung im Alter gewährleistet und die Abhängigkeit von Angehörigen spielt eine untergeordnete Rolle. (Haberker, 2009 S. 63)

#### *4.3.2. Deutschland*

Das Pflegesystem in Deutschland baut auf dem Sozialversicherungssystem auf, welches sich durch das Versicherungsprinzip und das Subsidiaritätsprinzip auszeichnet. Ähnlich wie in Österreich stellt das Versicherungsprinzip die Grundlage der Absicherung von allgemeinen Lebensrisiken dar. Ansprüche auf Versicherungsleistungen sind grundsätzlich an die Ausübung einer Erwerbsarbeit gebunden. Im Bereich der Pflege gilt das Subsidiaritätsprinzip, was zur Folge hat, dass die Unterstützung zuerst in der Familie, dann im sozialen Umfeld und dann in karitativen Einrichtungen gesucht wird und der Staat erst Verantwortung übernimmt, wenn diese Unterstützungen nicht ausreichen. Per Gesetz sind Kinder gegenüber ihren Eltern im Bedarfsfall zur Unterstützung verpflichtet. So kommt es, dass die Leistungen des Staates vorwiegend Geldleistungen sind, welche die betroffenen Personen und deren Angehörige unterstützen soll. Diese Leistungen werden als Hilfe zur Selbsthilfe gesehen und überwiegen die angebotenen Sachleistungen. (Haberker, 2009 S. 64)

1995 wurde in Deutschland die Pflegeversicherung eingeführt. Die Gründe dafür waren, dass der öffentliche Haushalt die hohen Kosten der Sozialhilfeleistungen aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung nicht mehr tragen konnte; so wurde das Pflegesystem nicht mehr aus allgemeinen Steuermitteln, sondern aus Versicherungsbeiträgen finanziert. Die Umstellung des Systems sollte die bestehenden Pflegearrangements besser unterstützen können; so ist es nun

möglich neben mobilen und stationären Leistungen auch finanzielle Mittel für die Entlohnung pflegender Angehöriger zu beziehen. Es ist jedoch anzumerken, dass weder die bereitgestellten Sachleistungen flächendeckend sind noch die finanzielle Unterstützung den Bedarf decken kann. (Haber Kern, 2009 S. 65)

Das Pflegesystem Deutschlands ist demnach stark von informeller Pflege durch Angehörige geprägt, wofür sowohl finanzielle Anreize seitens des Staates als auch moralische und gesetzliche Verpflichtungen verantwortlich sind. Gleichzeitig besteht aber auch durch die Pflegeversicherung ein gewisses Recht auf pflegerische Unterstützung durch den Staat. So kommt es auch in Deutschland immer mehr zu einem Rückgang der informellen Pflege hin zur Professionalisierung. (Haber Kern, 2009 S. 66)

#### 4.3.3. Schweiz

*„Die Schweiz wird häufig als Sonderfall beschrieben... Zumindest lässt sich die Schweiz nicht wie die anderen Staaten zweifelsfrei einem bisher gängigen Wohlfahrtsstaatstypus zuordnen, wobei die Kategorisierungen meist zwischen liberal und konservativ-korporatistisch schwanken.“* (Haber Kern, 2009 S. 67) In der Schweiz zeigt sich ein sehr differenziertes Bild im Bereich der Pflege. Bedingt durch die geographische Lage mitten in den Alpen hat sich in peripheren ländlichen Regionen ein sehr hoher Anteil an familiärer Pflege entwickelt, während in Ballungsräumen, insbesondere in größeren Städten, ein sehr gut ausgebautes Netz an mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsleistungen besteht. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern weist die Schweiz einen hohen Anteil an in Pflegeheimen versorgten Personen an den gesamten Pflegebedürftigen aus. Aber auch in der Schweiz gilt, dass von den Betroffenen ein selbstständiges Altern in den eigenen vier Wänden einem Pflegeheim vorgezogen wird. Der Übergang in eine stationäre Betreuungseinrichtung erfolgt erst dann, wenn keine Betreuungsperson verfügbar ist oder die Pflegebedürftigkeit zu groß ist. Die Kosten der Pflege werden zu rund 50% von den betroffenen Personen selbst finanziert, 20% übernehmen die Krankenkassen, 16% sind Ergänzungsleistungen, der Rest wird von privaten Versicherungen, Angehörigen und der Sozialhilfe getragen. Derzeit gibt es auch in der Schweiz vor dem Hintergrund des bevorstehenden starken Anstiegs der Kosten durch die demographische Entwicklung die Diskussion, den nicht durch die öffentliche Hand finanzierten Anteil zu erhöhen und die betroffenen Personen bzw. deren Angehörige stärker an den Kosten zu beteiligen. Rein formal besteht somit eine Unterstützungspflicht der Kinder gegenüber ihren Eltern im Bedarfsfall, jedoch wird diese nur sehr selten in Anspruch genommen, da die Altersversicherungen, Krankenkassen, Ergänzungsleistungen und weitere Unterstützungen durch Sozialhilfe meistens die Kosten decken. (Haber Kern, 2009 S. 67ff.)

Das Pflegesystem in der Schweiz weist zwar eine hohe familiäre Verantwortung auf, jedoch ist das System auch sehr gut ausgebaut und verfügt über ein breites Angebot an mobilen und stationären Diensten. In den vergangenen Jahren wurde die formelle Pflege durch ein vermehrtes Angebot an Sachleistungen stärker gefördert als die informelle bspw. durch Geldleistungen. So lässt sich das Schweizer System schwer zuordnen, jedoch sind mehr Parallelen mit den skandinavischen Staaten als mit den anderen ausgewählten Ländern vorhanden. (Haber Kern, 2009 S. 70)

#### 4.3.4. Italien

Italien ist besonders stark von der Überalterung der Bevölkerung betroffen. Die zwei Faktoren, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben, sind die besonders hohe Steigerung der Lebenserwartung von 22 Jahren in den letzten 60 Jahren (der Durchschnitt liegt bei rund zwei Jahren innerhalb von zehn Jahren) und die besonders stark gesunkene Geburtenrate. So steht Italien vor einer immer größer werdenden Herausforderung den steigenden Bedarf, welcher nicht durch informelle Pflege durch Angehörige übernommen werden kann, durch öffentliche Leistungen zu decken. Vergleicht man nun das Pflegesystem mit den zuvor beschriebenen Ländern, fällt auf, dass nur sehr wenige öffentlich bereitgestellte Pflege- und Betreuungsdienste nachgefragt werden, viele Pflegebedürftige jedoch Geldleistungen als Unterstützung erhalten. Diese monetären Leistungen reichen aber wie in Deutschland meist nicht für eine professionelle pflegerische Versorgung aus und somit bleibt die Hauptverantwortung bei der Betreuung durch Angehörige. In manchen Fällen, in denen Angehörige nicht für die entsprechende Pflege aufkommen können, ist es vermehrt zur Beschäftigung illegaler Pflegekräfte, meist rund um die Uhr gekommen. In vielen Fällen werden MigrantInnen aus Ländern mit einer niedrigen Lohnquote beschäftigt. Es werden geringe Löhne an diese Pflegekräfte bezahlt und noch dazu keine Sozialbeiträge entrichtet. Dies ist der Grund warum sich viele Familien eine solche Rund-um-die-Uhr-Pflege erst leisten können. (Haber Kern, 2009 S. 71) Eine ähnliche Entwicklung hat es auch in Österreich gegeben. So genannte 24-Stunden-Betreuerinnen wurden illegal angestellt und übernahmen die Pflege- und Betreuungsleistungen anstelle der Angehörigen. Dieses Problem wurde seitens der Politik erkannt und durch entsprechende Reformen und einer Änderung der Gesetzeslage legalisiert. Weitere Ausführungen zu diesem Thema folgen in Kapitel 5.1.

Die gesetzlichen Bestimmungen in Italien geben pflegebedürftigen Menschen ein Recht auf pflegerische Versorgung, zugleich sind aber auch Angehörige zur Versorgung verpflichtet. In der Praxis werden Leistungen des Staates erst angenommen, wenn der Pflegebedarf sehr hoch ist oder keine finanziellen Mittel oder Angehörige für eine Versorgung zur Verfügung stehen. Auch hier gilt das Subsidiaritätsprinzip bei dem der Staat erst eingreift, wenn alle anderen Leistungen nicht ausreichen. (Esping-Andersen, 1990 S. 134) In Italien besteht somit ein stark familienbasiertes System, welches vorrangig über Geldleistungen unterstützend eingreift und über ein mäßig ausgebautes Versorgungsnetz an mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsdiensten verfügt. Somit ist in Italien und auch in den anderen südeuropäischen Ländern ein selbstbestimmtes Leben im Alter nur begrenzt möglich, da die Wahl zwischen verschiedenen Versorgungsformen nicht gegeben ist und die finanzielle Abhängigkeit von den Angehörigen sehr hoch ist. (Haber Kern, 2009 S. 73f.)

#### 4.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise

Die Finanzierung des Sozialsystems in Österreich erfolgt zum größten Teil durch allgemeine Steuermittel. Das Budget beträgt rund 88,3 Mrd. € und entspricht knapp 30% des österreichischen Inlandsproduktes. Ein Teil des Sozialsystems ist das Pflegesystem, welches sich aus Geldleistungen seitens des Bundes über das Bundespflegegeld und Sachleistungen unter der Verantwortung der Länder zusammensetzt. Das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen beträgt österreichweit rund 61% zu 39% und beläuft sich insgesamt auf 4,298 Mrd. € (2012) was rund 1,4% des BIP ausmacht. Wirft man einen genaueren Blick auf die einzelnen Bundesländer, zeigen sich deutliche Unterschiede in der Ausgestaltung des Pflegesystems auf Seiten der Länder. Das Burgenland hat den höchsten Anteil an PflegegeldbezieherInnen gemessen sowohl an der Gesamtbevölkerung (6,1%) als auch an der Altersgruppe der über 81 Jährigen (65,5%). Der Durchschnitt Österreichs und im Wesentlichen auch die Ergebnisse in Wien und Niederösterreich liegen bei 5,2% und 59,8%.

Bei den Versorgungsgraden und den Kosten der mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsdienste gibt es die größten Unterschiede zwischen den ausgewählten Bundesländern. Hierbei liegen in Wien und Niederösterreich die Versorgungsgrade der mobilen Pflege und Betreuung über der stationären, wobei Wien dabei den höchsten Wert erzielt. Das Burgenland hat den niedrigsten Versorgungsgrad in beiden Bereichen und liegt unter dem österreichischen Durchschnitt. Anders ist es bei den Kosten für einen Pflegeheimplatz, wo Niederösterreich und das Burgenland eine ähnliche Kostenaufteilung zwischen Nettokosten und Bruttokosten haben und auch die Höhe der Kosten im Wesentlichen gleich ist. Wien liegt bei den Kosten, sowohl Brutto- als auch Nettokosten, rund doppelt so hoch wie die beiden anderen Bundesländer. Die Kostenprognose errechnet einen Anstieg der Kosten für Sachleistungen von 1,665 Mrd. € (2012) auf 2,412 Mrd. € im Jahr 2025. Nicht berücksichtigt in der Prognose sind die steigenden Kosten des Bundespflegegeldes.

Die grundlegenden Merkmale der verschiedenen Pflegesysteme sind in Tabelle 15 dargestellt. Dänemark ist durch einen hohen Anteil an staatlicher Verantwortung und geringen gesetzlichen sowie normativen Verpflichtungen Angehörigen gegenüber zu charakterisieren. Das Versorgungsnetz ist in Dänemark flächendeckend sehr gut ausgebaut und wird von der betroffenen Bevölkerungsgruppe auch dementsprechend nachgefragt. Im Vergleich dazu steht durch die normative Verpflichtung die Familie und somit die Pflege durch Angehörige immer noch im Vordergrund, wobei der Staat vor allem durch Geldleistungen unterstützend eingreift. Die Versorgung durch professionelle Pflege im mobilen sowie im stationären Bereich ist nicht flächendeckend ausgebaut aber dennoch gut verbreitet. Die Schweiz zeichnet sich als eine Mischform aus den soeben beschriebenen Systemen aus und hat nur wenige gesetzliche Verpflichtungen den Angehörigen gegenüber. Hier ist zwar die informelle Betreuung weit verbreitet, die Hauptverantwortung liegt jedoch durch das breite professionelle Versorgungsangebot beim Staat. In Italien ist das System ganz stark auf die familiäre Verantwortung ausgerichtet. Der Staat übernimmt unterstützende Maßnahmen nur in geringem Ausmaß, meist durch Geldleistungen. Die Familie ist sowohl normativ als auch gesetzlich sehr stark dazu verpflichtet für die Pflege ihrer Angehörigen aufzukommen. In Österreich ist die Situation ähnlich wie in Deutschland, wobei das Versorgungsnetz immer

weiter ausgebaut wird, so dass den Sachleistungen ein größerer Stellenwert zugeordnet werden kann.

Tabelle 15: Überblick über Pflegesysteme im internationalen Vergleich

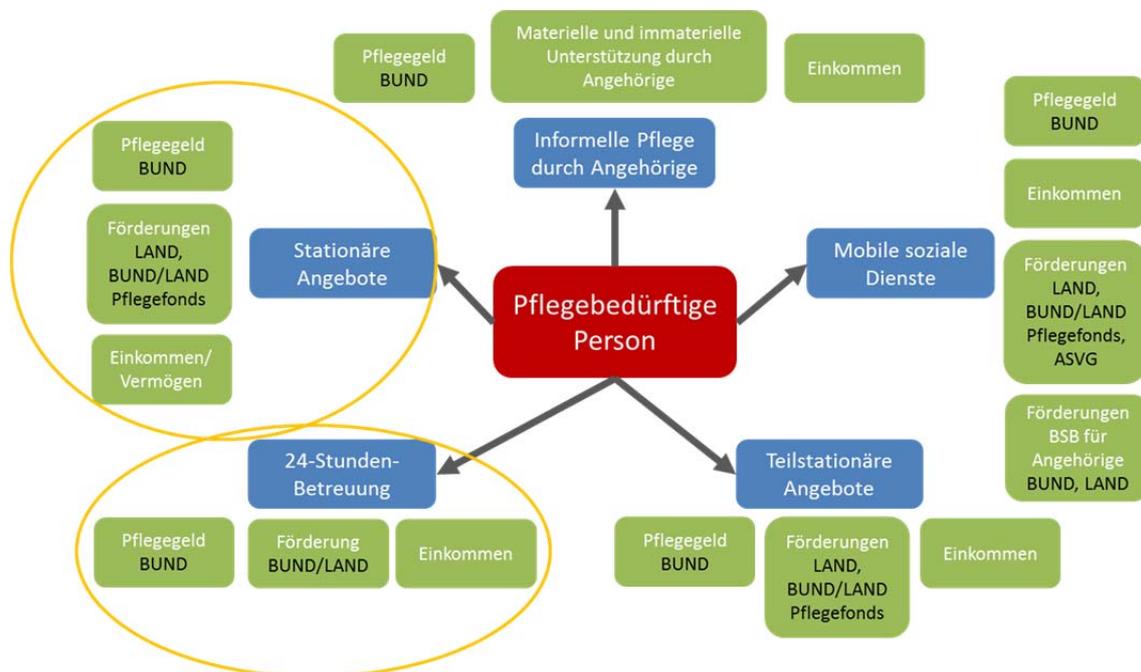
	<b>Dänemark</b>	<b>Deutschland</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Italien</b>	<b>Österreich</b>
<b>Sozialpolitische Referenz</b>	Individuum	Kernfamilie	Individuum/ Kernfamilie	Erweiterte Familie	Kernfamilie
<b>Gesetzliche Verpflichtungen</b>	Keine	Mittel	Gering	Sehr stark	Mittel
<b>Normative Verpflichtungen</b>	Gering	Stark	Mittel	Sehr stark	Stark
<b>Verantwortung für Pflege</b>	Staat	Familie/ Staat	Staat/ Familie	Familie	Familie/ Staat
<b>Professionelle Pflege</b>	Sehr verbreitet	Verbreitet	Sehr verbreitet	Kaum verbreitet	verbreitet
<b>Wohlfahrtsstaatstyp</b>	Sozial- demokratisch	Konservativ	Konservativ	Konservativ	Konservativ
<b>Pflege- sicherungssystem</b>	Beveridge- Typ	Bismark- Typ	Bismark- Typ	Bismark- Typ	Bismark- Typ

Quelle: (Haber Kern, 2009 S. 75), Ergänzung Österreich und eigene Darstellung

## 5 24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeangebote

Diese Kapitel gibt eine detaillierte Beschreibung der ausgewählten Arten von Betreuungsformen und bildet die Grundlage für die weitere Ausarbeitung der gesamtwirtschaftlichen Analyse. In der unten angeführten Abbildung 31 ist das Spektrum der verschiedenen Pflegeangebote und deren Finanzierung dargestellt. In der Abbildung gekennzeichnet sind die zwei ausgewählten Angebote, die in weiterer Folge näher beschrieben werden.

Abbildung 31: Pflegeangebote Österreichs und deren Finanzierung im Überblick



Quelle: eigene Abbildung

### 5.1. 24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste

#### 5.1.1. Entwicklung und heutige Situation

24-Stunden-Betreuungspersonen leisten Hilfestellung bei der Haushalts- und Lebensführung für pflegebedürftige Personen. Diese Tätigkeiten umfassen haushaltsnahe Dienstleistungen, wie kochen, Reinigung, Besorgungen erledigen und Wäsche waschen und unterstützende Hilfe bei der Lebensführung durch Gestaltung des Tagesablaufs.

Die Entstehung des Angebots der 24-Stunden-Betreuung begann mit dem Ausbau sozialer Dienste im Zuge der Pflegevorsorge 1993. Daraufhin war es durch das neue Angebot an mobilen Diensten möglich, länger in den eigenen vier Wänden zu verbleiben. Der reine Pflegebedarf wurde dadurch zum größten Teil durch diese Dienste abgedeckt. Darüber hinaus hatten viele betroffene Personen aber noch einen Bedarf an Hilfeleistung bei Tätigkeiten des

alltäglichen Lebens. Dieser Bedarf wurde zum größten Teil von der Familie übernommen, jedoch kam es, wie in den ersten Kapiteln schon erwähnt, zu soziologischen Veränderungen der Familie, wonach die informelle Pflege und Betreuung durch Angehörige immer stärker zurückging. So entstanden der Bedarf und die Nachfrage nach einer betreuenden und unterstützenden Person im Alltag, die in derselben Wohnung wie die betroffene Person wohnt. Dieser Bedarf wurde insbesondere durch die politischen Veränderungen in Mittel- und Osteuropa durch ein ausreichendes Angebot an Personal aus dieser Region zu halbwegs erschwinglichen Preisen gedeckt. Dadurch entstand bis 2007 ein arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtlicher Grauraum zwischen unentgeltlicher Unterstützung, legaler und illegaler Beschäftigung. Die Preise, die zu Beginn dieses Angebots herrschten, lagen bei rund 1.600 € im Monat und lagen damit unter den Kosten eines Pflegeheimplatzes, für den die Verwertung des Eigentums, Kostenbeiträge, Angehörigen- bzw. Erbenregress herangezogen werden. Laut Studien wird davon ausgegangen, dass 2007 rund 28.000 bis 30.000 ausländische Betreuungskräfte in österreichischen Haushalten tätig waren, was bedeutet, bedingt durch den zwei-wöchigen Turnus, dass rund 15.000 betroffenen Haushalten dadurch versorgt wurden. (Prochazkova, et al., 2008 S. 24f.)

Der Beseitigung dieser ungünstigen Situation wurde in der Koalitionsvereinbarung und Regierungserklärung im Februar 2007 Rechnung getragen. Dabei wurde ein arbeits- und gewerberechtlicher Rahmen für die Legalisierung geschaffen und ein Fördermodell entwickelt, um die dadurch entstehenden Mehrkosten zu decken. Die gesetzlichen Änderungen betrafen das Hausbetreuungsgesetz, die Novelle zur Gewerbeordnung und den neuen § 21b des Bundespflegegeldgesetzes und die darauf basierende Förderrichtlinie des BMASK. Am 1.7.2007 traten die neuen Regelungen in Kraft, wobei eine Übergangsregelung bis 31.12.2007 geschaffen wurde, um die Anpassungen an das neue Modell zu erleichtern.

Dadurch wurden drei Möglichkeiten einer legalen Anstellung einer 24-Stunden-Betreuung geschaffen:

- Die betroffene pflegebedürftige Person oder ein/eine Angehörige/Angehöriger treten als ArbeitgeberIn der Betreuungskraft auf.
- Die betroffene Person oder Angehörige beschäftigen eine Betreuungskraft eines gemeinnützigen Anbieters, wie Volkshilfe, Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz oder Diakonie Österreich.
- Die betroffene Person oder Angehörige engagieren eine selbstständig erwerbstätige Betreuungskraft, die einen Gewerbeschein für Personenbetreuung besitzt.

(BMASK, 2013 S. 8f.)

Am 10.4.2008 wurde das Gesetz erneut verändert und die Qualifikationsanforderungen von 24-Stunden-Betreuungskräften auf Grund der erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten erweitert. So müssen diese Betreuungspersonen eine Ausbildung als HeimhelferIn absolvieren. Das erweiterte Qualifikationsprofil umfasst dadurch Tätigkeiten, wie Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen, beim Essen, Trinken, bei der Benützung der Toilette und beim Aufstehen, Gehen und Setzen. Weiters gehören ärztliche Tätigkeiten, wie die Verabreichung von Medikamenten, das Anlegen von Verbänden und Bandagen, die Verabreichung von Insulinspritzen und die Bestimmung des Blutzuckerspiegels zum Aufgabenbereich. (BMASK, 2013 S. 12f.)

Folgende Voraussetzungen müssen für die Inanspruchnahme zutreffen:

- Die pflegebedürftige Person muss zumindest PflegegeldbezieherIn der Stufe 3 oder höher sein
- Liegt eine Demenzerkrankung vor, sind die Voraussetzungen schon ab Stufe 1 oder 2 erreicht
- Die Betreuungskraft muss mindestens 18 Jahre alt sein
- Die maximale Arbeitsperiode beträgt 14 Tage, danach muss eine durchgehende Freizeit von mindestens derselben Zeit folgen
- Die vereinbarte Arbeitszeit muss mindestens 48 Stunden/Woche betragen und darf innerhalb von zwei Wochen nicht 128 Stunden überschreiten

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fördert die 24-Stunden-Betreuung. Die Förderung wird zwölfmal jährlich ausbezahlt und richtet sich danach, ob unselbständige oder selbständige Betreuungskräfte beschäftigt sind. Für unselbstständige Betreuungskräfte beträgt die monatliche Förderung 550 € (eine angestellte Betreuungskraft), bzw. 1.100 € (zwei angestellte Betreuungskräfte). Für Selbständige beträgt die Förderung pro Betreuungskraft 275 € pro Monat, für zwei Betreuungskräfte also 550€. Voraussetzung ist, dass die Betreuungskraft das freie Gewerbe der Personenbetreuung angemeldet hat oder ihre selbständige Tätigkeit von einem anderen EU-Mitgliedsstaat aus vorübergehend in Österreich ausübt. Die unterschiedliche Förderungshöhe erklärt sich durch die jeweilige Höhe der Sozialversicherungsabgaben bei selbständigem oder unselbständigem Betreuungsverhältnis und deckt rund 80% der Sozialversicherungskosten ab. Die Kosten für die Förderung werden durch eine gemeinsame Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern geregelt. Die Kostenaufteilung basiert auf einem Verhältnis von 60 zu 40, wobei der Bund den größeren Teil der Kosten trägt.

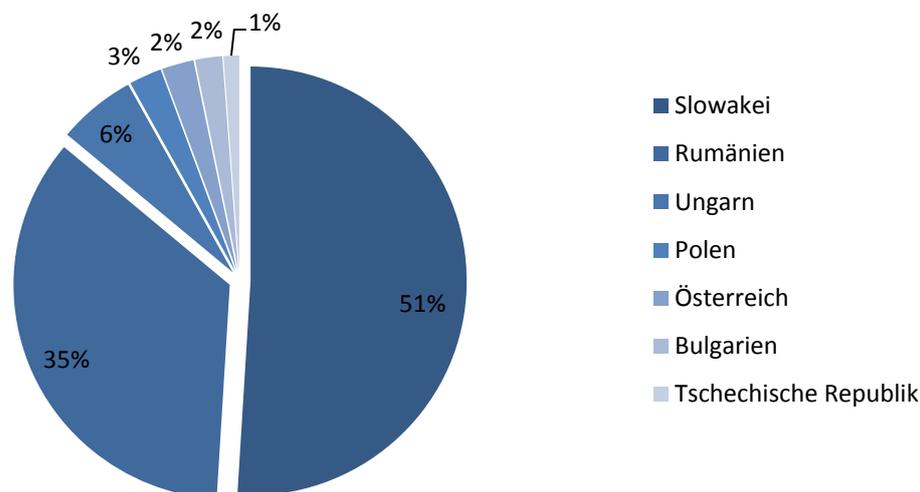
Die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung ist in den letzten Jahren rasant angestiegen. Gründe dafür liegen darin, dass diese Betreuungsform mögliche alte, nicht befriedigte Bedarfe abdeckt, Ergebnis der Umwandlung der Schattenwirtschaft in einen legalen Markt ist, eine bevorzugte Form gegenüber mobilen Diensten ist und zunehmend die stationären Pflegebereiche entlastet. (Amt der NÖ Landesregierung, 2012 S. 134)

Anzumerken ist, dass die Beschäftigung kaum von inländischen Arbeitskräften wahrgenommen wird. Die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich, so weist Niederösterreich aufgrund der Nähe zur Slowakei, aus der ein Großteil der PersonenbetreuerInnen kommt, die höchste Dichte an 24-Stunden-Betreuung auf. Burgenland hingegen hat einen Anteil von rund 70% an rumänischen Betreuungskräften in der 24-Stunden-Betreuung. (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013 S. 107) Die genaue Aufteilung der Herkunftsländer von Betreuungskräften österreichweit in diesem Bereich ist aus Abbildung 32 zu entnehmen. Da in Zukunft aber mit einer Angleichung der Lohnverhältnisse und einem Rückgang der Arbeitslosigkeit in den osteuropäischen Ländern zu rechnen ist, wird der Anteil der ausländischen Pflegekräfte zurückgehen. Die 24-Stunden-Betreuung ist kein Ersatz für die vorhandenen Leistungen im Bereich der stationären und mobilen Versorgung, sondern als ergänzende Leistung zu sehen. In Wien wird die 24-Stunden-Betreuung seltener in Anspruch genommen, da die Unterschiede auch auf den unterschiedlichen Ausbaugrad von stationären und mobilen Leistungen zurückzuführen sind und Wien über ein sehr gut

ausgebautes Netz an mobilen Diensten verfügt. Bei einem weniger dichten Angebot an mobilen Diensten ist ein höherer Anteil an 24-Stunden-Betreuung festzustellen. Zusätzlich ist in Wien auch in vielen Fällen keine 24-Stunden-Betreuung möglich, da für die Unterbringung einer Betreuungskraft kein weiteres Zimmer zur Verfügung steht. (MA 24, 2012 S. 159)

Abbildung 32: Herkunftsländer von 24-Stunden-Betreuungskräften in Österreich

### Herkunft der 24-Stunden-Betreuungskräfte in Österreich



Quelle: Daten (Hilfswerk, 2013), eigene Darstellung

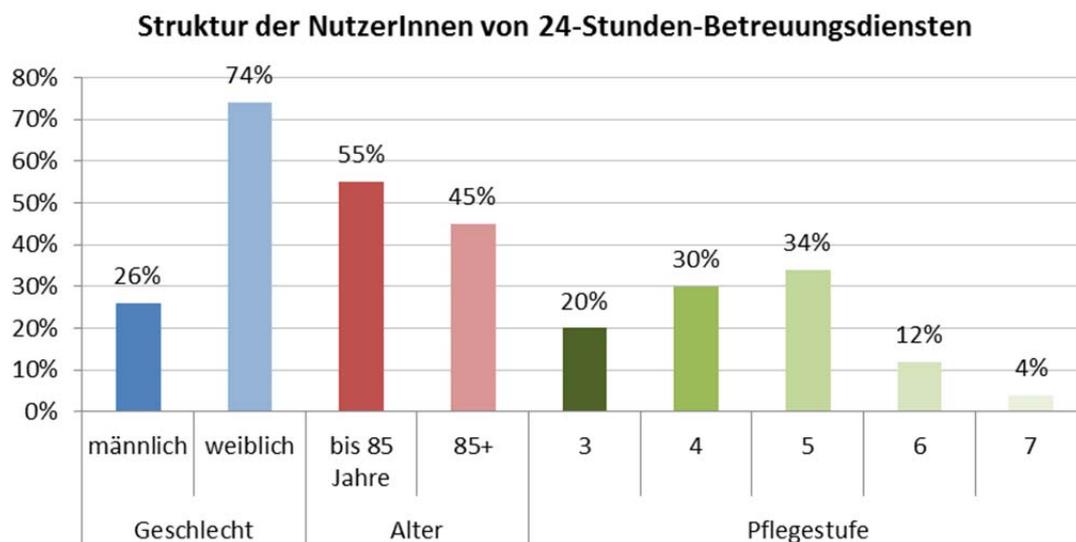
#### 5.1.2. Zielgruppen

Die 24-Stunden-Betreuung stellt für viele betreuungsbedürftige Personen eine Alternative zur stationären Pflege dar. So sind davon eher Personen betroffen, bei denen die Versorgung durch mobile Dienste nicht mehr ausreicht und bei denen die Pflegestufe in den meisten Fällen zwischen 3 und 4 und vermehrt auch zwischen 5 und 7 liegt.

Die Datengrundlage für die Eingrenzung der NutzerInnen bildet der Sozialbericht aus dem Jahr 2012 aus Niederösterreich. Da in diesem Land der höchste Anteil an 24-Stunden-Betreuung herrscht und die Daten am detailliertesten verfügbar sind, bilden diese die Basis, jedoch ist in den anderen Bundesländern mit Verschiebungen der Ausprägungen der einzelnen Indikatoren zu rechnen. Als zweite Grundlage wurde der Konferenzbericht des Hilfswerks vom 25.10.2013 herangezogen. Bei der Enquete wurden aktuelle Beiträge des BMASK, des Hilfswerks und der Wirtschaftskammer zu dem Thema 24-Stunden-Betreuung präsentiert.

74% der NutzerInnen dieser Art der Betreuungsdienste sind Frauen; das Durchschnittsalter liegt bei 83,1 Jahren für Frauen und 79,8 für Männer. (Amt der NÖ Landesregierung, 2012 S. 135) 50% der NutzerInnen von 24-Stunden-Betreuungen befinden sich in der Pflegestufe 2 oder 3. Der höchste Anteil liegt bei PflegegeldbezieherInnen der Pflegestufe 5 und rund 16% entfallen auf die letzten zwei Stufen.

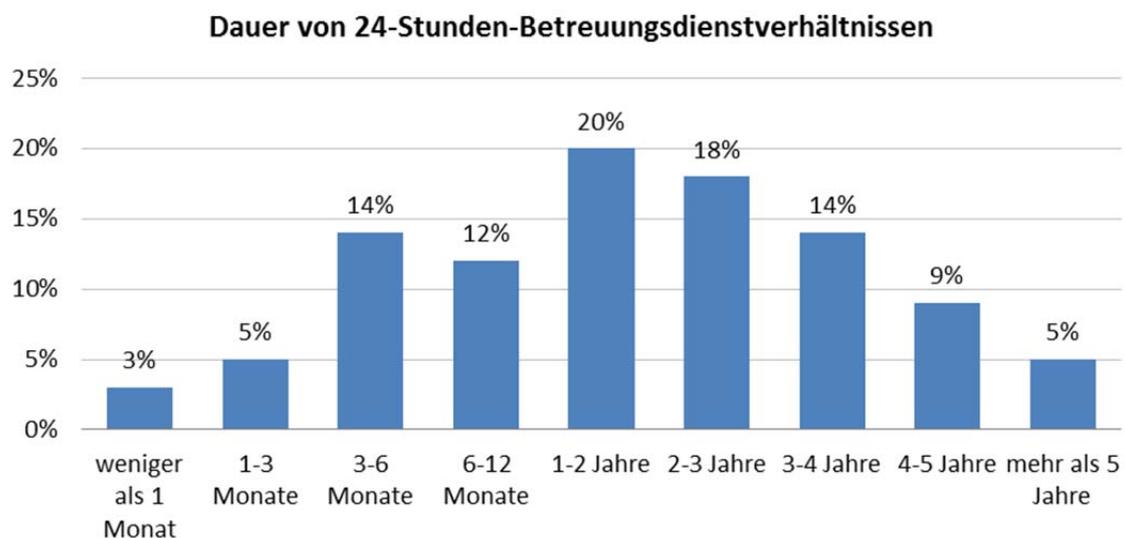
Abbildung 33: Struktur der NutzerInnen von 24-Stunden-Betreuungsdiensten



Quelle: Daten aus dem Jahr 2011 (Amt der NÖ Landesregierung, 2012 S. 134), (Hilfswerk, 2013), eigene Darstellung

Die Dauer von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen liegt in Österreich bei durchschnittlich 25 Monaten. Rund 34% der BezieherInnen werden weniger als ein Jahr betreut und rund 28% länger als drei Jahre. Die genaue Verteilung ist in folgender Abbildung 34 zu sehen.

Abbildung 34: Dauer von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen



Quelle: Daten (Hilfswerk, 2013), eigene Darstellung

### 5.1.3. Kosten und Finanzierung für die Betreuung

Die monatlichen Kosten für die 24-Stunden-Betreuung pro Haushalt sind abhängig von der Qualifikation und der Art der Vermittlungsagentur und schwanken zwischen den einzelnen Bundesländern sehr stark. So liegen sie laut Studie, bei der Angaben mehrerer Vermittlungsagenturen zwischen 1.500 und 2.500 €.

Der größte Anteil der Vermittlungsagenturen wird als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder als Verein geführt, wobei nur ein geringer Teil davon gemeinnützig agiert. Das Hilfswerk und die Caritas sind die zwei größten gemeinnützigen Vereine, die als Vermittlungsagenturen in Österreich auftreten. Das Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften in Wien führte Anfang 2013 eine Evaluierungsstudie über Vermittlungsagenturen durch. Dabei ging hervor, dass rund zwei Drittel aller Agenturen ihren Sitz in Österreich haben. Die restlichen Anbieter haben ihren Sitz in benachbarten Ländern, wie der Slowakei, hier vor allem in grenznahen Städten wie Bratislava, oder Deutschland, vorwiegend Bayern, oder Tschechien und Ungarn. (Österle, et al., 2013 S. 166)

Die Kosten setzen sich aus einer meist einmaligen oder monatlichen Vermittlungsgebühr, einem Taggeld für die Betreuungskräfte, welche nach Betreuungsintensität variiert, einem Fahrtkostenzuschuss und Sozialversicherungsabgaben zusammen. Zusätzlich zu diesen Kosten kommen noch Kosten für die Unterkunft und die Verpflegung des Betreuungspersonals im Haushalt der betroffenen Person. In folgender Tabelle 16 werden zwei Beispiele für die Preiszusammensetzung dargestellt.

**Tabelle 16: Kostenauflistung für 24-Stunden-Betreuung pro Monat**

<b>Pflegeverein St. Elisabeth, Wels</b>		<b>Agentur Emeritus, Neumarkt im Mühlkreis</b>	
Einmaliger Mitgliedsbeitrag	262 €	Vermittlungsgebühr monatlich	90 €
Halbjahresgebühr für die Vermittlung	523 €		
Abgabe für Sozialversicherung und Verwaltung	350 – 464 €	Abgabe für Sozialversicherung und Verwaltung	350 – 500 €
Fahrtkostenzuschuss pro Person und Strecke je nach Entfernung	20 – 60 €	Fahrtkostenzuschuss pro Person und Strecke je nach Entfernung	50 – 65 €
Taggeld	54 – 65 €	Taggeld	50 – 60 €
Berechnung Kosten/Monat	$262/12+523/6$ $+(350+464)/2$ $+(20+60)/2*4$ $+(54+65)/2*30$	Berechnung Kosten/Monat	$90+(350+500)/2$ $+(50+65)/2*4$ $+(50+60)/2*30$
<b>Kosten pro betroffener Person und Monat</b>	<b>2.461 €</b>	<b>Kosten pro betroffener Person und Monat</b>	<b>2.395 €</b>
<b>Mittelwert der monatlichen Kosten pro betroffener Person</b>			
<b>2.428 €</b>			

Quelle: Kosten (Blaichinger, 2014 S. 83), Kosten pro Monat eigene Berechnung, eigene Darstellung

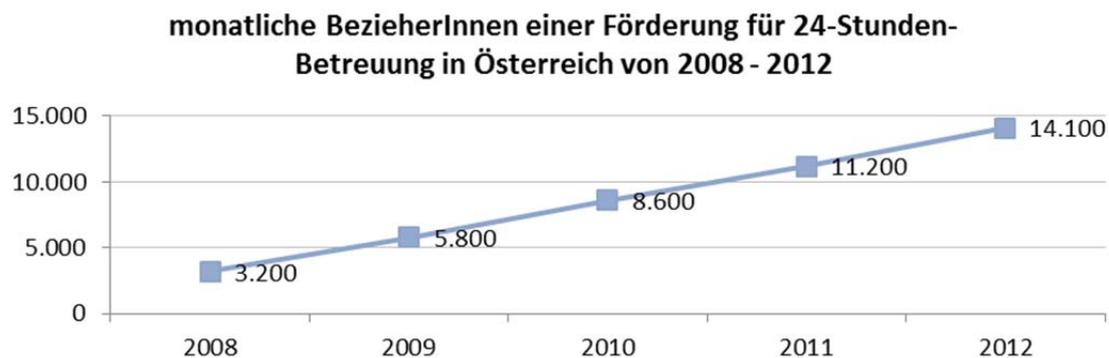
Einer Umfrage aus dem Jahr 2008 nach gaben rund 50% an zwischen 1.501 € und 2.000 € pro Monat für die 24-Stunden-Betreuung zu bezahlen. Rund 18,9 % bezahlten mehr als 2.000 € im Monat und knapp 27,4 % der Befragten kamen mit weniger als 1.500 € aus. Rund ein Fünftel der Befragten gaben an, zusätzlich zur Hausbetreuung keine weiteren pflegebedingten Mehraufwendungen tragen zu müssen, während knapp 17,4 % weitere Aufwendungen von bis zu 200 € im Monat und 13 % zwischen 200 € und 400 € zusätzlich zu den Betreuungskosten für soziale Dienste haben. (Prochazkova, et al., 2008 S. 143)

Für die Finanzierung der Kosten einer 24-Stunden-Betreuung stehen den betroffenen Personen das Einkommen, das Pflegegeld, die spezielle Förderung und eventuell auch Ersparnisse zur Verfügung. Reichen diese Mittel nicht aus, kann keine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch

genommen werden. Diese Finanzierungsform unterscheidet sich somit von den stationären Angeboten, wo die Kosten im Bedarfsfall vom Land mitfinanziert werden.

Im Jahr 2012 erhielten 14.100 Menschen österreichweit eine Förderung für eine 24-Stunden-Betreuung, was rund 3,2% der gesamten PflegegeldbezieherInnen Österreichs entspricht. Dabei lagen die Aufwendungen für die Förderung im Jahr 2012 bei rund 90 Mio. €, wovon 54 Mio. € der Bund und 36 Mio. € die Länder finanzierten. Seit 2008 ist die Entwicklung der BezieherInnen stetig angestiegen. Die genaue Entwicklung ist in Abbildung 35 zu sehen.

Abbildung 35: BezieherInnen von Förderungen für 24-Stunden-Betreuung in Österreich von 2008 - 2012

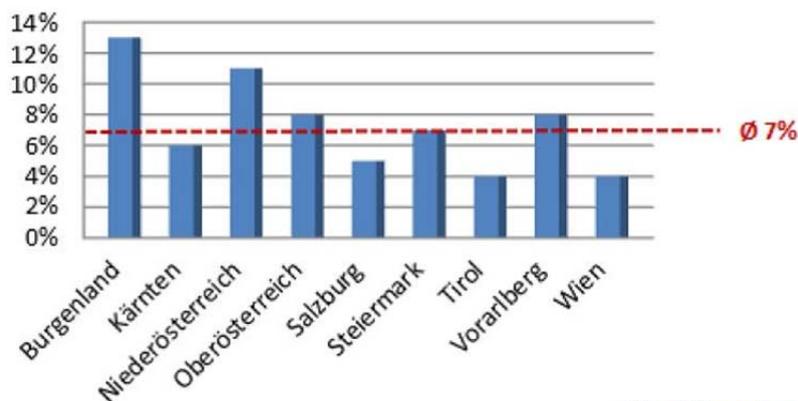


Quelle: (Hilfswerk, 2013), eigene Darstellung

#### 5.1.4. Versorgungsangebote in den ausgewählten Bundesländern

In Österreich zeigt sich beim Versorgungsgrad durch 24-Stunden-Betreuung ein sehr heterogenes Bild. So liegt der Durchschnitt der BezieherInnen einer Förderung für dieses Angebot gemessen an allen förderungswürdigen Personen (PflegegeldbezieherInnen der Stufen 3 bis 7) bei rund 7%. Es zeigt sich auch, wie zuvor bereits beschrieben, dass das Burgenland und Niederösterreich den höchsten Anteil an FördergeldbezieherInnen für eine 24-Stunden-Betreuung haben. Im Burgenland beziehen rund 13% und in Niederösterreich rund 11% der PflegegeldbezieherInnen der Stufe 3 bis 7 eine Förderung. Wien hat genau wie Tirol einen Anteil von 4% und damit den niedrigsten Wert.

Abbildung 36: Anteil der BezieherInnen einer Förderung für 24-Stunden-Betreuung an den PflegegeldbezieherInnen der Stufen 3 bis 7



Stand Dezember 2012

Quelle: (Hilfswerk, 2013)

### 5.1.5. Vor- und Nachteile der 24-Stunden-Betreuung

Der größte Vorteil der 24-Stunden-Betreuung ist, dass den betroffenen Personen ermöglicht wird in der eigenen Wohnung zu bleiben und eine entsprechende Betreuung im Bedarfsfall garantiert werden kann. Das bedeutet, dass die Betreuung am Wohnort geschieht und somit an keine Infrastruktur bzw. Standorte gebunden ist. Dieser Vorteil wirkt sich vor allem auf Angehörige bzw. LebenspartnerInnen der betroffenen Personen aus, welche mit der Betreuungssituation überfordert sind oder durch die räumliche Entfernung eine Hilfestellung nicht erfüllen können. Ein weiterer Vorteil ist die relativ schnelle Vermittlung von Betreuungskräften im Bedarfsfall im Vergleich zu der stationären Pflege, bei der es meist längere Wartezeiten durch die beschränkte Bettenkapazität der Einrichtungen gibt.

Die Nachteile dieses Angebots sind, dass es für viele Personen undenkbar oder auch räumlich nicht möglich ist, mit einer fremden Person, der Betreuungskraft, in der eigenen Wohnung zu leben. (Danzinger, 2014) Die meisten Wohnungen oder Häuser von betroffenen älteren Personen sind nicht barrierefrei und deshalb müssen in vielen Fällen Umbauarbeiten vorgenommen werden, um die Wohnung an die eingeschränkte Mobilität der Personen anzupassen. Dabei ist oft mit hohen Kosten zu rechnen, wenn zum Beispiel ein Bad umgebaut werden muss oder für Treppen ein eigener Lift eingebaut werden muss. Des Weiteren muss für eine 24-Stunden-Betreuungskraft ein eigener Raum zur Verfügung stehen. In vielen kleinen Wohnungen von betroffenen Personen besteht diese Möglichkeit nicht. Erschwerend kommt in vielen Fällen die Sprachbarriere hinzu, die sich durch die Herkunft der Pflegekräfte ergibt. Dadurch ist es in vielen Fällen schwierig eine Vertrauensbasis zu schaffen und aufeinander einzugehen. (BewohnerInnen Pflegeheim Rechnitz, 2014) Ein weiterer Nachteil sind die hohen Kosten, die für die Finanzierung einer 24-Stunden-Betreuung aufgebracht werden müssen. Da hier im Vergleich zur stationären Betreuung das Land nicht die Finanzierung übernimmt, wenn das Einkommen und Ersparnisse die Kosten nicht mehr decken können, ist diese Art der Versorgung für viele Menschen gar nicht leistbar. Abhängig von den Qualifikationen bzw. der Ausbildung der Pflegekraft und des Bedarfs der betreuten Person müssen meist noch weitere mobile Dienste, wie eine Hauskrankenpflege, zugekauft werden. Dies trifft auch für ärztliche Leistungen zu, bei der ein Hausarzt hinzugezogen werden muss.

Ein weiteres Problem ergibt sich durch die sogenannten internationalen „Care-Ketten“. Sie beschreiben das entstandene Problem der 24-Stunden-Betreuung in den Herkunftsländern der Betreuungskräfte. Ein großer Teil der Beschäftigten in diesem Bereich stammt aus dem Osten Europas, Ländern wie der Slowakei, Tschechien, Ungarn oder Polen. Sie pendeln um ihrer Tätigkeit in Österreich nachzugehen in regelmäßigen Intervallen, meist alle zwei Wochen, zwischen ihrem Heimatland und dem Arbeitsort. Das Problem, dass dadurch entsteht ist, dass das familiäre Setting der Betreuungskräfte in ihrem Heimatland darunter leidet. Diese entstehende Lücke muss dann meist von anderen Personen erbracht werden, welche in den meisten Fällen wiederum aus dem Osten stammen. So verschiebt sich das Problem immer weiter in den Osten. Wenn das Angebot der 24-Stunden-Betreuung in Österreich weiter so ansteigt, kann dies die Probleme weiterhin verschärfen. (Meichenitsch, 2014) Das bedeutet, dass die 24-Stunden-Betreuung vielleicht eine Lösung einer kurzfristigen Bedarfssituation in Österreich darstellt, im internationalen und langfristigen Kontext jedoch weitere Probleme aufwirft.

## 5.2. Stationäre Pflegeangebote

### 5.2.1. Definition

Unter stationären Pflegeangeboten versteht man im Allgemeinen eine Versorgung pflegebedürftiger Personen in einer Einrichtung unter ständiger Verpflegung und Aufsicht durch Fachpersonal. Prinzipiell wollen ältere Menschen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld in ihren eigenen vier Wänden versorgt werden. Übersteigt der Pflegebedarf einen gewissen Grad, über dem mobile Dienste und Angehörigen diesen nicht mehr decken können, wird oft ein Pflegeplatz in einer stationären Einrichtung erforderlich. In Niederösterreich und im Burgenland werden grundsätzlich nur Personen aufgenommen, die einen Pflegebedarf der Stufe vier oder höher haben, in Ausnahmefällen werden aber auch Personen mit geringerem Pflegebedarf aufgenommen.

Grundsätzlich kann zwischen drei verschiedenen Arten von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen unterschieden werden:

- Pflegeheime: Dies ist eine stationäre Versorgungsform für Menschen ab einem gewissen Pflegebedarf.
- Altenheime: Dabei handelt es sich um Wohneinrichtungen für ältere Menschen, wobei keine Pflege vorgesehen ist. Diese Form ist durch die zuvor beschriebene Entwicklung der mobilen Dienste immer rückläufiger.
- Wohn- und Pflegeheime: Dies sind Einrichtungen, die eine Mischform aus den soeben genannten stationären Versorgungsformen darstellen. Das bedeutet, dass sowohl Pflege- als auch Wohnplätze angeboten werden.

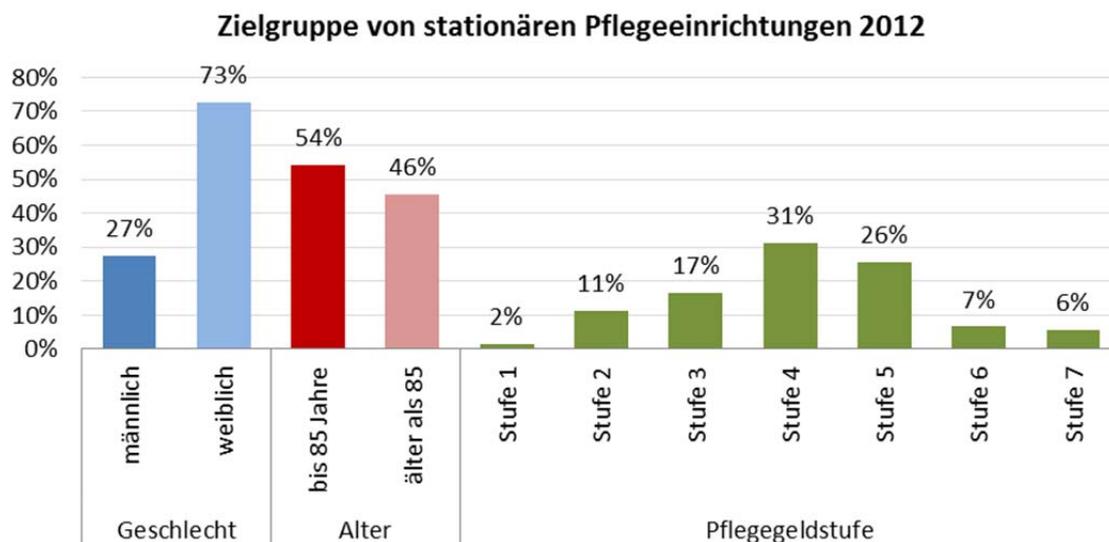
In weiterer Folge werden nur Pflegeplätze in Pflegeheimen oder Wohn-Pflegeheimen für die Bearbeitung herangezogen. Da es bei dieser Analyse um den Vergleich von Pflegeangeboten geht, muss eine Pflegekomponente inbegriffen sein. Stationäre Einrichtungen können von verschiedenen Trägern betrieben werden. Dabei unterscheidet man zwischen öffentlich betriebenen Einrichtungen, privaten Non-profit und Pro-profit Einrichtungen. Öffentliche Einrichtungen können durch das Land, Gemeinden, Sozialhilfe- bzw. Gemeindeverband oder durch einen ausgegliederten öffentlichen Träger, wie dem Kuratorium der Wiener Pensionistenwohnhäuser oder der Burgenländischen Krankenanstalten GesmbH betrieben werden. Non-profit Heime werden von einem gemeinnützigen Träger, wie einem Wohlfahrtsverband, einer Stiftung oder einem Verein, betrieben. Pro-profit Einrichtungen werden von einem marktorientierten Betreiber meist in Form einer GesmbH geführt.

### 5.2.2. Zielgruppen

Die Zielgruppe sind Menschen, die aufgrund von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen einen ständigen Pflege- und Betreuungsbedarf haben. Die Auswertung der Zielgruppe basiert auf den Angaben laut Sozialbericht Burgenland aus dem Jahr 2013, die berechneten Anteile entsprechen zirka dem österreichischen Durchschnitt. Es kann vor allem im Vergleich zu Wien zu einer Abweichung von +/- 3% kommen. So ergibt sich, dass rund drei Viertel der betreuten Personen Frauen sind, knapp die Hälfte über 85 Jahre alt ist und mehr als

57% PflegegeldbezieherInnen der Stufe 4 oder 5 sind. Die durchschnittliche Verweildauer liegt österreichweit bei rund 35 Monaten. Vor allem in jenen Regionen, in denen das Angebot an mobilen Diensten noch nicht flächendeckend ausgebaut ist, kommt es zu einer verstärkten Nachfrage an Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen.

Abbildung 37: Zielgruppe für stationäre Pflegeeinrichtungen, Burgenland



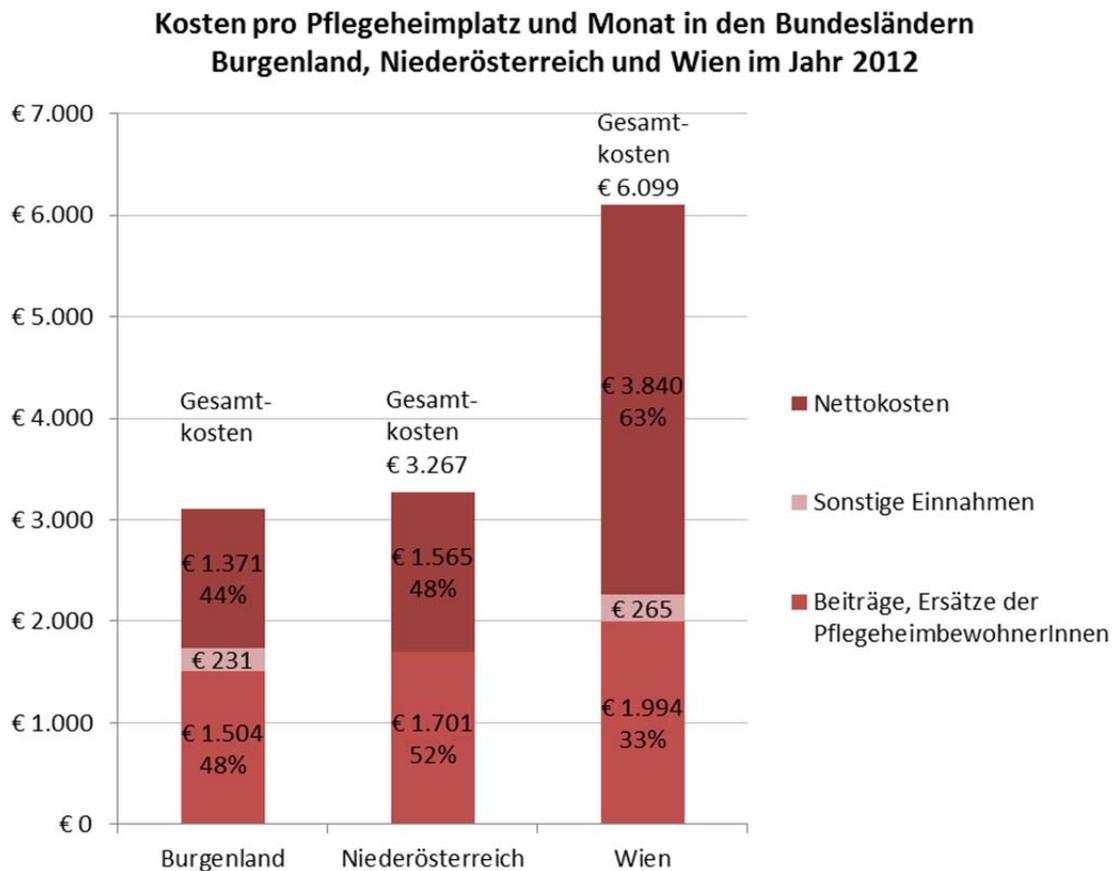
Quelle: Daten (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013 S. 122ff.), eigene Darstellung

### 5.2.3. Kosten und Finanzierung für diese Betreuungsform

Die Finanzierung eines Langzeitpflegeplatzes in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt durch das Einkommen, in der Regel die Pensionen, das Pflegegeld und Vermögen. Die genauen rechtlichen Regelungen über das Heranziehen von Vermögen für die Finanzierung in den einzelnen Bundesländern sind in den Sozialhilfegesetzen unterschiedlich definiert. Reichen diese Mittel für einen Pflegeheimplatz nicht aus, wird die Differenz von der Sozialhilfe des jeweiligen Landes übernommen. (ÖKSA, 2008 S. 44f.)

Die Kosten setzen sich im Allgemeinen aus einer Hotelkomponente und einer Pflegeaufwandskomponente zusammen. Wie in Kapitel 4.2.2 beschrieben sind die Kosten für einen Pflegeplatz in den drei Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Gesamtkosten belaufen sich im Monat auf rund 3.200 € in Niederösterreich und dem Burgenland und auf rund die doppelte Summe (6.100 €) in Wien. Die Beiträge der Pflegeheimbewohner schwanken zwischen 1.500 € im Burgenland und 2.000 € in Wien. Daraus resultiert in den Bundesländern Burgenland und Niederösterreich ein Kostendeckungsgrad eines Pflegeplatzes von rund 50%, in Wien hingegen von gerade einmal 33% bedingt durch die Höhe der Gesamtkosten.

Abbildung 38: Kosten pro Pflegeheimplatz und Monat in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien im Jahr 2012, siehe auch Abbildung 25



Quelle: Daten zu Kosten (BMASK, 2012a S. 79-95), eigene Berechnung und Darstellung

#### 5.2.4. Stakeholder: Wien, NÖ, Burgenland

In Niederösterreich gibt es derzeit (2012) 49 Pflegeheime mit einer Kapazität von 5.759 versorgten Personen im Jahr, die durch das Land betrieben werden und 63 privat betriebene Einrichtungen, die 3.097 Personen im Jahr versorgen. (Amt der NÖ Landesregierung, 2012 S. 32f.)

Im Burgenland dominieren nicht öffentliche Träger am Angebot von stationären Pflegeplätzen. So betreiben Non-profit Organisationen, wie das Hilfswerk, Caritas, Diakonie oder SeneCura 32 Einrichtungen mit einer Kapazität von 1.593 Pflegeplätzen. Weitere 10 Heime werden von Pro-profit Unternehmen betrieben und können dadurch 241 Plätze anbieten. Das Land Burgenland betreibt über die ausgegliederte Krankenanstalten GesmbH gemeinsam mit VAMED drei Heime mit insgesamt 260 Plätzen. (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013 S. 123-127)

Wien hat rund 9.600 Pflegeplätze, wobei 3.270 Plätze direkt vom Land Wien über den Wiener Krankenanstaltenverbund, weitere 1.810 durch das ausgegliederte Kuratorium für Wiener Pensionistenwohnhäuser und 4.520 durch private Anbieter betrieben werden. Somit werden in Wien knapp weniger als die Hälfte der Pflegeplätze durch private Anbieter angeboten. (MA 24, 2012 S. 149f.)

### 5.2.5. *Referenzeinrichtung – Pflegeheim Rechnitz, Burgenland*

Das Pflegeheim in Rechnitz im Bezirk Oberwart im Burgenland wurde Ende 2012 fertiggestellt und in Betrieb genommen. Betreiber des Pflegeheimes ist die Burgenländische Krankenanstaltengesellschaft mbH (KRAGES) in Zusammenarbeit im Rahmen eines PPP-Modells mit dem Unternehmen VAMED. Das Konzept der Einrichtung umfasst ein generationsübergreifendes und mit einem integrativen Versorgungsansatz entwickeltes Hausgemeinschaftsmodell, welches sich am Leitbild der Familie und dem alltäglichen Rhythmus der BewohnerInnen orientiert. Dabei werden in fünf Hausgemeinschaften à 15 BewohnerInnen insgesamt 75 Pflegeplätze angeboten. Bei der Umsetzung wurde Wert auf überschaubare familiäre Einheiten, einen zentralen integrativen Standort, große Gemeinschaftsflächen und Außenbereiche gelegt. Die Architektur orientiert sich dabei an normalen Wohnungen, in denen es für jede Hausgemeinschaft eine gemeinsame Küche und ein Wohnzimmer gibt. Dadurch haben die BewohnerInnen die Möglichkeit sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens aktiv zu beteiligen, aber sich bei Bedarf auf ihre Zimmer zurückzuziehen. Dieses Konzept ist vor allem für Menschen mit Demenzerkrankungen ein gutes Angebot, da sie dort in kleinen Strukturen leben und sich schnell an ihr Umfeld gewöhnen können. Durch die aktive Einbindung in Aktivitäten werden die BewohnerInnen geistig und körperlich gefordert; so wird das Ziel einer reaktivierenden Pflege verfolgt. Unterstützt werden die BewohnerInnen durch eine ständig anwesende Präsenzkraft in den einzelnen Hausgemeinschaften. Die Aufgaben der/des so genannten AlltagsbetreuerIn liegt grundsätzlich in der Hilfe bei der Alltagsbewältigung und der Unterstützung des Pflegepersonals.

Im Unterschied dazu sei erwähnt, dass in den 60er bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts Pflegeheime als Verwahrsstätten galten. Sie wurden meist an isolierten Randlagen ohne gute verkehrliche Anbindung errichtet, waren groß dimensioniert und hatten oft Bettenkapazitäten von bis zu 200 Plätzen. Diese Art der Versorgung hatte oft einen Anstaltscharakter und orientierte sich am Leitbild eines Krankenhauses.

Diese Einrichtung dient als Beispieleinrichtung für die gesamtwirtschaftliche Analyse. Hierbei wurden Interviews mit BewohnerInnen und MitarbeiterInnen vor Ort durchgeführt und als wesentliche Grundlage für die Evaluierung des sozialen Mehrwerts herangezogen. Die Auswahl dieser Einrichtung ist deshalb relevant, weil in diesem Fall speziell auf soziale Kontakte und die Integration der BewohnerInnen Rücksicht genommen wurde. Die folgende Analyse soll nun beitragen den Erfolg dieses Konzeptes messbar zu machen.

### 5.2.6. *Vor- und Nachteile stationärer Pflege*

Die Vorteile sind die intensive Betreuung rund um die Uhr durch ein interdisziplinäres Team aus Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten. Eine Verwahrlosung und Vereinsamung in der eigenen Wohnung wird dadurch vermieden. Die BewohnerInnen haben die Möglichkeit neue soziale Kontakte zu knüpfen. Besonders Angehörige werden dadurch entlastet, da eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung nun garantiert ist. Ihre Unterstützung konzentriert sich ab diesem Zeitpunkt vor allem auf Besuche, welche für die BewohnerInnen in dieser Situation besonders wichtig sind. (BewohnerInnen Pflegeheim Rechnitz, 2014)

Die Nachteile dieser Versorgungsform sind einerseits emotional und andererseits finanziell. Die emotionale Komponente beinhaltet einerseits das Aufgeben bzw. Verlassen der eigenen vier Wände und andererseits das Aufgeben einer gewissen Selbstständigkeit. Diese Faktoren führen bei vielen betroffenen Personen bei ihrem Einzug in ein Pflegeheim erstmals zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bedingt durch die psychische Belastung. (Danzinger, 2014) Dieser „Knick“ im Pflegeverlauf bessert sich aber im Normalfall mit der Zeit, nachdem sich die BewohnerInnen an ihr neues Umfeld und den Alltag gewöhnt haben. Die finanziellen Nachteile sind, dass die teure Betreuung und Pflege in einer stationären Einrichtung meist den größten Teil des Einkommens und der Ersparnisse der betroffenen Personen verbraucht und einen Zuschuss des Landes erfordert. Der dritte Nachteil ist, dass diese Betreuungsform an gewisse Standorte und freie Kapazitäten gebunden ist. So kann nicht in jeder Gemeinde eine bedarfsgerechte Versorgung in einer stationären Einrichtung gewährleistet werden und zusätzlich gibt es bei den meisten bestehenden Pflegeheimen eine Warteliste, welche eine rasche Versorgung im Bedarfsfall nicht möglich macht.

### 5.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise

24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflegeangebote richten sich im Allgemeinen an eine ähnliche Zielgruppe, jedoch sind sie in der Versorgungsart grundverschieden. Beide Angebote richten sich an Personen, die durch mobile soziale Dienste und die Betreuung durch Angehörige nicht ausreichend versorgt werden können. Meist befinden sich diese Personen in einer höheren Pflegestufe über 3. Besonders in Regionen, in denen mobile Dienste nicht flächendeckend ausgebaut sind und die Nähe zum Herkunftsland der Betreuungskräfte für 24-Stunden-Betreuung besteht, zeigt sich ein höherer Anteil dieser Versorgungsform. In den letzten Jahren ist der Anteil stetig gestiegen; dies ist unter anderem aber auch durch die Legalisierung bzw. die Förderung bedingt. Das bedeutet, dass laufend inoffizielle Beschäftigungsverhältnisse in legale umgewandelt worden sind, ohne dass der Anteil der Personen, die diese Betreuung in Anspruch nehmen effektiv gestiegen ist. So liegt der Anteil der NutzerInnen dieses Angebots im Burgenland und Niederösterreich bei rund 4-8% gemessen an allen PflegegeldbezieherInnen des Bundeslandes. Österreichweit werden rund 3,2% aller PflegegeldempfängerInnen von einer 24-Stunden-Betreuung versorgt. In Wien nehmen nur rund 2% diese Betreuungsform in Anspruch, da in dichter besiedelten Raum mobile Dienste besser ausgebaut sind und in Singlewohnungen oft auch nicht die Möglichkeit besteht, eine Betreuungskraft permanent aufzunehmen, da kein zusätzlicher Raum vorhanden ist.

Die Kosten für eine derartige Betreuung schwanken sehr stark zwischen den verschiedenen Anbietern bzw. Vermittlungsagenturen. Im Durchschnitt fallen monatliche Kosten von 1.500 € bis 2.500 € an. Abzüglich der Förderung und des Pflegegeldes bleiben monatliche Kosten je nach Pflegestufe zwischen 500 € und 1.000 € für die pflegebedürftige Person.

Im stationären Pflegebereich lässt sich eine Entwicklung feststellen, bei der reine Wohnplätze in Pflegeplätze umgewandelt werden, da der Bedarf in diesem Bereich ständig steigt. Wien hat

die höchste Versorgungsdichte an Wohn- und Pflegeplätzen mit rund 16,1% an den PflegegeldbezieherInnen, aber auch die höchsten Kosten für einen Platz. Die monatlichen Kosten belaufen sich auf rund 6.100 €, wobei knapp 2.000 € von den BewohnerInnen bezahlt wird. Das entspricht einem Kostendeckungsgrad von rund 33%. Im Burgenland und Niederösterreich liegt die Versorgungsdichte bei rund 11,6% bzw. 14,8% und die Gesamtkosten für einen Pflegeplatz betragen durchschnittlich 3.200 €, wobei rund 1.600 € von den BewohnerInnen getragen werden. Daraus ergibt sich ein Kostendeckungsgrad von knapp 50%.

## D Gesamtwirtschaftliche Analyse

### 6 Gesamtwirtschaftliche Bewertungsmethoden

Aufbauend auf die Analyse der Pflege- und Sozialsysteme und die Beschreibung der zwei ausgewählten Versorgungsangebote gibt dieses Kapitel eine theoretische Grundlage für die nachfolgende gesamtwirtschaftliche Analyse. Zuerst wird dabei ein Überblick über die verschiedenen Wirkungsanalysen und Methoden gegeben und danach wird spezifisch auf das ausgewählte Instrument der Social Return on Investment – Analyse eingegangen.

#### 6.1. Wirkungsanalysen und Bewertungsmethoden

Wirkungsanalysen und Bewertungsmethoden sind ökonomische Evaluationen, bei denen es darum geht, den eingesetzten Mitteln (Input) einen erzielten Effekt bzw. Gewinn (Output) gegenüberzustellen. Grundsätzlich kann man bei den Analysen zwischen vier Arten unterscheiden. Die verschiedenen Evaluationsmethoden unterscheiden sich durch den Umfang der berücksichtigten Wirkungen, der Messung und der Bewertung dieser. (Drummond, et al., 2001) Folgende Tabelle 17 gibt einen Überblick über die verschiedenen Arten von Wirkungsanalysen und Bewertungsmethoden.

Bei der Kostenanalyse werden lediglich die Kosten einer Maßnahme oder eines Programmes berücksichtigt. Dabei werden die Kosten in unterschiedlichen Alternativen verglichen und die günstigste/billigste Variante gewählt. Im Prinzip ist sie aufgebaut wie eine betriebliche Kostenrechnung und daher für eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung nur begrenzt aussagekräftig.

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse stellt die Kosten einer Maßnahme oder eines Projektes den Wirkungen, die in natürlichen Einheiten gemessen werden, gegenüber. Alle Alternativen zielen dabei auf dieselben Wirkungsgrößen in unterschiedlichem Ausmaß ab. So können bspw. zwei Programme mit dem Ziel der Senkung des Blutdrucks über die Kosten pro TeilnehmerIn verglichen werden, vorausgesetzt beide Alternativen bewirken, dass der Blutdruck anschließend im Normalbereich liegt.

Die Kosten-Nutzwert-Analyse wird hauptsächlich im medizinischen Bereich angewendet, wenn es darum geht die allgemeine Gesundheitsverbesserung zu erfassen. Als Vergleichsmaßstab auf der Wirkungsseite dienen die sogenannten gesunden Lebensjahre, wonach keine einzelne Maßnahme direkt Auswirkungen auf die Verlängerung der gesunden Lebensjahre hat, sondern dieser Effekt vielmehr als Nebenprodukt dabei entsteht.

Die Kosten-Nutzen-Analyse stellt die eingesetzten Mittel für eine Maßnahme bzw. ein Projekt den in Geldeinheiten quantifizierten Wirkungen gegenüber. Die Monetarisierung der Wirkungen kann über verschiedene Methoden, wie Opportunitätskosten, Einsparungen, Willingness to pay-Bewertungen oder Marktsimulationen erfolgen. (Rauscher, et al., 2012 S. 9)

Tabelle 17: Überblick über Wirkungsanalysen und Bewertungsmethoden

Evaluationsmethode	Umfang der Wirkungen	Messung und Bewertung der Wirkungen	Ergebnis der Analyse
<b>Kostenanalyse</b>	Keine	Keine	Berücksichtigt nur die Kosten einer Maßnahme bzw. eines Projektes
<b>Kosten-Wirksamkeits-Analyse</b>	Eine Wirkungsdimension für mehrere Alternativen; jede Alternative wirkt in unterschiedlichem Ausmaß auf diese Dimension	Natürliche nichtmonetäre Einheiten; meist Einheiten auf die die Maßnahme direkt abzielt (z.B.: Blutdruck, Anzahl von Neuerkrankungen,..)	Stellt die Kosten einer Maßnahme bzw. eines Projektes der direkt erzielten Wirkung ausgedrückt in nichtmonetären Einheiten gegenüber (z.B.: xx € für eine Senkung des Blutdrucks um xx)
<b>Kosten-Nutzwert-Analyse</b>	Eine oder mehrere Wirkungsdimensionen; Alternativen wirken auf verschiedene Wirkungsdimensionen und in verschiedenem Ausmaß	Natürliche nichtmonetäre Einheiten; Einheiten auf die die Maßnahme direkt und indirekt abzielt (z.B.: gesunde Lebensjahre, Wohlbefinden,...)	Stellt die Kosten einer Maßnahme bzw. eines Projektes der erzielten Wirkung in Nutzwerten ausgedrückt in nichtmonetären Einheiten gegenüber (z.B.: XY € pro gesundem Lebensjahr)
<b>Kosten-Nutzen-Analyse</b>	Eine oder mehrere Wirkungsdimensionen; Alternativen wirken auf verschiedene Wirkungsdimensionen und in verschiedenem Ausmaß	Alle Wirkungen werden in Geldeinheiten ausgedrückt; dabei werden nicht-monetäre Wirkungen in Geldeinheiten verwandelt	Stellt die Kosten einer Maßnahme bzw. eines Projektes der erzielten Wirkung in Geldeinheiten gegenüber (z.B.: Wirkungen im Umfang von XY €)

Quelle: (Rauscher, et al., 2012 S. 8f.), eigene Adaptierung und Darstellung

Die Social Return on Investment Analyse ist vom Prinzip der Kosten-Nutzen-Analyse am ähnlichsten. Auch bei dieser Methode werden die Wirkungen monetarisiert und den Aufwendungen gegenübergestellt, nur dass bei der SROI eine andere Begrifflichkeit verwendet wird, der Zugang zu Wirkungen über die Stakeholder erfolgt und somit sehr breit gefasst ist. 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 gemeinnützige soziale Mehrwert. Diese Analyse eignet sich dadurch für eine Evaluierung von Maßnahmen im sozialen Bereich. Im folgenden Kapitel wird die Methodik genauer erläutert um die Auswahl des Instruments noch einmal zu unterstreichen.

## 6.2. Social Return on Investment Analyse

Die Social Return on Investment (kurz: SROI) Analyse ist eine Methode um den Erfolg bzw. die Auswirkungen von gemeinnützigen sozialen Organisationen auf das Wohl der Allgemeinheit zu messen. Sie wurde Ende der 1990er Jahr in den USA entwickelt und dient zur Bewertung und Messung des finanziellen aber vor allem des sozialen Mehrwertes und der Effekte, die durch verschiedene gemeinnützige oder sozial tätige Organisationen oder Maßnahmen erreicht werden. Roberts Enterprise Development Fund (kurz: REDF) aus den USA entwickelte dieses Instrument, wobei Ansätze der klassischen Kosten-Nutzen-Analyse (kurz: KNA) und Methoden zur Messung sozialen Mehrwerts miteinander kombiniert werden. (Clark, 2004 S. 30) Die ursprüngliche Überlegung bei der Entwicklung dieses Instruments war, die Auswirkungen, die durch soziale Projekte oder Organisationen, auf das Gemeinwohl entstehen, zu messen und finanziell bewerten zu können. Somit sollen die Kosten ähnlich wie bei der klassischen Kosten-Nutzen-Analyse gerechtfertigt werden. (Reichelt, 2009 S. 8ff.) Der Unterschied zwischen den beiden Evaluierungsmethoden besteht darin, dass die KNA die ökonomischen Auswirkungen vorrangig betrachtet und die Auswirkungen im Bereich der Nachhaltigkeit und des Sozialen ergänzend untersucht. Somit ist der Fokus auf wirtschaftliches Handeln gerichtet. Bei der SROI hingegen werden vorrangig Maßnahmen oder gemeinnützigen Organisationen betrachtet, die allgemein 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.)

Grundsätzlich, wie schon erwähnt, ist die SROI-Analyse einer Kosten-Nutzen-Analyse sehr ähnlich. Der Unterschied liegt unter anderem in den verwendeten Begrifflichkeiten. Bei SROI-Analysen werden Kosten als Investitionen und der Nutzen als gemeinnützige soziale Rendite oder „Social Return“ betrachtet. Der Return entspricht in Geldeinheiten bewerteten Wirkungen der betrachteten Maßnahme. Wirkungen einer Maßnahme entsprechen demnach dem Nutzen aus Perspektive der Betroffenen. Bei der SROI wird der Nutzen aus der Sicht verschiedener Stakeholdergruppen dargestellt. Folgendes Zitat unterstreicht die Unterschiede der Begrifflichkeiten der SROI im Vergleich zu der KNA. 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“ Kosten verursacht hat. (Rauscher, et al., 2012 S. 10)

Die neuen Ansätze beinhalteten eine Stakeholderbetrachtung, welche zu einer wesentlichen Verbesserung aber auch Vereinfachung des Instruments geführt hat. Die dritte große Anpassung dieses Werkzeuges wurde 2006 veröffentlicht und beinhaltet eine Weiterentwicklung des nef-Modells mit einer Einbettung dieses Ansatzes in ein Framework. (Reichelt, 2009 S. 10f.) Die genauen Ausführungen dieser verschiedenen Ansätze werden in diesem Kapitel in Folge näher erläutert.

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.

### 6.2.1. REDF-Modell der SROI-Analyse

Robert Enterprise Development Fund ist 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 gemischten Wert aus unternehmerischen und sozialen Returns bildet. 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 gemischten Wert (Blended value) ausgedrückt. Die Berechnungsmethode ist in folgende sechs Stufen unterteilt: (Chun, 2001 S. 20ff.)

Tabelle 18: Sechs Berechnungsschritte der SROI-Analyse nach dem REDF-Modell

	Bsp.: Investment	2 Mio. €
<b>1. Berechnen des Unternehmenswertes (enterprise value)</b>		
	Bsp.: Unternehmenswert	4 Mio. €
<b>2. Berechnen des geschaffenen sozialen Mehrwertes (social purpose value)</b>		
	Bsp.: geschaffener sozialer Mehrwert	6 Mio. €
<b>3. Berechnen des gemischten Wertes (Blended-Value)</b>		
	Bsp.: gemischter Wert	10 Mio. €
<b>4. Berechnen des unternehmerischen Return on Investment (ROI)</b>		
	Bsp.: ROI	1:2
<b>5. Berechnen des rein sozialen Return on Investment (SROI)</b>		
	Bsp.: SROI	1:3
<b>6. Berechnen des gesamten sozialen Return on Investment (ROI+SROI)</b>		
	Bsp.: ROI+SROI	1:5

Quelle: (Chun, 2001 S. 20ff.), (Reichelt, 2009 S. 14f.), eigene Adaptierung und Darstellung

Dieser Berechnungsmethode nach bedeutet ein ROI über 1, dass sich das Investment schon aus unternehmerischer Sicht lohnt; ein SROI über 1 drückt hingegen den zusätzlich gewonnenen sozialen Mehrwert aus. 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 gewertet werden können oder welche Kosten und Erträge in die SROI-Analyse miteinbezogen werden können und dürfen. (Reichelt, 2009 S. 16f.)

### 6.2.2. Nef-Ansatz der SROI-Analyse

Die New Economics Foundation (nef) aus Großbritannien bezeichnet sich selbst als „Think Tank“ im Bereich der Forschung für soziale, wirtschaftliche und ökologische Gerechtigkeit. Die Ziele der nef sind: (nef, 2014)

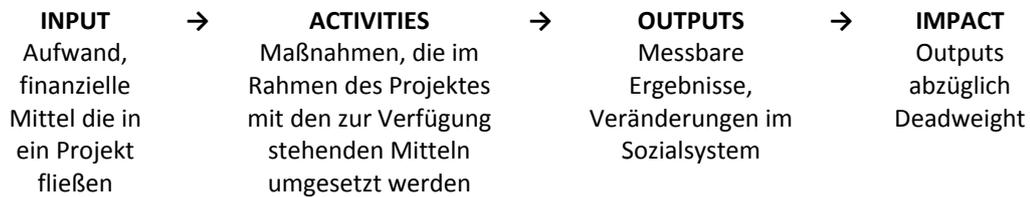
- Durch fundierte wissenschaftliche Basis aufzuzeigen, welche Entwicklungen in die falsche Richtung laufen und wie sie verbessert werden können
- Umsetzen der Verbesserungsansätze und Messung von Erfolgen
- Intensive Zusammenarbeit mit vielen Organisationen weltweit, um ein internationales Netzwerk im Bereich neuer Strategien für einen wirtschaftlichen Wandel aufzubauen

Die nef verbindet den Ansatz der SROI-Analyse der REDF mit ihren Erfahrungen im Bereich der Entwicklung neuer Ansätze zur Messung wirtschaftlicher, sozialer und ökologischer Ergebnisse und Auswirkungen und adaptiert die SROI Analyse mit ihrem Know-how. Im Wesentlichen wurde die Analyse um vier Schritte erweitert:

- 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.)

Abbildung 39: Impact Value Chain, nef



Quelle: (Clark, 2004 S. 7), eigene Adaptierung und Darstellung

- **Materiality:** Was ist wichtig für den Erfolg des Projektes?  
Bei der Zusammenstellung der Informationen für die Messung der Outputs ist eine sorgsame Auswahl zu treffen, damit die wichtigsten Wirkungsbereiche der Stakeholder abgedeckt werden. (Reichelt, 2009 S. 21f.)
- **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. Da dies Veränderungen sind, die auch ohne Maßnahme erreicht worden wären und die Wirkung der konkreten Maßnahme keinen signifikanten Einfluss darauf hat, ist es wichtig diese von den beobachteten Outputs abzuziehen um das Ergebnis nicht zu verfälschen. (Reichelt, 2009 S. 22f.)

2007 wurde ein Leitfaden für die Durchführung einer SROI-Analyse von der nef veröffentlicht, der diese vier beschriebenen Elemente in einem neuen Modell integriert. Der wesentliche Unterschied zum Ansatz der REDF ist, dass im neuen Modell der „Blended Value“-Ansatz nicht mehr verfolgt wird, sondern viel mehr auf eine Stakeholder-orientierte Betrachtung Wert gelegt wird, bei der die Ziele, Maßnahmen und Wirkungen im Mittelpunkt stehen. Das bedeutet in weiterer Folge, dass der Unternehmenswert bzw. der ROI in den Hintergrund tritt und die Messung der sozialen Wirkungen ganz klar im Vordergrund steht. (Reichelt, 2009 S. 23)

Tabelle 19: Modell der SROI-Analyse nach dem nef-Modell

1. Konzeptualisierung und Umfang der Analyse
2. Identifizierung der Stakeholder
3. Identifizierung der Ziele der Stakeholder
4. Analyse der Einnahmen und Ausgaben
5. Darstellung einer Impact Value Chain
6. Bestimmung der Messindikatoren und Datensammlung
7. Berechnung des SROI
8. Dokumentation in einem SROI Report

Quelle: (nef, 2014), eigene Adaptierung und Darstellung

### 6.2.3. SROI Analyse des European SROI Networks

Der aktuellste Ansatz der SROI-Analyse wurde vom European SROI Network weiterentwickelt. Von dem ursprünglichen Modell des REDF wurde es von einem Investmenttool, welches auf

Kennzahlen fokussierte, zu einem integrierten Tool, welche Aktivitäten und Wirkungen von Organisationen und Projekten evaluiert. Das bedeutet die SROI Analyse stellt Wirkungsketten und Erfolge dar und ist ein Instrument, das diese sozialen Werte auch nachvollziehbar darstellen kann. (Galimidi, 2006 S. 6f.) Im Wesentlichen ist der neue Ansatz eine Vertiefung des nef-Ansatzes und beinhaltet eine Gliederung in vier Phasen mit untergeordneten 17 Schritten, die in folgender Tabelle 20 zu sehen sind.

**Tabelle 20: aktuelles Modell der SROI-Analyse nach dem European SROI Network**

<b>Phase 1 – Planung</b>
1.1 Definition der Ziele der Analyse
1.2 Beschreibung des Projektes bzw. der Maßnahme
1.3 Identifizierung der Stakeholder
1.4 Bestimmung des Umfangs 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
<b>Phase 2 – Umsetzung</b>
2.8 Datensammlung für die Messung des Outputs
2.9 Bestimmung des Deadweights
2.10 Monetarisieren der Indikatoren für die Messung des Outputs
2.11 Erhebung der Investitionen
2.12 Analyse der Einnahmen und Ausgaben gesamt
2.13 Analyse der Einnahmen und Ausgaben einzelner Stakeholder
2.14 Erstellung von Prognosen
2.15 Berechnung des Social Returns
<b>Phase 3 - Report</b>
3.16 Festhalten und Aufarbeiten aller Erkenntnisse in einem Report
<b>Phase 4 - Evaluierung</b>
4.17 Evaluierung und Monitoring der Ergebnisse

Quelle: (Reichelt, 2009 S. 28), eigene Adaptierung und Darstellung

Aufbauend auf dem Konzept entwickeln Kehl und Thel (Kehl, et al., 2012 S. 321f.) einen neuen integrativen Ansatz, bei dem die Wirkungen sozialer Investitionen in vier gesellschaftliche und organisationale Wirkungszusammenhängen differenziert werden.

- Ökonomische Funktion: Soziale Investitionen bspw. für die Bereitstellung von Dienstleistungen erfüllen eine ökonomische Funktion. Relevante Akteure sind dabei Non-profit Organisationen, der Staat, Ländern, Gemeinden oder Gemeinschaften, wie Familie und Freunde.
- Politische Funktion: Soziale Investitionen tragen zur Interessensvermittlung von Bürgern und bestimmten sozialen Gruppen bei und erfüllen somit eine politische Funktion.
- Soziale Funktion: Soziale Investitionen leisten einen Beitrag zum gesellschaftlichen Integrationsprozess.
- Kulturelle Funktion: Soziale Investitionen haben einen Einfluss auf die Erhaltung bzw. Stärkung von bestimmten Wertehaltungen im Vergleich zum Markt, der sich nur an gewinnbringenden Maßnahmen orientiert.

Dieser Ansatz erweitert das ursprüngliche Konzept somit um eine Folgeabschätzung politischer, sozialer und kultureller Erträge und Kosten. Durch diese Erweiterung kann die Wirkungskette umfangreicher erfasst werden und auch nicht-monetarisierbare Effekte können in die Analyse integriert werden. Grundsätzlich können die Auswirkungen auf alle vier Funktionen sowohl in monetären quantitativen als auch in qualitativen Einheiten ausgedrückt werden. Eine konzeptionelle Darstellung dieses Ansatzes ist in folgender Tabelle 21 zu sehen.

**Tabelle 21: Wirkungsbestimmung bei der SROI Analyse nach vier Bereichen**

	<b>Ökonomische Funktion</b> (Dienstleistungen)	<b>Politische Funktion</b> (Partizipation/ Willensbildung)	<b>Soziale Funktion</b> (Integration/ Stabilisierung)	<b>Kulturelle Funktion</b> (Werte- entwicklung)
<b>Medium</b>	Geld	Teilhabe (Macht)	Vertrauen	Werte/ Normen
<b>Index</b>	SROI-Koeffizient	Partizipations-index	Integrations- index	Identitäts- Werteindex
<b>Monetär</b>	Bsp.: Monetarisierung von Gemeinwohlbeiträgen mit starkem Dienstleistungscharakter	Bsp.: Einfluss auf das Verhältnis von Politik und Gesellschaft: Verschiebung der Finanzierungsaufteilung zwischen öffentlicher Hand und privater ZahlerInnen	Bsp.: Netzwerkeffekte	Bsp.: Substitutionskosten, Steuerungskosten
<b>Quantitativ</b>	Bsp.: Zeitbudgets, Anteil freiwilliger MitarbeiterInnen	Bsp.: Beteiligungsquote	Bsp.: Dichte und Reichweite sozialer Maßnahmen	Bsp.: Anpassung von Wertesystemen
<b>Qualitativ</b>	Bsp.: Beschreibung von Kooperationen und Strukturen zwischen Akteuren der Leistungserbringung	Bsp.: Strategien, Handlungsprogramme	Bsp.: Arten der Interaktionen	Bsp.: Beschreibung der vermittelten Normen

Quelle: (Kehl, et al., 2012 S. 324-327), eigene Adaptierung und Darstellung

#### 6.2.4. Vorteile einer SROI-Analyse

Der größte Vorteil einer SROI Analyse ist das Aufzeigen von gesellschaftlichen Auswirkungen durch gemeinnützige Organisationen oder soziale Maßnahmen. Bei betriebswirtschaftlichen und anderen gesamtwirtschaftlichen Analysemethoden wird der Aspekt dieser Auswirkungen 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 gesehen und deren positive Effekte zu wenig honoriert. SROI-Analysen heben die positiven Effekte hervor, indem sie in der gängigen und leicht verständlichen Einheit von Geld den Nutzen von Projekten ausdrücken und nachvollziehbar machen. Ein weiterer Vorteil ist der Fokus auf die Stakeholder und deren Wirkungsketten. Diese Betrachtungsweise ermöglicht es besser zu verstehen, wie bestimmte Leistungen Wirkungen erzielen und dadurch in weiterer Folge auch an welchen Stellen Veränderungen welche Wirkungen erzielen können. (Rauscher, et al., 2012 S. 10f.)

Dieses Zitat unterstreicht die wichtigsten Vorteile der SROI Analyse. Die sozialen Effekte werden, so weit möglich, in Geldeinheiten ausgedrückt und den Investitionen gegenüber gestellt. Durch die intensive Betrachtung der Stakeholder und die daraus resultierende Wirkungskette lassen sich die Effekte auch nachvollziehbar darstellen. Ein weiterer Vorteil dieser Betrachtungsweise ist, dass man dadurch den Einfluss der Stakeholder und den erzielten Effekt messen kann und dadurch für die Planungsphase wichtige Informationen bekommt. Aus Sicht der Politik bzw. der InvestorInnen kann diese Methode eine Entscheidungshilfe bei der Bewertung verschiedener Maßnahmen sein.

#### 6.2.5. Grenzen der SROI-Analyse

Neben den erwähnten 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 gegenüber gestellt 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. Zusätzlich die Analyse durch Auswirkungen erschwert, die indirekt kausal verursacht sind, 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 Methodik 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, dann muss man darauf achten, dass für beide Projekte dieselben Rahmenbedingungen gelten und gleiche Bewertungsmethoden angewendet werden. (Rauscher, et al., 2012 S. 12)

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.)

### 6.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die weitere Vorgehensweise

Die SROI Analyse zählt zu der Kategorie der Kosten-Nutzen-Analysen und wurde speziell für Projekte oder Maßnahmen im sozialen Bereich weiterentwickelt. Diese Evaluierungsmethode stellt für die gewählte Fragestellung dieser Arbeit eine geeignete Form dar. Die folgende Analyse verwendet den neuesten Ansatz der Analyse, wobei das Hauptaugenmerk auf die sozialen Auswirkungen gelegt wird. Um das bestmögliche Ergebnis dieses Instruments zu erreichen wird versucht die Vorteile gut auszunützen und die Grenzen durch nachvollziehbare und transparente Argumentation der Auswirkungen möglichst gering zu halten.

Bei der nachfolgenden Analyse werden die Wirkungen in den zuvor beschriebenen vier Kategorien analysiert. Dies ist ein Modellansatz, der im Rahmen dieser Diplomarbeit erarbeitet wird. Durch die umfangreichen Möglichkeiten dieses Instruments wurden Schwerpunkte auf Wertschöpfungs- und Wirkungsketten im Bereich der Pflege- und Betreuung gelegt, um deren Folgen zu verstehen und der Politik als Entscheidungshilfe zu dienen. So soll diese Analyse einen Beitrag leisten, dass der Pflegepolitik Indikatoren für die Planung eines nachhaltigen und funktionierenden Systems aufgezeigt werden, um den Ansprüchen der Zukunft gerecht zu werden. Der fiktiv errechnete SROI-Koeffizient spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle und dient als unterstützendes Argument bzw. als Mittel zum Zweck. Am Ende dieser Arbeit wird das Instrument im Hinblick auf seine Stärken und Schwächen noch einmal kritisch reflektiert.

## **7 SROI – Analyse der 24-h-Betreuung und stationären Pflegeangeboten**

Dieses Kapitel beinhaltet eine gesamtwirtschaftliche Analyse für 24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflege in den drei ausgewählten Bundesländern. Die gewählte Methode ist die SROI Analyse, welche im vorangestellten Kapitel bereits ausführlich beschrieben wurde. Ziel dieser Evaluierung ist es, den geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert durch diese zwei sozialen Angebote zu erfassen. Dabei stehen neben finanziellen vor allem soziale Wirkungen im Vordergrund. In diesem Fall werden den getätigten Investitionen in Form von Förderungen oder Subventionen den Erträgen wie soziale Werte, fiskalische Effekte oder Opportunitätskosten gegenübergestellt. Das Ergebnis ist eine Kennzahl, der SROI Koeffizient, der das Verhältnis der Investitionen zu den Erträgen wiedergibt. Zusätzlich bekommt man einen Überblick über die Stakeholder, deren Ziele und Auswirkungen und somit einen wesentlichen Input für weitere Planungen.

### **7.1. Planung der SROI Analyse**

Das gewählte Modell basiert auf der aktuellsten Fassung, welche durch das European SROI Network weiterentwickelt wurde und auf Seite 83 dargestellt ist. Der Fokus liegt bei dieser Methode, wie beim nef-Modell, auf der Stakeholderbetrachtung. Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden die Phasen 1 – 3 durchgeführt, wobei die Dritte nicht explizit als eigene Phase behandelt wird, sondern die Erstellung des Berichtes parallel zu den ersten beiden Phasen vorgenommen wird. Phase 4, die Evaluierung und das Monitoring der Ergebnisse kann im Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt werden, da der Bearbeitungszeitraum dieser Arbeit diesem Anspruch nicht gerecht werden kann und zur Bearbeitung der Fragestellung die Durchführung der Phasen 1-3 ausreicht.

Des Weiteren wird im Anschluss an die SROI Analyse versucht dem Ansatz von Kehl und Then zu folgen und die Wirkungen in den vier Dimensionen darzustellen. Somit soll ein umfassender Einblick in die Wirkungskette der ausgewählten Pflege- und Betreuungsangebote gegeben werden.

In Abbildung 40 ist der Aufbau dieser Analyse in Anlehnung an die aktuelle Version des European SROI Networks in Verbindung mit der Darstellung in den vier Dimensionen dargestellt.

Abbildung 40: Aufbau der SROI Analyse

<b>7.1 Planung</b>	7.1.1 Definition der Ziele der Analyse
	7.1.2 Beschreibung des Projektes
	7.1.3 Identifizierung der Stakeholder
	7.1.4 Bestimmung des Umfanges der Analyse
	7.1.5 Darstellung der Impact Value Chain für die einzelnen Stakeholder
	7.1.6 Bestimmung der Informationsquellen und der Datenqualität
	7.1.7 Erstellung eines Erhebungsplanes
<b>7.2 Umsetzung</b>	7.2.1 Datensammlung für die Messung des Outputs
	7.2.2 Bestimmung des Deadweights
	7.2.3 Erhebung der Investitionen
	7.2.4 Monetarisieren der Indikatoren für die Messung des Outputs
	7.2.5 Analyse der Investitionen und Profite je Bundesland
	7.2.6 Analyse der Investitionen und Profite und der SROI-Koeffizienten
	7.2.7 Darstellung der Wirkungen in vier Dimensionen
<b>8 Reflexion</b>	8.1 Erkenntnisse der SROI Analyse
	8.2 Reflexion zur Methode der SROI Analyse
	8.3 Räumliche und raumplanerische Folgen

Quelle: (Reichelt, 2009 S. 28), eigene Adaptierung und Darstellung

### 7.1.1. Ziele der Analyse

Das Ziel dieser Analyse ist es, die sozialen Auswirkungen von zwei ausgewählten Pflege- und Betreuungsangeboten in den drei ausgewählten Bundesländern zu evaluieren. Aufbauend auf die Analyse des Pflegesystems und die dabei festgestellten Disparitäten soll nun die Wertschöpfungs- bzw. Wirkungskette der 24-Stunden-Betreuung und der stationären Pflege nachvollziehbar dargestellt werden. Um diese zwei Angebote gesamtwirtschaftlich betrachten zu können, wird eine spezielle Form der Kosten-Nutzen-Analyse, die SROI Analyse, verwendet. Einerseits soll diese Analyse einen Beitrag 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. Ziel ist es außerdem, eine fundierte Planungsbasis für zukünftige Planungen und Reformen der Politik zu schaffen.

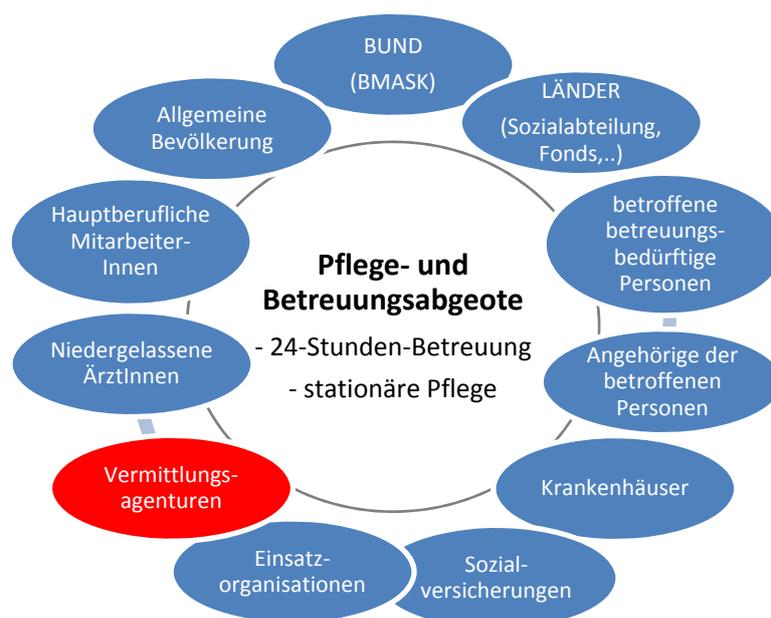
### 7.1.2. 24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflege

Gegenstand dieser Evaluierung sind die in Kapitel 5 „24-Stunden Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeangebote“ beschriebenen Angebote. Dabei wird aufbauend auf die Erkenntnisse der Versorgungssituation und die getätigten Investitionen nun eine Analyse der sozialen Erträge durchgeführt. Ziel ist es, für jedes der beiden Angebote einen SROI Koeffizienten zu berechnen. Dadurch können sowohl Erkenntnisse über einen Vergleich der beiden Angebote allgemein, als auch differenziert betrachtet in den drei Bundesländern gewonnen werden. Die Auswahl der zwei verschiedenen Pflege- und Betreuungsangebote wurde im ersten Kapitel bereits begründet. Beide Angebote richten sich an eine ähnliche Zielgruppe, sind jedoch sehr unterschiedlich in der Art der Versorgung und bei der jeweiligen Finanzierungsform. So wird angenommen, dass sich die gesamtwirtschaftlichen Folgen für beide Pflege- und Betreuungsformen in ihrer Ausprägung stark unterscheiden.

### 7.1.3. Stakeholder

Das Modell der SROI Analyse baut auf einer Stakeholder-basierten Betrachtungsweise auf. Dazu müssen in einem ersten Schritt alle Interessensgruppen identifiziert werden, welche entweder zu den Investitionen der ausgewählten Pflege- und Betreuungsleistungen beitragen oder/und von den Folgen und Wirkungen der Angebote profitieren. 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 41 sind die erfassten Stakeholder dargestellt. Anzumerken ist, dass die Interessensgruppen, die nur für eines der Pflegeangebote relevant sind, farblich dargestellt sind (rot: 24-Stunden-Betreuung).

Abbildung 41: Stakeholder



Quelle: eigene Konzeption und Darstellung

Die Auswahl der einzelnen Stakeholder basiert auf den bisherigen Erkenntnissen aus den vorangegangenen Kapiteln dieser Arbeit. In nachfolgender Tabelle wird die Auswahl der Stakeholder näher erläutert und deren übergeordnete Ziele dargestellt.

Tabelle 22: Auswahl der Stakeholder

Stakeholder	Hauptgrund für die Auswahl	Ziele der Stakeholder
<b>Betroffene betreuungsbedürftige Personen</b>	Leisten einen Beitrag zur Investition für 24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflege; Profitieren vom Angebot	Persönlichen Pflege- und Betreuungsbedarf durch eine angemessene Art der Versorgung zu decken
<b>Angehörige der betroffenen Personen</b>	Profitieren von den beiden Angeboten durch Entlastung bzw. Verringerung des informellen Betreuungsaufwandes	Bestmögliche Versorgung ihrer betroffenen Angehörigen; Art der Versorgung ist abhängig von der zur Verfügung stehenden Zeit und Bereitschaft selbst pflegerische und betruerische Unterstützung zu leisten
<b>Bund (BASK)</b>	Leisten den Hauptbeitrag zur Finanzierung von stationären Pflegeangeboten und zur 24-Stunden-Betreuung durch eine spezielle Förderung	Allgemeinen Pflege- und Betreuungsbedarf der Bevölkerung durch unterstützende Geldleistungen ermöglichen; Soziale Integration fördern
<b>Länder</b>	Sind hauptverantwortlich für das Pflegeangebot in ihrem Bundesland und tragen einen Großteil der Investitionen	Allgemeinen Pflege- und Betreuungsbedarf der Bevölkerung durch adäquate Versorgungsformen zu ermöglichen; Soziale Integration fördern
<b>Krankenhäuser</b>	Einsparungen durch Vermeidung von Behandlungsfällen durch fehlende oder unzureichende Pflege und Betreuung	Reduktion von Spitalsaufhalten und Behandlungsfällen. Abbau von stationären Betten
<b>Sozialversicherungen</b>	Zusätzliche Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge der MitarbeiterInnen dieser Pflege- und Betreuungsangebote	Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge durch mehr Beschäftigung
<b>Niedergelassene Ärzte</b>	Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle	Vermeidung von schweren Behandlungsfällen durch Prävention und bedarfsgerechte Pflege- und Betreuung
<b>Hauptberufliche MitarbeiterInnen</b>	Profitieren durch eine feste Beschäftigung und ein gesichertes Einkommen	Geregeltes und gesichertes Einkommen Soziales Engagement
<b>Einsatzorganisationen</b>	Einsparungen durch weniger Transporte durch Vermeidung von Unfällen	Einsätze reduzieren
<b>Vermittlungsagenturen</b>	Profitieren von der Vermittlung von 24-Stunden-Betreuungspersonen	Vermittlung von 24-Stunden-Betreuungspersonen
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Sicherheitsgefühl durch Absicherung im Alter; Ehrenamtliche Tätigkeit	Hohe Lebensqualität. Absicherung im Bedarfsfall

Quelle: eigene Konzeption und Darstellung

Diese Auswahl stellt alle relevanten Stakeholder für diese Analyse dar. Die genauen Investitionen und Erträge werden folglich in der Umsetzungsphase errechnet und dargestellt. Die Impact Value Chain ist in Kapitel 7.1.5 ausführlich erläutert.

#### *7.1.4. Umfang der Analyse*

Diese Analyse bezieht sich auf die zuvor beschriebenen zwei Pflege- und Betreuungsangebote in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland. Der Berechnungszeitraum für Investitionen beträgt ein Jahr und bezieht sich auf 2012. Die Datengrundlage für die Investitionen bildet die Analyse der Pflegesysteme in den Bundesländern. Der Erhebungs- und Bearbeitungszeitraum dieser 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.

#### *7.1.5. Impact Value Chains der einzelnen Stakeholder*

Die Impact Value Chain (Wirkungskette) der einzelnen Stakeholder bildet die Grundlage für die Erhebung der Investitionen und vor allem der sozialen Erträge (Outcome). Den Input stellen die Ressourcen bzw. Investitionen der jeweiligen Stakeholder dar, die sie für die Leistungsbereitstellung erbringen. Der Output sind Produkte und Leistungen, die durch die Bereitstellung des Angebots entstehen und direkt messbar sind. Das Outcome ist die dabei entstandene Wirkung und die sozialen Erträge.

**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 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.

**Outcome:** 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 das Outcome 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 Falle 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. 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.

In folgender Tabelle 23 ist die gesamte Impact Value Chain für alle Stakeholder dargestellt. Der blau geschriebene Text bezieht sich auf beide Angebote, rot nur auf die 24-h-Betreuung und grün auf die stationäre Versorgung.

Tabelle 23: Impact Value Chain der einzelnen Stakeholder

Stakeholder	Input (Investitionen)	Output	Outcome (Erträge)
Betroffene betreuungs- bedürftige Personen	Kostenanteil, Kosten für Adaptierung der Wohnungen	Anzahl der Personen, die professionelle bedarfsgerechte Pflege und Betreuung rund um die Uhr bekommen	Einsparung an Kosten/ Leistungsstunden für mobile Dienste besseres psychisches und physisches Wohlbefinden Mehr soziale Kontakte Einsparung der Lebenskosten für Wohnen, Essen,.. Zusätzlich gewonnene Lebensjahre
Angehörige der betroffenen Personen	Kosten für Adaptierung der Wohnungen	Anzahl der Pflege- und Betreuungszeit, die von professionellen Diensten übernommen wird	Einsparung von Zeit für Pflege und Betreuung geringere psychische und physische Belastung Nachgehen einer Erwerbsarbeit
Bund (BMASK)	24-h-Betreuung Förderung (60%) Pflegegeld	Anzahl an zusätzlichen Arbeitsplätzen	Zusätzliche Lohnsteuereinnahmen
Länder	24-h-Förderung (40%), Kostenanteil Heimkosten	Anzahl der betreuten betroffenen Personen Anzahl der Plätze	Einsparung an Kosten/ Leistungsstunden für mobile Dienste
Krankenhäuser		Anzahl der betroffenen Personen, die einen Spitalsaufenthalt vermeiden können	Einsparungen der Kosten für Spitalsaufenthalte und Folgekosten Verkürzung der Belagsdauer von älteren Patienten
Sozial- versicherungen		Anzahl an zusätzlichen Arbeitsplätzen	Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge
Niedergelassene Ärzte		Anzahl der betroffenen Personen, die nicht mehr betreut werden müssen	Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle durch Vermeidung von Stürzen,..
Hauptberufliche MitarbeiterInnen		Anzahl an MitarbeiterInnen	Beschäftigung und geregeltes Einkommen erhöhte physische und psychische Belastung
Einsatz- organisationen		Anzahl der betroffenen Personen, die keinen Transport benötigen	Einsparungen durch weniger Einsätze und Transporte
Vermittlungs- agenturen		Anzahl an vermittelten Betreuungspersonen	Vermittlungsprovision bei der 24-Stunden-Betreuung
Allgemeine Bevölkerung		Anzahl an betreuten Personen	Verbessertes Sicherheitsgefühl

Quelle: eigene Konzeption und Darstellung

### 7.1.6. Informations- und Datenquellen

Die Informations- und Datenquellen der Investitionen beziehen sich auf dieselbe Grundlage wie die Analyse des Pflege- und Sozialsystems in Kapitel 4.2. Die Daten stammen aus dem Sozialbericht des BMASK, den Sozialberichten der Länder sowie von 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 anderer Literatur. Die verwendete Literatur wird im Einzelfall explizit direkt angeführt, wenn diese von den oben genannten abweicht.

### 7.1.7. Erhebungsplan

Der Erhebungsplan zeigt die wesentlichen Erhebungsmethoden und den Umfang für die wichtigsten Stakeholder. Die Datengrundlage bzw. -quellen sind bereits im vorherigen Kapitel näher beschrieben worden. Den größten Teil der verwendeten Erhebungsmethoden stellt die Literaturrecherche aufbauend auf die bereits erarbeiteten Erkenntnisse dieser Arbeit dar. Zusätzlich dazu wurde Interviews mit betroffenen Personen und anderen identifizierten Stakeholdern durchgeführt.

Tabelle 24: Erhebungsplan

Stakeholder	Methode	InterviewpartnerInnen
<b>Betroffene betreuungsbedürftige Personen</b>	Persönliche Interviews	<b>6-10</b> BewohnerInnen des Pflegeheimes Rechnitz mit Erfahrungen mit mobilen und stationären Diensten
<b>Angehörige</b>	Persönliche Interviews	<b>4</b> betroffene Angehörige aus dem persönlichen Umfeld und dem Pflegeheim Rechnitz
<b>Bund</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Länder</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Krankenhäuser</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Sozialversicherungen</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Niedergelassene Ärzte</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Hauptberufliche MitarbeiterInnen</b>	Persönliche Interviews	<b>2</b> Interviews mit einer Mitarbeiterin des Pflegeheimes Rechnitz und einer Mitarbeiterin der Diakonie
<b>Einsatzorganisationen</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Vermittlungsagenturen</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Recherche, Dokumentenanalyse	-

Quelle: eigene Konzeption und Darstellung

## 7.2. Umsetzung der SROI Analyse

### 7.2.1. Datensammlung und –aufbereitung

Die Umsetzung der Analyse beginnt mit der Datenaufbereitung auf Basis der bisherigen Erkenntnisse der Diplomarbeit. 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, wie in Kapitel 5.1.4 Versorgungsangebote in den ausgewählten Bundesländern beschrieben. Die Berechnung der stationär versorgten Personen erfolgt über die Daten aus der Tabelle 12 in Kapitel 4.2.2.

Tabelle 25: PflegegeldbezieherInnen Wien, Niederösterreich, Burgenland 2012

Pflegegeld-bezieherInnen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe 3-7
€	154,20	284,30	442,90	664,30	902,30	1.260	1.655,80	
<b>Wien</b>	22.692	25.785	13.766	11.483	6.434	2.906	1.481	<b>36.070</b>
<b>Niederösterreich</b>	19.102	25.561	14.074	13.405	8.747	3.295	2.184	<b>41.705</b>
<b>Burgenland</b>	3.121	5.493	3.256	2.899	1.796	544	396	<b>8.891</b>

Quelle: (BMASK, 2012b), eigene Berechnung und Darstellung

Auf Grundlage der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den einzelnen Bundesländern wird in folgender Tabelle die Anzahl der in 24-h-Betreuung befindlichen Personen über den Versorgungsgrad laut Kapitel 5.1.4 gemessen am Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Stufe 3-7 berechnet. Für die Verteilung über die Pflegestufen wird mangels genauerer Daten dieselbe Verteilung in allen Bundesländern angenommen.

Tabelle 26: PflegegeldbezieherInnen mit 24-Stunden-Betreuung im Jahr 2012

davon Personen mit 24-h Betreuung	Anteil 3-7	absolut 3-7	Stufe 3 20%	Stufe 4 30%	Stufe 5 34%	Stufe 6 12%	Stufe 7 4%
<b>Wien</b>	4%	<b>1.443</b>	289	433	491	173	58
<b>Niederösterreich</b>	11%	<b>4.588</b>	918	1.376	1.560	551	184
<b>Burgenland</b>	13%	<b>1.156</b>	231	347	393	139	46

Quelle: Prozentuelle Aufteilung auf Stufen lt. (Hilfswerk, 2013), eigene Berechnung und Darstellung

Im stationären Bereich bezieht sich die Datengrundlage auf die Verrechnungstage und die Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2012. Um einen Vergleich mit der 24-h-Betreuung herstellen zu können, müssen die stationären Plätze aus den Verrechnungstagen abgeleitet werden. Ein Platz entspricht dabei den gesamten Verrechnungstagen dividiert durch 12 Monate und durch 30 Tage pro Monat. Ein Platz entspricht somit einem Bett und bedeutet, dass wenn eine betreuungsbedürftige Person dieses genau ein Jahr belegt, können genauso viele Personen betreut werden wie Betten vorhanden sind. In der Realität versterben einige der betreuten Personen aber schon im ersten Jahr und daher ergibt sich eine deutlich geringere Anzahl an tatsächlichen Betten als betreute Personen im gesamten Jahr. Weiters wurde aus der bestehenden Datengrundlage die Anzahl der beschäftigten Personen in Köpfe und Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entnommen. Die Berechnung ist in folgender Tabelle 27 zu sehen.

Tabelle 27: PflegegeldbezieherInnen in stationärer Betreuung im Jahr 2012

davon Personen in stationärer Betreuung	Verrechnungstage	Plätze (Verrechnungstage/30/12)	Betreute Personen	MitarbeiterInnen	
				Köpfe	VZÄ
<b>Wien</b>	3.509.320	9.748	13.580	11.169	9.692
<b>Niederösterreich</b>	3.055.993	8.489	12.789	5.712	4.664
<b>Burgenland</b>	535.229	1.487	2.025	1.012	854

Quelle: Verrechnungstage und Anzahl der betreuten Personen lt. (BMASK, 2012b), Plätze = eigene Berechnung und Darstellung

Aufbauend auf die Anzahl der Plätze wird die Verteilung über die Pflegestufen für die stationäre Betreuung berechnet. Die Daten für die prozentuelle Verteilung stammen aus dem Sozialbericht des Burgenlandes aus dem Jahr 2013. Da keine detaillierte Aufschlüsselung über die Verteilung über die Pflegestufen in den einzelnen Bundesländern vorliegt, wurde diese Verteilung auf alle Bundesländer übertragen. Wie in Kapitel 5.2.2 schon angemerkt, kann es hier zu einer Abweichung besonders im Vergleich zu Wien kommen. Durch diese Annahme besteht eine gewisse Unschärfe in der Berechnung der Kosten.

Tabelle 28: Stationäre betreute Personen aufgeteilt nach Pflegestufen im Jahr 2012

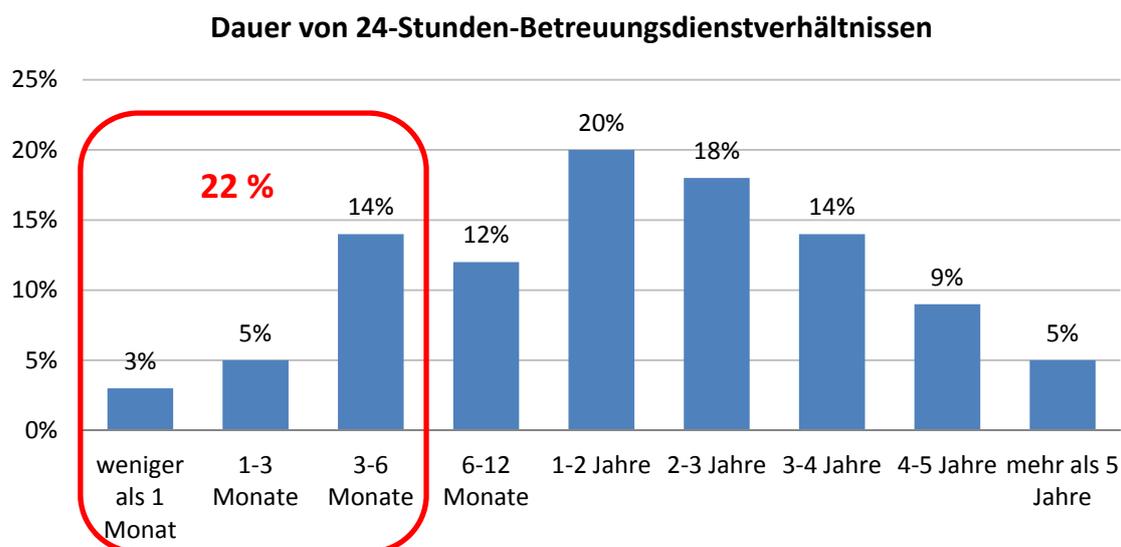
PflegegeldbezieherInnen in stationärer Betreuung aufgeteilt auf Pflegestufen	Plätze gesamt	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7
		2%	11%	17%	31%	26%	7%	6%
<b>Wien</b>	<b>9.748</b>	195	1.072	1.657	3.022	2.535	682	585
<b>Niederösterreich</b>	<b>8.489</b>	170	934	1.443	2.632	2.207	594	509
<b>Burgenland</b>	<b>1.487</b>	30	164	253	461	387	104	89

Quelle: Prozentuelle Aufteilung auf Stufen lt. (Amt der Burgenländischen Landesregierung, 2013 S. 122ff.), eigene Berechnung und Darstellung

### 7.2.2. 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 Outcomes ab, so erhält man den sozialen Mehrwert, 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. In folgender Abbildung 42 ist die Dauer von Betreuungsverhältnissen, wie auch schon in Kapitel 5.1.2 beschrieben, dargestellt. Daraus abgeleitet ergibt sich für gesamt Österreich ein Prozentsatz von 22% als Deadweight für 24-Stunden-Betreuung. Dieser Anteil wird von allen festgestellten Outcomes, die auf Basis der betroffenen Personen berechnet wurden, als Abschlag abgezogen. Für alle anderen Outcomes, die sich bspw. auf die Anzahl der MitarbeiterInnen oder der Angehörigen beziehen, gibt es kein Deadweight.

Abbildung 42: Dauer von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen, siehe auch Abbildung 34



Quelle: Daten (Hilfswerk, 2013), eigene Darstellung

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 29 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 Outcomes abgezogen.

Tabelle 29: Deadweight stationäre Pflege und Betreuung

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

Quelle: Verrechnungstage und Anzahl der betreuten Personen lt. (BMASK, 2012b), Plätze und Deadweight = eigene Berechnung und Darstellung

### 7.2.3. Investitionen

Die Berechnung der Investitionen erfolgt auf Basis der zuvor beschriebenen Datenaufbereitung mit der Anzahl der betroffenen Personen und der jeweiligen Aufteilung auf die Pflegestufen.

**24-Stunden-Betreuung:** Für die Berechnung der Investitionen werden die gesamten Kosten, die sich durch die durchschnittlichen monatlichen Kosten von 2.428 € (siehe Kapitel 5.1.3) 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 (siehe Kapitel 5.1.3). 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.

Folgende Tabelle 30 zeigt die Aufteilung der Investitionen auf die einzelnen Stakeholder. Das Ergebnis zeigt, dass rund 45% der Kosten für eine 24-Stunden-Betreuung von den betroffenen Personen selbst getragen werden müssen. Rund denselben Anteil trägt der Bund mit insgesamt 46%, aufgeteilt auf 33% über das Pflegegeld und 13% über die spezielle Förderung. Das Land beteiligt sich mit rund 9% an den gesamten Kosten für die 24-Stunden-Betreuung. Das bedeutet, umgelegt auf die monatlichen Kosten pro betroffener Person bleibt ein Betrag von rund 1.100 €, der selbst zu leisten ist. Die Differenz von rund 1.300 € wird von der öffentlichen Hand über Pflegegeld und Subventionen gefördert.

**Tabelle 30: 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	44,6%	€ 59.680.765	44,6%	€ 15.037.263	44,6%
Bund (BMASK)	24-h-Betreuung Förderung (60%)	€ 5.526.383	13,1%	€ 17.571.064	13,1%	€ 4.427.234	13,1%
Bund (BMASK)	Pflegegeld	€ 14.062.047	33,4%	€ 44.710.097	33,4%	€ 11.265.229	33,4%
Länder	24-h-Betreuung Förderung (40%)	€ 3.684.255	8,8%	€ 11.714.043	8,8%	€ 2.951.489	8,8%
<b>Summe</b>		<b>€ 42.043.248</b>	<b>100%</b>	<b>€ 133.675.968</b>	<b>100%</b>	<b>€ 33.681.216</b>	<b>100%</b>

Quelle: PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012b), betroffene Personen, Aufteilung auf Pflegestufen und Förderungen (Hilfswerk, 2013), eigene Berechnungen und Darstellung

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 31). 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.

Im Vergleich zu der vorherigen Tabelle zeigt sich, dass der Anteil der Kosten, der von den betroffenen betreuungsbedürftigen Personen getragen werden muss, prozentuell an den Gesamtkosten nur gering zunimmt. Hingegen übernehmen die Angehörigen durch die Beteiligung an der Adaptierung der Wohnung rund 3% der Gesamtkosten für die Betreuung. 44% entfallen auf den Bund und rund 8% auf die Länder. Somit sinkt dadurch der Anteil der öffentlichen Hand an den Gesamtkosten für eine 24-Stunden-Betreuung knapp 52%.

**Tabelle 31: Investitionen für 24-Stunden-Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012 inkl. Adaptierung der Wohnung**

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%
<b>Summe</b>		<b>€ 44.214.963</b>	<b>100%</b>	<b>€ 140.580.908</b>	<b>100%</b>	<b>€ 35.420.996</b>	<b>100%</b>

Quelle: PflegegeldbezieherInnen (BMASK, 2012b), betroffene Personen, Aufteilung auf Pflegestufen und Förderungen (Hilfswerk, 2013), Kosten für Adaptierung der Wohnung eigene Annahmen, eigene Berechnungen und Darstellung

**Stationäre Pflege und Betreuung:** Die Investitionen für die stationäre Pflege und Betreuung setzen sich, wie in Kapitel 5.2.3, aus den Beiträgen und Ersätzen der BewohnerInnen, dem Pflegegeld, welches sie beziehen und den restlichen Kosten, die durch das Land getragen werden, zusammen. Das Pflegegeld errechnet sich aus der Aufteilung nach Tabelle 28 und beinhaltet eine gewisse Unschärfe, da die Aufteilung nicht bundeslandspezifisch verfügbar ist. Der Kostenanteil der BewohnerInnen entspricht den Beiträgen und Ersätzen laut Tabelle 12 abzüglich des zuvor berechneten Pflegegeldes. Der Anteil, der von den Ländern getragen werden muss, errechnet sich aus der Differenz der Bruttokosten laut Tabelle 12 und dem Pflegegeld sowie dem Kostenanteil der BewohnerInnen.

In folgender Tabelle 32 sind die Investitionen für stationäre Pflege und Betreuung jedes Bundeslandes aufgelistet. Dabei zeigt sich, wie in Kapitel 4.2.2 und Kapitel 5.2.3 schon beschrieben, 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.

**Tabelle 32: 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 (Nettokosten+ sonstige Einnahmen)	€ 480.231.280	67,3%	€ 159.466.931	47,9%	€ 28.579.636	51,6%
<b>Summe</b>		<b>€ 713.441.000</b>	<b>100%</b>	<b>€ 332.784.921</b>	<b>100%</b>	<b>€ 55.403.662</b>	<b>100%</b>

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

#### 7.2.4. Monetarisierung der Indikatoren

Die Monetarisierung der Indikatoren ist einer der wichtigsten Schritte für die Evaluierung der sozialen Erträge. Hierbei werden die zuvor in Kapitel 7.1.5 bestimmten Outcomes 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 Kapitel werden die Outcomes der einzelnen Stakeholder für beide Angebote erst textlich mit den relevanten Zahlen als Grundlage für die Monetarisierung beschrieben und die Berechnung anschließend tabellarisch

dargestellt. Im darauffolgenden Kapitel werden die Ergebnisse je Stakeholder in tabellarischer Form 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.

Tabelle 33: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*2*365*13 = € 13.694.070	4.588*2*365*9 = € 30.143.160	1.156*2*365*19 = € 4.219.400	<b>€ 48.056.630</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*4*365*13 = € 185.017.040	8.489*4*365*9 = € 111.545.460	1.487 *4*365*19 = € 10.855.100	<b>€ 307.417.600</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

- 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 Einfluss auf ihren psychischen Zustand hat. 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.

**Tabelle 34: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*30%*253 = € 101.666	4.588*30%*253 = € 323.244	1.156*30%*253 = € 81.445	<b>€ 506.355</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*30%*253 = € 686.789	8.489*30%*253 = € 598.087	1.487*30%*253 = € 104.766	<b>€ 1.389.641</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

- 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 das entsprechende Outcome zu erhalten.

**Tabelle 35: 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
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	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	<b>€ 210.657.552</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

- 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 dieses 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.

**Tabelle 36: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*50.000*40% = € 28.860.000	4.588*50.000*40% = € 91.760.000	1.156*50.000*40% = € 23.120.000	<b>€ 143.740.000</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*50.000*40% = € 194.960.000	8.489*50.000*40% = € 169.780.000	1.487*50.000*40% = € 29.740.000	<b>€ 394.480.000</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

### 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.

**Tabelle 37: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*253*25% = € 84.721	4.588*253*25% = € 269.370	1.156*253*25% = € 67.871	<b>€ 421.963</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*253*35% = € 801.253	8.489*253*35% = € 697.768	1.487*253*35% = € 122.226	<b>€ 1.621.248</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

- 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 Nettjahresgehalt für eine Vollzeit- sowie Teilzeitbeschäftigung wird für 18% der pflegenden Angehörigen als Outcome berechnet. Als Monetarisierungsgrundlage dienen die durchschnittlichen bundeslandspezifischen Nettjahreseseinkommen aus dem Jahr 2012. (Statistik Austria, 2012c) In Wien liegt der Median des Nettjahreseseinkommen 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 Nettjahreseseinkommen 20.480 € und im

Burgenland 20.076 €. Die Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuerabgaben werden zu den Outcomes des Bundes bzw. der Sozialversicherung gezählt.

**Tabelle 38: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*18%*18.421 = € 4.784.671	4.588*18%*20.480 = € 16.913.203	1.156*18%*20.076 = € 4.177.414	<b>€ 25.875.288</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*18%*18.421 = € 32.322.223	8.489*18%*20.480 = € 31.293.850	1.487*18%*20.076 = € 5.373.542	<b>€ 68.989.615</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## 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.

**Tabelle 39: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*18%*1.987 = € 516.103	4.588*18%*2.909 = € 2.402.369	1.156*18%*2.724 = € 566.810	<b>€ 3.485.282</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	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	<b>€ 106.003.946</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## Länder

- Einsparungen an Kosten für Leistungsstunden von mobilen Diensten:

Die Einsparungen der Länder bei mobilen Diensten beziehen sich hier auf die zuvor bei den betroffenen Personen errechneten Finanzierungsbeiträge pro Leistungsstunde. Analog zu den Einsparungen der Kosten für die betroffenen Personen wird das Outcome in diesem Fall mit dem Kostenanteil der Länder berechnet.

Tabelle 40: 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	Bgl.	Summe
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*2*365*22 = € 23.174.580	4.588*2*365*13 = € 43.540.120	1.156*2*365*19 = € 16.033.720	<b>€ 82.748.420</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*4*365*22 = € 313.105.760	8.489*4*365*13 = € 161.121.220	1.487 *4*365*19 = € 41.249.380	<b>€ 515.476.360</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## 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 Krankenhausaufenthalte 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 (Mittelwert 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 Wundliegegeschwüren 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 Mangelerkrankungen 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.

Tabelle 41: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*(65%*10.530	4.588*(65%*10.530	1.156*(65%*10.530	
	+10%*2.015	+10%*2.015	+10%*2.015	
	+5%*3.192	+5%*3.192	+5%*3.192	
	+10%*2.779)	+10%*2.779)	+10%*2.779)	<b>€ 53.782.154</b>
	= € 10.798.337	= € 34.333.174	= € 8.650.643	
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*(65%*10.530	8.489*(65%*10.530	1.487*(65%*10.530	
	+10%*2.015	+10%*2.015	+10%*2.015	
	+15%*3.192	+15%*3.192	+15%*3.192	
	+10%*2.779)	+10%*2.779)	+10%*2.779)	<b>€ 153.894.636</b>
	= € 76.057.844	= € 66.234.616	= € 11.602.176	

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

- 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%.

Tabelle 42: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*65%*934 = € 876.019	4.588*65%*753 = € 2.246.446	1.156*65%*521 = € 391.323	<b>€ 3.513.788</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.748*80%*934 = € 7.283.488	8.489*80%*753 = € 5.115.707	1.487*80%*521 = € 619.534	<b>€ 13.018.729</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## 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.

**Tabelle 43: Berechnung der Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge**

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				
	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	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	<b>€ 40.802.438</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	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	<b>€ 126.958.742</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## 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.

**Tabelle 44: Berechnung der Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle im niedergelassenen Bereich**

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

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

### 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)

**Tabelle 45: Berechnung der Profite der hauptberuflichen MitarbeiterInnen**

	Wien	NÖ	Bgld.	Summe
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)				
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	2.886	9.176	2.312	<b>€ 36.021.244</b>
	*(60*14*12-7.574) = € 7.232.316	*(60*14*12-7.574) = € 22.995.056	*(60*14*12-7.574) = € 5.793.872	
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	9.692	4.664	854	<b>€ 114.298.644</b>
	*(26.660 – 18.421) = € 79.854.860	*(26.660 – 20.480) = € 28.821.048	*(26.660 – 20.076) = € 5.622.736	

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

- **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.

Tabelle 46: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	1.443*2 *253*30%*-1 = -€ 203.331	4.588*2 *253*30%*-1 = -€ 646.489	1.156*2 *253*30%*-1 = -€ 162.890	<b>- € 1.012.710</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	11.169 *253*30%*-1 = -€ 786.904	5.712 *253*30%*-1 = -€ 402.435	1.012 *253*30%*-1 = -€ 71.300	<b>- € 1.260.639</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

### 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.

Tabelle 47: Berechnung der Einsparungen durch weniger Einsätze

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

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

### Vermittlungsagenturen

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

Tabelle 48: Berechnung der Profite der Vermittlungsagenturen

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

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

## 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.

Tabelle 49: 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
<b>24-Stunden-Betreuung</b>	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	<b>€ 7.663.747</b>
<b>Stationäre Pflege und Betreuung</b>	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	<b>€ 30.654.988</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

### 7.2.5. Gegenüberstellung der Investitionen und Profite der einzelnen Bundesländer

In diesem Kapitel werden die Investitionen, die Erträge, 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 jedes Bundesland errechnet. Weiters gewinnt man einen Überblick über den Anteil der einzelnen Stakeholder am gesamten Impact.

Tabelle 50: Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung in Wien

Versorgungsform	24-Stunden-Betreuung		SROI - Koeffizient			
Bundesland	Wien		1: 1,94			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome 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%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>44.214.963</b>	<b>100%</b>	<b>102.938.007</b>	<b>-16%</b>	<b>85.791.346</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

In Tabelle 50 ergibt sich bei der 24-Stunden-Betreuung in Wien ein SROI Koeffizient von 1:1,94. 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 stärksten 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.

Tabelle 51: Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung in Niederösterreich

Versorgungsform	24-Stunden-Betreuung		<b>SROI - Koeffizient</b>			
Bundesland	Niederösterreich		<b>1: 1,68</b>			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	63.823.729	45%	122.226.404	-22%	95.336.595	40%
Angehörige der betroffenen Personen	2.761.976	2%	17.182.574	0%	17.123.312	7%
Bund	62.281.161	44%	2.402.369	0%	2.402.369	1%
Länder	11.714.043	8%	43.540.120	-22%	33.961.294	14%
Krankenhäuser		0%	36.579.619	-22%	28.532.103	12%
Sozialversicherungen		0%	26.168.117	0%	26.168.117	11%
Niedergelassene Ärzte		0%	332.786	-22%	259.573	0%
Betreuungskräfte		0%	22.348.567	0%	22.348.567	9%
Einsatzorganisationen		0%	779.960	-22%	608.369	0%
Vermittlungsagenturen		0%	4.877.044	0%	4.877.044	2%
Allgemeine Bevölkerung		0%	3.935.386	0%	3.935.386	2%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>140.580.908</b>	<b>100%</b>	<b>280.372.946</b>	<b>-16%</b>	<b>235.552.729</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

In Niederösterreich ergibt sich für die 24-Stunden-Betreuung ein SROI Koeffizient von 1:1,68. Beim Vergleich mit Wien zeigt sich, dass das Land einen deutlich niedrigeren Anteil an den gesamten Wirkungen hat. Der Grund dafür liegt in den unterschiedlichen Kosten für mobile Dienste. In Niederösterreich und im Burgenland bestätigt sich die Ähnlichkeit der beiden Pflegesysteme, wie schon in Kapitel 4.2.2 festgestellt wurde, da sich zeigt, dass beide SROI Koeffizienten gleich hoch sind. Jedoch ist anzumerken, dass die Verteilung der Wirkungen geringfügig abweicht.

Tabelle 52: Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung im Burgenland

Versorgungsform	24-Stunden-Betreuung		SROI - Koeffizient			
Bundesland	Burgenland		1: 1,70			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	16.081.131	45%	27.420.845	-22%	21.388.259	36%
Angehörige der betroffenen Personen	695.912	2%	4.245.285	0%	4.230.353	7%
Bund	15.692.463	44%	566.810	0%	566.810	1%
Länder	2.951.489	8%	16.033.720	-22%	12.506.302	21%
Krankenhäuser		0%	9.041.966	-22%	7.052.733	12%
Sozialversicherungen		0%	6.567.144	0%	6.567.144	11%
Niedergelassene Ärzte		0%	83.849	-22%	65.402	0%
Betreuungskräfte		0%	5.630.982	0%	5.630.982	9%
Einsatzorganisationen		0%	196.520	-22%	153.286	0%
Vermittlungsagenturen		0%	1.228.828	0%	1.228.828	2%
Allgemeine Bevölkerung		0%	660.569	0%	660.569	1%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>35.420.996</b>	<b>100%</b>	<b>71.676.518</b>	<b>-16%</b>	<b>60.050.668</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Im Burgenland ergibt sich ein SROI Koeffizient von 1: 1,70. Den höchsten Anteil an den gesamten Wirkungen erreichen die betroffenen Personen, dennoch liegt dieser Anteil unter denen der anderen beiden Bundesländer. Der SROI Koeffizient der 24-Stunden-Betreuung im Burgenland ist in etwa gleich hoch wie der der stationären Pflege und Betreuung in Niederösterreich. Die Investitionen werden prozentuell gesehen in allen Bundesländern gleich auf die Stakeholder aufgeteilt. Der Unterschied der SROI Koeffizienten ergibt sich durch die Profite, da hier bei der Berechnung bundeslandspezifische Kosten angesetzt wurden. Das unterscheidet die Analyse der 24-Stunden-Betreuung von der stationären Pflege, da hier auch bundeslandspezifische Investitionen vorliegen.

Tabelle 53: Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung in Wien

Versorgungsform	stationäre Pflege und Betreuung	<b>SROI - Koeffizient</b>				
Bundesland	Wien	<b>1: 1,27</b>				
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead- weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungs- bedürftige 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%
Sozial- versicherungen		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%
Einsatz- organisationen		0%	1.657.160	-28%	1.193.155	0%
Allgemeine Bevölkerung		0%	12.271.168	0%	12.271.168	1%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>713.441.000</b>	<b>100%</b>	<b>1.154.564.535</b>	<b>-22%</b>	<b>906.089.610</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

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 1:1,27. 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 dem 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.

Tabelle 54: Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung in Niederösterreich

Versorgungsform	stationäre Pflege und Betreuung	<b>SROI - Koeffizient</b>				
Bundesland	Niederösterreich	<b>1: 1,66</b>				
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead- weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungs- bedürftige Personen	98.167.012	29%	370.344.971	-34%	244.427.681	44%
Angehörige der betroffenen Personen		0%	31.991.617	-1%	31.754.376	6%
Bund	75.150.978	23%	34.292.050	0%	34.292.050	6%
Länder	159.466.931	48%	161.121.220	-34%	106.340.005	19%
Krankenhäuser		0%	71.350.323	-34%	47.091.213	9%
Sozial- versicherungen		0%	41.481.760	0%	41.481.760	8%
Niedergelassene Ärzte		0%	703.704	-34%	464.445	0%
Hauptberufliche MitarbeiterInnen		0%	28.418.613	0%	28.418.613	5%
Einsatz- organisationen		0%	1.443.130	-34%	952.466	0%
Allgemeine Bevölkerung		0%	15.741.544	0%	15.741.544	3%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>332.784.921</b>	<b>100%</b>	<b>756.888.933</b>	<b>-27%</b>	<b>550.964.153</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

In Niederösterreich ergibt sich ein SROI Koeffizient von 1:1,66, dieser liegt somit zwischen Wien und dem Burgenland. Dieses Bild hat sich auch schon in der Analyse der Pflegesysteme gezeigt, wobei Wien noch stärker als das Burgenland abweicht. Einer der Unterschiede erklärt sich durch die Höhe des Deadweights, welches von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ist und in Niederösterreich am höchsten ist. In Niederösterreich liegt der Anteil der Länder an den gesamten Wirkungen unter dem Wiens. Die Erklärung liegt bei den Kosten und somit den Einsparungen der mobilen Dienste, welche in Niederösterreich den geringsten Länderanteil haben. Hauptberufliche MitarbeiterInnen profitieren in Niederösterreich nicht so stark wie in Wien, da hier die Gehaltsunterschiede nicht so groß sind. Dies ist wiederum der Grund warum der Anteil der Angehörigen an den gesamten Wirkungen ein größerer ist.

Tabelle 55: Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung im Burgenland

Versorgungsform	stationäre Pflege und Betreuung	<b>SROI - Koeffizient</b>				
Bundesland	Burgenland	<b>1: 1,94</b>				
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead- weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungs- bedürftige Personen	13.659.990	25%	55.902.954	-27%	40.809.156	38%
Angehörige der betroffenen Personen		0%	5.495.769	-1%	5.462.767	5%
Bund	13.164.036	24%	6.194.706	0%	6.194.706	6%
Länder	28.579.636	52%	41.249.380	-27%	30.112.047	28%
Krankenhäuser		0%	12.221.710	-27%	8.921.849	8%
Sozial- versicherungen		0%	7.501.428	0%	7.501.428	7%
Niedergelassene Ärzte		0%	123.266	-27%	89.984	0%
Hauptberufliche MitarbeiterInnen		0%	5.551.436	0%	5.551.436	5%
Einsatz- organisationen		0%	252.790	-27%	184.537	0%
Allgemeine Bevölkerung		0%	2.642.276	0%	2.642.276	2%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>55.403.662</b>	<b>100%</b>	<b>137.135.715</b>	<b>-22%</b>	<b>107.470.187</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Die stationäre Pflege und Betreuung im Burgenland erreicht den höchsten SROI Koeffizienten. Erstens sind die Investitionen bzw. die Kosten pro Pflegeheimplatz in diesem Bundesland am niedrigsten. Des Weiteren ist das geringste Deadweight festgestellt worden und die Profite sind am höchsten.

Aus diesen bundeslandspezifischen Koeffizienten und Berechnungen wurde ein gesamter Koeffizient für die 24-Stunden-Betreuung und die stationäre Pflege und Betreuung errechnet. Dieser ergibt sich aus der Summe der einzelnen Ergebnisse und stellt somit einen Mittelwert der drei ausgewählten Bundesländer dar.

### 7.2.6. Gegenüberstellung der Investitionen und Profite gesamt und der SROI-Koeffizienten

Tabelle 56: Investitionen und Profite gesamt für 24-Stunden-Betreuung

Versorgungsform	24-Stunden-Betreuung		<b>SROI - Koeffizient</b>			
Bundesland	Wien, NÖ, Bgld		<b>1: 1,73</b>			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	99.978.452	45%	192.302.985	-22%	149.996.328	39%
Angehörige der betroffenen Personen	4.326.574	2%	26.297.250	0%	26.204.419	7%
Bund	97.562.053	44%	3.485.282	0%	3.485.282	1%
Länder	18.349.787	8%	82.748.420	-22%	64.543.768	17%
Krankenhäuser		0%	57.295.942	-22%	44.690.834	12%
Sozialversicherungen		0%	40.802.438	0%	40.802.438	11%
Niedergelassene Ärzte		0%	521.302	-22%	406.615	0%
Betreuungskräfte		0%	35.008.534	0%	35.008.534	9%
Einsatzorganisationen		0%	1.221.790	-22%	952.996	0%
Vermittlungsagenturen		0%	7.639.781	0%	7.639.781	2%
Allgemeine Bevölkerung		0%	7.663.747	0%	7.663.747	2%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>220.216.867</b>	<b>100%</b>	<b>454.987.471</b>	<b>-16%</b>	<b>381.394.743</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Für die 24-Stunden-Betreuung ergibt sich somit ein SROI Koeffizient von 1: 1,73. Dieser Wert liegt über dem der stationären Pflege und ist vor allem durch die deutlich höheren Kosten zu begründen. Beide Angebote unterscheiden sich jedoch stark in ihrer Finanzierung der Verteilung der Wirkungen auf die Stakeholder was in Tabelle 56 und Tabelle 57 klar ersichtlich ist. So sind die Profite 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.

Tabelle 57: Investitionen und Profite gesamt für stationäre Pflege und Betreuung

Versorgungsform	stationäre Pflege und Betreuung		<b>SROI - Koeffizient</b>			
Bundesland	Wien, NÖ, Bgld		<b>1: 1,42</b>			
Stakeholder	Input in €	% des Inputs	Outcome in €	Dead-weight	Impact in €	% des Impacts
Betroffene betreuungsbedürftige Personen	258.740.134	23%	913.944.793	-30%	636.378.582	41%
Angehörige der betroffenen Personen		0%	70.610.863	-1%	70.116.270	4%
Bund	174.611.602	16%	106.003.946	0%	106.003.946	7%
Länder	668.277.847	61%	515.476.360	-30%	361.888.200	23%
Krankenhäuser		0%	166.913.366	-30%	116.018.821	7%
Sozialversicherungen		0%	126.958.742	0%	126.958.742	8%
Niedergelassene Ärzte		0%	1.635.041	-31%	1.136.240	0%
Hauptberufliche MitarbeiterInnen		0%	113.038.005	0%	113.038.005	7%
Einsatzorganisationen		0%	3.353.080	-31%	2.330.158	0%
Allgemeine Bevölkerung		0%	30.654.988	0%	30.654.988	2%
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.101.629.583</b>	<b>100%</b>	<b>2.048.589.183</b>	<b>-24%</b>	<b>1.564.523.951</b>	<b>100%</b>

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

Die stationäre Pflege und Betreuung in Wien, Niederösterreich und im Burgenland erzielt einen SROI Koeffizienten von 1:1,42 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.

In folgender Tabelle 58 sind die soeben berechneten SROI-Koeffizienten der einzelnen Bundesländer und jeweiligen Angebote noch einmal zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 58: SROI Koeffizienten der beiden Pflegeangebote in den einzelnen Bundesländern und gesamt

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

Quelle: eigene Berechnung und Darstellung

### 7.2.7. Auswirkungen in vier Wirkungsdimensionen

In folgenden Tabellen werden die festgestellten Auswirkungen der zwei untersuchten Pflege- und Betreuungsangebote in vier Wirkungsdimensionen beschrieben. Das Konzept beruht auf dem neuesten Ansatz Kehl und Thel (Kehl, et al., 2012 S. 321f.), welcher in Kapitel 6.2.3 bereits genauer beschrieben wurde. Die Inhalte der Tabellen basieren auf den zuvor erarbeiteten Erkenntnissen aus der SROI-Analyse, sowie den Interviews und der Analyse der Pflege- und Sozialsysteme.

Bei der ökonomischen Funktion wird der zuvor errechnete SROI-Koeffizient der jeweiligen Angebote gesamt als Index herangezogen. Die weiteren Ausführungen zu den politischen, sozialen und kulturellen Funktionen konzentrieren sich auf qualitative textliche Aussagen. So werden keine Indizes in den anderen Wirkungsdimensionen bestimmt, sondern die Erkenntnisse monetären, quantitativen und qualitativen Aussagen zugeordnet. In der ersten Tabelle folgend sind die Auswirkungen der 24-Stunden-Betreuung beschrieben.

Tabelle 59: Auswirkungen der 24-Stunden-Betreuung in vier Wirkungsdimensionen

	<b>Ökonomische Funktion</b> (Dienstleistungen)	<b>Politische Funktion</b> (Partizipation/ Willensbildung)	<b>Soziale Funktion</b> (Integration/ Stabilisierung)	<b>Kulturelle Funktion</b> (Werteentwicklung)
<b>Medium</b>	Geld	Teilhabe (Macht)	Vertrauen	Werte/ Normen
<b>Index</b>	SROI-Koeffizient 1: 1,73	Partizipations-index	Integrations-index	Identitäts-Werteindex
<b>Monetär</b>	24-Stunden-Betreuung erzielt die größten Wirkungen bei den Stakeholdern der betroffenen Personen und der Länder sowie der ebenfalls vom Land finanzierten Krankenhäuser; eine hervorzuhebende Wirkung wird durch die Entlastung auch bei den Angehörigen erzielt; grundsätzlich ist festzustellen, dass bei dieser Maßnahme der Bund einen Großteil der Investitionen trägt, jedoch nur einen geringer Anteil an Wirkungen erzielt	24—Stunden-Betreuung hat sich aus der Legalisierung illegaler Beschäftigungsverhältnisse entwickelt; davor hatte die Politik bzw. der Staat keinen Einfluss auf das Angebot; durch die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens und die Förderung über Geldleistungen hat die Politik nun Einfluss auf das Angebot	24-Stunden-Betreuung deckt einen bisher ungedeckten Bedarf ab; richtet sich an die Zielgruppe der stationären Pflege	Kulturell liegt die Verantwortung von Pflege und Betreuung immer noch in der Familie bzw. bei den Angehörigen; viele Faktoren, wie die steigende Erwerbsquote bei Frauen und die niedrige Geburtenrate zwingen den Staat mehr Verantwortung zu übernehmen; die 24-Stunden-Betreuung hat sich erst seit einigen Jahren entwickelt und stellt ein weiteres Angebote auf dem Pflegesektor dar

Quantitativ	Meist zwei BetreuerInnen pro betroffener Person, welche sich im zweiwöchigen Intervall abwechseln; Insgesamt 14.100 betroffene Personen österreichweit, die von 24-Stunden-Betreuungskräften versorgt werden; rund 3,2 % der gesamten Pflegegeld-bezieherInnen	Vor allem in den östlichen Bundesländern, mit Ausnahme von Wien, steigt der Anteil an Betroffenen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen deutlich an; die Dienstleistung wird in den wenigsten Fällen von österreichischen Pflegekräften angeboten; rund 50% der Betreuungskräfte stammen aus der Slowakei	Dieses Angebot ist eine „Cloud“-Dienstleistung, da sie nicht ortsgebunden ist und in den eigenen vier Wänden angeboten wird; Burgenland hat den höchsten Anteil an 24-Stunden-Betreuung, gefolgt von Niederösterreich, Wien hat österreichweit den geringsten Anteil	Die 24-Stunden-Betreuung ist vor allem in ländlichen Gemeinden im Osten Österreichs eine akzeptierte und angenommene Betreuungsform, auch wenn sie nur von rund 3% der Pflegegeld-bezieherInnen in Anspruch genommen wird
	Qualitativ	Bund und Länder finanzieren die Förderung; die Leistungserbringung erfolgt zum größten Teil von ausländischen Betreuungskräften aus den angrenzenden östlichen Ländern; für die Qualitätssicherung und Vermittlung sind meist privat organisierte Vermittlungs-agenturen zuständig	Durch die Förderung wurde eine bestimmte Zielgruppe und damit verbundene Voraussetzungen definiert; Personen, die sich diese Betreuungsform trotz Förderung und Pflegegeld nicht leisten können, haben keine Möglichkeit diese in Anspruch zu nehmen	Es kommt zu einem sehr intimen und persönlichen Verhältnis zwischen den betroffenen Personen und der Betreuungskraft; Probleme bestehen oft durch sprachliche Barrieren; Betreuungskraft wird zu Hauptbezugsperson; betroffene Personen sind trotzdem noch stark auf die Unterstützung von Angehörigen und zusätzlichen mobilen Diensten angewiesen

Quelle: eigene Darstellung

In folgender Tabelle 60 sind die Auswirkungen der stationären Pflege und Betreuung in vier Wirkungsdimensionen dargestellt. Auch hier liegt der Schwerpunkt auf der tabellarischen, textlichen Zusammenfassung der wesentlichsten Erkenntnisse der vorangegangenen Analysen. Diese beiden Tabellen stellen den Abschluss der SROI-Analyse dar und leiten zu der Reflexion der gesamten Arbeit über.

Tabelle 60: Auswirkungen der stationären Pflege und Betreuung in vier Wirkungsdimensionen

	<b>Ökonomische Funktion</b> (Dienstleistungen)	<b>Politische Funktion</b> (Partizipation/ Willensbildung)	<b>Soziale Funktion</b> (Integration/ Stabilisierung)	<b>Kulturelle Funktion</b> (Werteentwicklung)
<b>Medium</b>	Geld	Teilhabe (Macht)	Vertrauen	Werte/ Normen
<b>Index</b>	SROI-Koeffizient 1: 1,42	Partizipations-index	Integrations-index	Identitäts-Werteindex
<b>Monetär</b>	Stationäre Pflege und Betreuung erzielt ebenso die größten Wirkungen bei den Stakeholdern der betroffenen Personen und der Länder sowie der Krankenhäuser; die erzielten Wirkungen auf die Stakeholder der Angehörigen, der betroffenen Personen und des Bundes fallen im Vergleich zur 24-Stunden-Betreuung deutlich höher aus	Länder tragen den größten Teil der Kosten; der zu finanzierende Anteil durch die öffentliche Hand steigt, da Angehörige immer mehr aus der Verantwortung gezogen werden	Meist wird das gesamte Einkommen (Pension) und Ersparnisse der betroffenen Person für die Finanzierung eines Pflegeplatzes herangezogen; Angehörige werden von der Finanzierung entlastet	Derzeit findet die Finanzierung des Pflege- und Sozialsystems zum größten Teil durch allgemeine Steuermittel statt; der Finanzierungsaufwand wird in Zukunft stark ansteigen
<b>Quantitativ</b>	In den drei Bundesländern sind rund 17.900 hauptberufliche MitarbeiterInnen beschäftigt; rund 1,1 Mrd. € werden jährlich für die stationäre Pflege und Betreuung in den drei Bundesländern aufgewandt	Österreichweit werden rund 16% aller Pflegegeld-bezieherInnen stationär betreut; Burgenland hat den geringsten Anteil mit rund 12%, gefolgt von Niederösterreich mit knapp 15% und Wien mit 16%	Da es sich um ein stationäres Angebot handelt ist es an einen Standort und seine Kapazität gebunden; Nähe zum Wohnort und kurzfristige Verfügbarkeit eines Pflegeplatzes können somit nicht gewährleistet werden	Pflege rückt immer mehr in die Verantwortung des Staates; die wohl größte Verantwortung liegt dabei in der stationären Pflege und Betreuung
<b>Qualitativ</b>	Länder tragen die Hauptverantwortung bei der Bereitstellung des Angebotes; sind für Planung und Finanzierung zuständig; Bund unterstützt dieses Angebot über den Pflegefonds	Seit einigen Jahren gibt es länderspezifische Sozialberichte in deren Rahmen die IST-Situation, der Bedarf und eine Planung erhoben bzw. vorgenommen wird	Moderne Pflegeheime, wie das Pflegeheim in Rechnitz werden in das Gemeindegesehen integriert; der Standort soll möglichst zentral in Umgebung von anderen sozialen Einrichtungen, wie Schulen oder Kindergärten liegen um generationsübergreifende soziale Kontakte zu ermöglichen	Die institutionelle Pflege nimmt bedingt durch den Rückgang der informellen Pflege durch Angehörige einen immer größer werdenden Stellenwert ein; die Nachfrage nach Pflegeplätzen wird zusätzlich bedingt durch den demographischen Wandel stark ansteigen

Quelle: eigene Darstellung

## E Erkenntnisse

### 8 Reflexion

#### 8.1. Erkenntnisse der SROI Analyse

Im Rahmen der SROI Analyse hat sich gezeigt, dass die 24-Stunden-Betreuung einen höheren SROI Koeffizienten als die stationäre Betreuung erzielt. Betrachtet man die einzelnen Bundesländer isoliert, ergeben sich Unterschiede vor allem im stationären Bereich, da hier bei den Kosten größere Differenzen bestehen. Ganz allgemein wird deutlich, dass beide Angebote einen Mehrwert in einem Jahr erzielen, welcher sich am stärksten zum Vorteil der betroffenen Personen auswirkt. Bei den Profiten der beiden Angebote zeigt sich, dass diese im stationären Bereich durch die intensivere Pflege und Betreuung größer sind, der SROI Koeffizient durch die hohen Kosten jedoch darunter liegt.

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 Wirkungen der beiden Angebote zeigen, dass sich auf Basis gleicher Monetarisierungsgrundlagen Unterschiede in der Verteilung der Profite über die einzelnen Stakeholder ergeben. So wird deutlich, dass in beiden Fällen die betroffenen Personen den größten Anteil an den Wirkungen erlangen, andere Stakeholder wie der Bund hingegen im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung nur geringe Profite erzielen können. Bei der stationären Pflege und Betreuung fallen die Wirkungen stärker aus, da mehr Lohnsteuereinnahmen durch die hauptberuflichen MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen zurückgewonnen werden können. Betrachtet man das Verhältnis der Investitionen zu den erzielten Wirkungen der einzelnen Stakeholder, zeigt sich, dass die Wirkungen für die betroffenen Personen im stationären Bereich höher sind. Die größten Profite ohne Beteiligung an den Investitionen werden bei den Angehörigen und den Krankenhäusern erzielt.

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.

## 8.2. Reflexion zur Methode der SROI Analyse

Die Vorteile der SROI Analyse liegen 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. Der größte Vorteil dieser Arbeit ist, dass durch die Betrachtung dreier Bundesländer und die Auswahl von zwei verschiedenen Maßnahmen auf Basis gleicher Monetarisierungsgrundlagen eine Vergleichbarkeit geschaffen wurde. So ist es möglich über die Ergebnisse der SROI Analyse bundeslandspezifische Aussagen zu treffen und beide Angebote miteinander zu vergleichen. Dieser Vorteil ist hervorzuheben, da die fehlende Vergleichbarkeit meist der Nachteil bereits durchgeführter Analysen ist.

Die wesentlichen Schwächen dieser Methode sind die fehlenden Standardisierungen für die Monetarisierung und die Auswahl der Stakeholder. Aufgrund dieser beiden Faktoren war es bisher nicht möglich, einzelne SROI Analysen miteinander zu vergleichen. Diese Schwäche wurde im Rahmen dieser Arbeit zu einem Vorteil gemacht, da nun die Betrachtung der drei Bundesländer und der beiden Angebote einen Vergleich zulässt. Werden in Zukunft Standards für die Monetarisierung sowie die Auswahl der Stakeholder entwickelt, lassen sich die Ergebnisse verschiedener SROI Analysen miteinander vergleichen. Eine Einführung dieser Standards ist jedoch sehr schwierig, da die Unterschiede in den einzelnen Ländern sehr groß sind.

Eine weitere Schwäche ist, dass die sozialen Effekte auf die einzelnen Stakeholder zum Teil nur schwer in Geldeinheiten auszudrücken ist und dabei auch der eigentliche Wert dieses Effekts verloren geht. Um ein Beispiel zu nennen anhand einer Zahl lassen sich die Effekte, die erreicht werden, wenn eine Pflegekraft eine halbe Stunde mit einer pflegebedürftigen Person spricht, nicht darstellen. Diese Effekte lassen sich nur schwer auf eine Zahl herunterbrechen und legitimieren auch keinen Vergleich mit anderen Effekten. (Meichenitsch, 2014)

Diese Arbeit soll die Vorteile der SROI Analyse hervorheben und die weitere Anwendung dieser Methode unterstützen. Es ist 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.

## 8.3. Räumliche und raumplanerische Folgen

Aus der Analyse der Pflegesysteme und den Erkenntnissen der SROI Analyse lassen sich nun Schlüsse in Bezug auf die Raumplanung ziehen. 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. 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-Betreuerkraft 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. (Danzinger, 2014) 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 allen 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. (Meichenitsch, 2014) 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 nutzen 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 sehr geringe 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 sozialen wichtigen Stellenwert dieser Angebote hervor.

## F Verzeichnisse

### 9 Literaturverzeichnis

**Alber, J. und Köhler, U. 2004.** *Health and care in an enlarged Europe*. Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.

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

**Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales. 2012.** *NÖ Sozialbericht 2012*. St.Pölten : Amt der NÖ Landesregierung, 2012.

**Auth, D. 2012.** Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2012, 45: 618 - 623.

**Badelt, C. und Österle, A. 2001a.** *Grundzüge der Sozialpolitik: Sozialökonomische Grundlagen Allgemeiner Teil*. Wien : Manz Verlag, 2001a. ISBN 3-214-06777-X.

—. **2001b.** *Grundzüge der Sozialpolitik: Spezieller Teil Sozialpolitik von Österreich*. Wien : Manz Verlag, 2001b. ISBN 3-214-06777-X.

**BAG, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt. 2012.** *Harmonisierung im Bereich von Pflege und Betreuung*. Wien : BAG, 2012.

**Barr, N. 2001.** *The Welfare State as Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*. New York : Oxford University Press, 2001. ISBN 0 19 924659 9.

**BewohnerInnen Pflegeheim Rechnitz. 2014.** *Interview von BewohnerInnen des Pflegeheimes Rechnitz zu ihren Erfahrungen im Bereich der Pflege (persönliche Kommunikation)*. Rechnitz, 24. Juni 2014.

**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. 2009.** *Hochaltrigkeit in Österreich - Eine Bestandsaufnahme*. Wien : BMASK, 2009.

—. **2012a.** *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011*. Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012a.

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

—. **2012c.** *Sozialschutz in Österreich 2012*. Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012c.

**BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2013.** *24-Stunden-Betreuung zu Hause: Neues und Wissenswertes.* Wien : BMASK, 2013.

**BMG. 2012.** ÖSG 2012. *Bundesministerium für Gesundheit.* [Online] 2012. [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_OeSG\\_2012](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012).

**BMG, Bundesministerium für Gesundheit. 2000.** *BMG Modellprojekte - Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger, Hausgemeinschaften, Die 4.Generation des Altenpflegeheimbaus.* Köln : Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000.

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

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK). 2011.** *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011.* Wien : Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011.

**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.

**Daatland, S. O. 2001.** Ageing, Families and Welfare Systems: Comparative Perspectives. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 16-20. 2001, 34.

**Danzinger, J. 2014.** *Interview über die Pflegepolitik und den gelebten Alltag im Pflegeheim Rechnitz (persönliche Kommunikation).* Rechnitz, 24. Juni 2014.

**Drummond, M.F. und McGuire, A. 2001.** *Economic evaluation in health care: merging theory with practice.* Oxford : Oxford University Press, 2001.

**Esping-Andersen, G. 1990.** *The Three Worlds of Welfare Capitalism.* Cambridge : Polity Press, 1990.

**Europäische Kommission. 2014.** Der ländliche Raum der Europäischen Union . [Online] 2014. [http://ec.europa.eu/agriculture/envir/report/de/rur\\_de/report.htm](http://ec.europa.eu/agriculture/envir/report/de/rur_de/report.htm).

—. **2009.** *The 2009 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060).* Brüssel : Joint Report prepared by European Commission and the Economic Policy Committee, 2009.

**EUROSTAT. 2014.** EUROSTAT: Database. *Nettoverdienste und Steuerquote.* [Online] Mai 2014. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics>.

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

**Feuerstein, C. 2010.** *Vom Armenhaus zur Sozialen Infrastruktur - Altersversorgung in Wien.* [Hrsg.] Hubert Christian Ehalt. Weitra : Bibliothek der Provinz - Ed. Seidengasse , 2010.

**Galimidi, B. 2006.** *Social Return on Investment, A guide to SROI analysis.* Utrecht : Lenthe Publishers, 2006.

**GÖG, Gesundheit Österreich GmbH - und ÖBIG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen -. 2012.** *Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2010 bis 2025 - Ergebnisbericht.* Wien : s.n., 2012.

**Gori, C. 2000.** Solidarity in Italy's Policies towards the Frail Elderly: A Value at Stake. *International Journal of Social Welfare.* 2000, 9.

**Gutheil-Knopp-Kirchwald, G. 2012.** Eisenbahn, NATO, Jazz und mehr. Der Begriff "Infrastruktur" im Wandel der Zeiten. *Der öffentliche Sektor - The Public sector.* 2012, 38 (2-3).

**Haberkern, K. 2009.** *Pflege in Europa: Familie und Wohlfahrtsstaat.* Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009. ISBN 978-3-531-16646-9.

**Haberkern, K. und Szydlik, M. 2008.** Pflege der Eltern - Ein europäischer Vergleich. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.* 2008, 60.

**Hanika, A. 2010.** *Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010-2030 mit Ausblick bis 2050, Teil 1: Endbericht zur Bevölkerungsprognose.* Wien : ÖROK, Statistik Austria, 2010.

**Heinze, R.G. 2013.** Altengerechtes Wohnen: Aktuelle Situation, Rahmenbedingungen und neue Strukturen. [Hrsg.] Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) Bundesinstitut für Bau-. *Wohnen im Alter.* 11. März 2013, 2.2013, S. 133-146.

**Hemerijck, A. 2013.** *Changing Welfare States.* Oxford : Oxford University Press, 2013. ISBN 978-0-19-960759-4.

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

**Hinterlehner-Becker, S. 2011.** *Alternativen - jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim.* Wien : IDS Pflegewissenschaft, 2011.

**Hofmarcher, M. 2013.** *Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen.* Berlin : MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013. ISBN 978-3-395466-052-0.

**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. Schröer 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.
- Landesakademie, NÖ. 2012.** *Altwerden in Niederösterreich, Altersalmanach 2011*. St.Pölten : NÖ Landesakademie, 2012.
- Leichsenring, K., Billings, J. und Nies, H. 2013.** *Long-Term Care in Europe: Improving Policy and Practice*. Hampshire : Palgrave MacMillan, 2013. ISBN 978-1-137-03233-1.
- Leichtfried, M.R. 2012.** *Rund-um-die-Uhr-Betreuung von älteren Menschen im Visier*. Wien : Wirtschaftsuniversität Wien, Diplomarbeit, 2012.
- Lifta. 2014.** Lifta Treppenlifte. [Online] 2014. <http://www.lifta.at/treppenlifte/preise-konditionen.html>.
- MA 24, Gesundheits- und Sozialplanung. 2008.** *Gesundheit & Soziales*. Wien : MA 21a, 2008.
- MA 24, Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung Wien. 2012.** *Wiener Sozialbericht 2012*. Wien : MA 24, 2012.
- Meichenitsch, K. 2014.** *Interview über die Sozial- und Pflegepolitik in Österreich (persönliche Kommunikation)*. Wien, 22. Januar 2014.
- Millar, J. und Warman, A. 1996.** *Family Obligations in Europe*. London : Family Policy Studies Centre, 1996.
- nef, new economics foundation. 2014.** About NEF: What we do. [Online] nef, 2014. <http://www.neweconomics.org/pages/what-we-do>.
- Nowotny, E. und Zagler, M. 2009.** *Der öffentliche Sektor: Einführung in die Finanzwissenschaft*. Berlin : Springer Verlag, 2009. ISBN 978-3-540-87800-1.
- OECD. 2014.** OECD Stat. Extracts. Paris. [Online] Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014. <http://stats.oecd.org/>.
- Offe, C. 1990.** Akzeptanz und Legitimität strategischer Optionen in der Sozialpolitik. [Buchverf.] C. / Engelhardt, T. Sachße. *Sicherheit und Freiheit: Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*. Frankfurt am Main : s.n., 1990, S. 179-202.
- ÖKSA, Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. 2008.** *Finanzierung der Pflege in Österreich: Bedarf-Modelle-Perspektiven, 27.11.2008*. St.Pölten : s.n., 2008.
- ÖROK, Österreichische Raumordnungskonferenz. 2006.** *Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit ländlicher Räume*. Wien : ÖROK, 2006.
- Österle, A. 2001.** *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe: Allocating resources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*. Hampshire : Ashgate Publishing Limited, 2001. ISBN 0-7546-1841-2.
- . 2011.** *Long-term Care in Central an South Eastern Europe*. Frankfurt am Main : Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2011. ISBN 978-3-631-61689.

**Österle, A. und Hammer, E. 2004.** *Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen: Rahmenbedingungen-Politikansätze-Entwicklungsperspektiven.* Wien : Kardinal König Akademie, 2004.

**Österle, A. und Mittendrein, L. 2010.** *Caring Cities: Long-Term Care in Central European Capital Cities (Pflege in zentraleuropäischen Hauptstädten).* Wien : Forschungsinstitut für Altersökonomie, WU Wien, 2010.

**Österle, A., et al. 2006.** *Die Kosten der Pflege in Österreich - Ausgabenstruktur und Finanzierung.* Wien : WU Wien, Institut für Sozialpolitik, 2006.

**Österle, A., Hasl, A. und Bauer, G. 2013.** Vermittlungsagenturen in der 24-h-Betreuung. *WISO, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften ISW.* 2013, 1/2013.

**Pestieau, P. 2006.** *The Welfare State in the European Union: Economic and Social Perspectives.* New York : Oxford University Press, 2006. ISBN 978 0 19 926101 7.

**Pinnelli, A. 2001.** Determinants of Fertility in Europe: New Family Forms, Context and Individual Characteristics. [Buchverf.] A. Pinnelli, H.-J. Hoffmann-Nowotny und B. Fux. *Fertility and New Types of Households and Family Formation in Europe, Populations Studies No.35.* Strasbourg : Council of Europe, 2001.

**Prochazkova, L., Rupp, B. und Schmid, T. 2008.** *Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung - Endbericht.* Wien : Sozialökonomische Forschungsstelle SFS, 2008.

**Rauscher, O. und Pervan Al-Soqauer, 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](http://www.fih-berlin.de/downloads.html?file=tl_files/fih-berlin/downloads/Reinhold_Havelhohe_web.pdf).

**Rosner, P.G. 2003.** *The Economics of Social Policy.* Cheltenham : Edward Elgar Publishing Limited, 2003. ISBN 1 84064 496 6.

**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. 2013.** Bevölkerungsprognosen der Statistik Austria. [Online] 2013. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html).

—. **2012a.** Bundespflegegeldstatistik der Statistik Austria. [Online] 2012a. [http://statistik.gv.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/index.html](http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html).

—. **2012b.** Gesundheitsausgaben in Österreich laut "System of Health Accounts". Wien. [Online] 2012b. <http://www.statistik.at/>.

—. **2008.** Statistik Austria: Freiwilligenarbeit in Österreich. [Online] Dezember 2008. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html](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/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/).

—. **2012c.** Statistik Austria: Jährliche Personeneinkommen. [Online] 2012c. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/jaehrliche\\_personen\\_einkommen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/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](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](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wohnen_und_gebaeude/wohnungsaufwand/mietwohnungen/index.html).

**Steiner, M. 2011.** *Wohnen und Pflege für ältere Menschen in Österreich.* UNI Graz, Institut für Volkswirtschaftslehre. Graz : IMMAC, 2011.

**Streissler, A. 2004.** *Geriatrische Langzeitpflege - Situation und Entwicklungsperspektiven.* Wien : Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 2004. ISBN.

**Thiele, G. 2004.** *Ökonomik des Pflegesystems.* Heidelberg : Economica Verlag, 2004. ISBN 3-87081-405-5.

**Wancanta, J., et al. 2003.** Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry.* 2003, Bd. Vol.18, No. 6, 306-313.

**Weltbank. 2012.** Data. [Online] 2012. <http://data.worldbank.org/>.

**Wirtschaftslexikon Gabler. 2014.** *Bevölkerungswissenschaft.* [Online] Mai 2014. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/bevoelkerungswissenschaft.html>.

## 10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Diplomarbeit .....	3
Abbildung 2: Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen in Österreich im Jahr 2009 .....	9
Abbildung 3: Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen in Österreich im Jahr 2030 .....	9
Abbildung 4: Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen in Österreich im Jahr 2050 .....	10
Abbildung 5: Entwicklung der "gesunden Lebensjahre" von Frauen und Männern in Österreich im Vergleich zum EU Durchschnitt .....	11
Abbildung 6: Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre .....	12
Abbildung 7: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre im Bundesländervergleich 2000-2040 .....	14
Abbildung 8: Handlungsfelder im Bereich der Pflege und Betreuung in der Gemeinde .....	17
Abbildung 9: Einflussfaktoren auf den Pflegebedarf und die Kosten der Pflege .....	20
Abbildung 10: Konsumverhalten vor Eingriff der Sozialpolitik .....	31
Abbildung 11: Wirkung von Geldleistungen .....	31
Abbildung 12: Wirkung von Preissubventionen .....	32
Abbildung 13: Wirkung von Sachleistungen .....	33
Abbildung 14: Das Österreichische Sozialsystem .....	35
Abbildung 15: Finanzierung des Österreichischen Sozialsystems .....	36
Abbildung 16: Ausgaben des Österreichischen Sozialsystems .....	37
Abbildung 17: Gesundheitsausgaben nach Geschlecht und Altersgruppen in € pro Einwohner .....	38
Abbildung 18: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen über die 7 Pflegestufen im Vergleich, 2012 .....	43
Abbildung 19: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen auf Altersgruppen differenziert nach Bundesländern 2012 .....	44
Abbildung 20: Anteil der Pflegegeldbezieher an der Gesamtbevölkerung nach Bundesländern und Geschlecht im Jahr 2012 .....	45
Abbildung 21: Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Altersgruppe zwischen 61 und 80 Jahren nach Bundesländern im Jahr 2012 .....	46
Abbildung 22: Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Altersgruppe über 81 Jahre nach Bundesländern im Jahr 2012 .....	46
Abbildung 23: Anteil der mobil und stationär betreuten Personen an den gesamten PflegegeldbezieherInnen im Jahr 2012 .....	49
Abbildung 24: Versorgungsgrade der Bundesländer im Überblick und Vergleich von den Jahren 2010 und 2012 .....	50
Abbildung 25: Kosten pro Pflegeheimplatz und Monat in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien im Jahr 2012 .....	51

---

Abbildung 26: Überblick über die Aufteilung von Geld- und Sachleistungen bzw. Leistungen des Bundes und Landes im Bereich der Pflege und Betreuung im Jahr 2012 .....	52
Abbildung 27: Kostenprognose im Bereich der Stationären Pflege, GÖG .....	54
Abbildung 28: Kostenprognose im Bereich der nicht-stationären Dienste, GÖG .....	54
Abbildung 29: Szenarien über zukünftigen Pflegebedarf, GÖG .....	55
Abbildung 30: Pflegesysteme in Europe - ein Vergleich der Häuslichen Pflege.....	58
Abbildung 31: Pflegeangebote Österreichs und deren Finanzierung im Überblick.....	64
Abbildung 32: Herkunftsländer von 24-Stunden-Betreuungskräften in Österreich .....	67
Abbildung 33: Struktur der NutzerInnen von 24-Stunden-Betreuungsdiensten .....	68
Abbildung 34: Dauer von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen .....	68
Abbildung 35: BezieherInnen von Förderungen für 24-Stunden-Betreuung in Österreich von 2008 - 2012 .....	70
Abbildung 36: Anteil der BezieherInnen einer Förderung für 24-Stunden-Betreuung an den PflegegeldbezieherInnen der Stufen 3 bis 7 .....	70
Abbildung 37: Zielgruppe für stationäre Pflegeeinrichtungen, Burgenland .....	73
Abbildung 38: Kosten pro Pflegeheimplatz und Monat in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien im Jahr 2012, siehe auch Abbildung 25.....	74
Abbildung 39: Impact Value Chain, nef.....	83
Abbildung 40: Aufbau der SROI Analyse .....	89
Abbildung 41: Stakeholder .....	90
Abbildung 42: Dauer von 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen, siehe auch Abbildung 34 .....	98

## 11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographische Entwicklung EU27 1992-2060.....	7
Tabelle 2: Demographische Entwicklung in Österreich 1992-2060 .....	8
Tabelle 3: Lebenserwartung von Männern und Frauen seit 1980.....	10
Tabelle 4: Gesunde Lebensjahre von Männern und Frauen Österreichs im EU Vergleich 2005-2010 .....	10
Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung 2000-2040 der Bundesländer im Vergleich, Hauptszenario Statistik Austria .....	13
Tabelle 6: Bevölkerungszuwachs der Bundesländer bis 2040 (Basis 2010=100%) .....	14
Tabelle 7: Umfrage: Wer sollte die Langzeitpflege finanzieren? .....	19
Tabelle 8: Wie sollte eine ältere pflegebedürftige Person leben bzw. betreut werden? .....	19
Tabelle 9: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich von 1995-2010.....	38
Tabelle 10: Pflegegeldstufen in Österreich .....	40
Tabelle 11: Pflegegeldbezieher von Burgenland, Niederösterreich und Wien nach Pflegestufen im Jahr 2012.....	43
Tabelle 12: Übersicht über ausgewählte Pflege- und Betreuungsleistungen von Burgenland, Niederösterreich und Wien im Jahr 2012.....	47
Tabelle 13: Entwicklung des Nettoaufwandes in den einzelnen Bereichen der Pflege, GÖG .....	53
Tabelle 14: Gliederung der Pflegesysteme verschiedener Staaten nach Niveau formellen Pflegeleistungen und der gesetzlichen Verpflichtung der Angehörigen im Bedarfsfall.....	57
Tabelle 15: Überblick über Pflegesysteme im internationalen Vergleich .....	63
Tabelle 16: Kostenauflistung für 24-Stunden-Betreuung pro Monat .....	69
Tabelle 17: Überblick über Wirkungsanalysen und Bewertungsmethoden .....	79
Tabelle 18: Sechs Berechnungsschritte der SROI-Analyse nach dem REDF-Modell .....	81
Tabelle 19: Modell der SROI-Analyse nach dem nef-Modell .....	83
Tabelle 20: aktuelles Modell der SROI-Analyse nach dem European SROI Network.....	84
Tabelle 21: Wirkungsbestimmung bei der SROI Analyse nach vier Bereichen .....	85
Tabelle 22: Auswahl der Stakeholder.....	91
Tabelle 23: Impact Value Chain der einzelnen Stakeholder .....	94
Tabelle 24: Erhebungsplan .....	95
Tabelle 25: PflegegeldbezieherInnen Wien, Niederösterreich, Burgenland 2012.....	96
Tabelle 26: PflegegeldbezieherInnen mit 24-Stunden-Betreuung im Jahr 2012 .....	96
Tabelle 27: PflegegeldbezieherInnen in stationärer Betreuung im Jahr 2012.....	97
Tabelle 28: Stationäre betreute Personen aufgeteilt nach Pflegestufen im Jahr 2012 .....	97
Tabelle 29: Deadweight stationäre Pflege und Betreuung .....	98
Tabelle 30: Investitionen für 24-Stunden-Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012.....	99
Tabelle 31: Investitionen für 24-Stunden-Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012 inkl. Adaptierung der Wohnung.....	100
Tabelle 32: Investitionen für stationäre Pflege und Betreuung in den Bundesländern im Jahr 2012 .....	101
Tabelle 33: Berechnung der Einsparungen für mobile Dienste für betroffene Personen .....	102

---

Tabelle 34: Berechnung der Einsparungen für besseres physisches und psychisches Wohlbefinden für betroffene Personen .....	103
Tabelle 35: Berechnung der Einsparungen der Wohnungskosten und Lebenskosten für betroffene Personen .....	103
Tabelle 36: Berechnung der Einsparungen durch gewonne Lebensqualität und Lebensjahre für betroffene Personen.....	104
Tabelle 37: Berechnung der Einsparungen durch geringere psychische und physische Belastung der Angehörigen.....	104
Tabelle 38: Berechnung der Einsparungen durch Nachgehen einer Erwerbstätigkeit der Angehörigen .....	105
Tabelle 39: Berechnung der Einsparungen durch Lohnsteuereinnahmen der zusätzlichen erwerbstätigen Personen für den Bund .....	105
Tabelle 40: Berechnung der Einsparungen von Leistungsstunden im Bereich der sozialen Dienste für die Länder.....	106
Tabelle 41: Berechnung der Einsparungen durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.....	107
Tabelle 42: Berechnung der Einsparungen durch die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten.....	107
Tabelle 43: Berechnung der Einnahmen durch Sozialversicherungsbeiträge.....	108
Tabelle 44: Berechnung der Einsparungen durch weniger Behandlungsfälle im niedergelassenen Bereich .....	108
Tabelle 45: Berechnung der Profite der hauptberuflichen MitarbeiterInnen .....	109
Tabelle 46: Berechnung der Kosten für erhöhte psychische und physische Belastung der MitarbeiterInnen .....	110
Tabelle 47: Berechnung der Einsparungen durch weniger Einsätze.....	110
Tabelle 48: Berechnung der Profite der Vermittlungsagenturen .....	110
Tabelle 49: Berechnung der Profite der allgemeinen Bevölkerung .....	111
Tabelle 50: Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung in Wien .....	112
Tabelle 51: Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung in Niederösterreich .....	113
Tabelle 52: Investitionen und Profite für 24-Stunden-Betreuung im Burgenland.....	114
Tabelle 53: Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung in Wien .....	115
Tabelle 54: Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung in Niederösterreich .....	116
Tabelle 55: Investitionen und Profite für stationäre Pflege und Betreuung im Burgenland .....	117
Tabelle 56: Investitionen und Profite gesamt für 24-Stunden-Betreuung .....	118
Tabelle 57: Investitionen und Profite gesamt für stationäre Pflege und Betreuung.....	119
Tabelle 58: SROI Koeffizienten der beiden Pflegeangebote in den einzelnen Bundesländern und gesamt .....	119
Tabelle 59: Auswirkungen der 24-Stunden-Betreuung in vier Wirkungsdimensionen.....	120
Tabelle 60: Auswirkungen der stationären Pflege und Betreuung in vier Wirkungsdimensionen .....	122

## G Anhang

### 12 Interviewleitfäden

#### 12.1. Interviewleitfaden mit Frau Mag.a Meichenitsch, Sozialexpertin der Diakonie Österreich

Zeit: 22.01.2014 09:00-10:00

Ort: Diakonie, Albert Schweitzer Haus, Schwarzspanierstraße 13, 1090 Wien

##### Leitfaden

1. Was sind die Herausforderungen für den zukünftigen Langzeitpflegebedarf?
2. Wie hat sich das Sozialsystem Österreichs entwickelt? Wie sehen die Finanzierung und die Kompetenzaufteilung zwischen dem Bund und den Ländern aus?
3. Wie hat sich der Pflegefonds entwickelt? Welches Ziel wird damit verfolgt? Ist dies eine langfristige Lösung?
4. Können Sie mir einen internationalen Vergleich der Pflegepolitik geben? In welchen Ländern sind Geldleistungen und in welchen Sachleistungen dominierend? In welchen Ländern ist die Pflegepolitik eher staatlich oder privat organisiert?
5. Wie hoch ist der Anteil der informellen Pflege in Österreich und im Vergleich dazu in anderen Ländern?
5. Wie schätzen Sie den Vergleich der 24-h Betreuung zu der stationären Pflege ein?
6. Kennen Sie das Instrument der Social Return on Investment Analyse? Wie schätzen Sie dieses ein? Ist es ein geeignetes Instrument um einen Vergleich im Bereich der Pflege herzustellen?

#### 12.2. Interviewleitfaden mit Frau Danzinger, Heim- und Pflegedienstleiterin im Pflegezentrum "Am Schloßpark" Rechnitz

Zeit: 24.06.2014 09:00-14:00

Ort: Pflegeheim Rechnitz, Schulgasse 11, 7471 Rechnitz

##### Leitfaden

1. Welche Aufgaben haben Sie in dieser Einrichtung?
2. In welchen Bereichen (stationäre, mobil) haben Sie schon gearbeitet?

3. Wie viele Mitarbeiter hat Ihre Einrichtung?
4. Wie schätzen Sie die Vor- bzw. Nachteile der stationären und der mobilen Pflege- und Betreuung ein? (Zielgruppe, Leistungen, Pflegebedarf, soziale Kontakte, Sturzgefahr, Demenz...)
5. Was sind die Besonderheiten Ihrer Einrichtung?
6. Können Sie einschätzen in wie fern sich die Versorgung im Pflegeheim positiv auf den Krankheits- bzw. Pflegeverlauf der BewohnerInnen auswirkt? (physisch und psychisch, soziale Kontakte)
7. Worauf legen Sie bei einer bedarfsgerechten Pflege und Betreuung älterer Menschen besonders wert?
8. Haben Sie Erfahrungen mit dem Thema 24-h-Betreuung gemacht? Sehen Sie dieses Angebot als „Konkurrenz“ oder „Ersatz“ für stationäre Pflege?
9. Wie wird sich der Pflegebereich bedingt durch demographischen Wandel und Rückgang der informellen pflege in Zukunft entwickeln? (mehr stationäre Pflege, mehr 24-Stunden-Betreuung, mehr mobile Dienste?)
10. Ist der steigende Pflegebedarf mit den derzeitigen Versorgungsformen aus Ihrer Sicht finanzierbar?

### 12.3. Interviewleitfaden mit BewohnerInnen des Pflegezentrum "Am Schloßpark" Rechnitz

Zeit: 24.06.2014 09:00-14:00

Ort: Pflegeheim Rechnitz, Schulgasse 11, 7471 Rechnitz

#### **Leitfaden**

1. Wie lange wohnen Sie schon hier? Was war der Grund für Ihren Einzug in das Pflegeheim?
2. Sind Sie zufrieden mit Ihrer Betreuung?
3. Wie und von wem sind Sie vor Ihrem Einzug betreut worden? (Familie, mobil, 24-h-Betreuung, EhepartnerIn, gar nicht) Haben Sie alleine gewohnt? Beschreiben Sie kurz Ihre frühere Wohnsituation.
4. Wie sieht Ihr Alltag im Pflegeheim aus? (Tagesablauf, Besuche, Ausflüge, Freizeit)
5. 3 Dinge, die Sie an dieser Einrichtung bzw. der stationären Versorgung besonders schätzen?
6. Die größten Veränderungen, die der Einzug ins Pflegeheim für Sie gebracht hat?
7. Was wünschen Sie sich für die Zukunft?