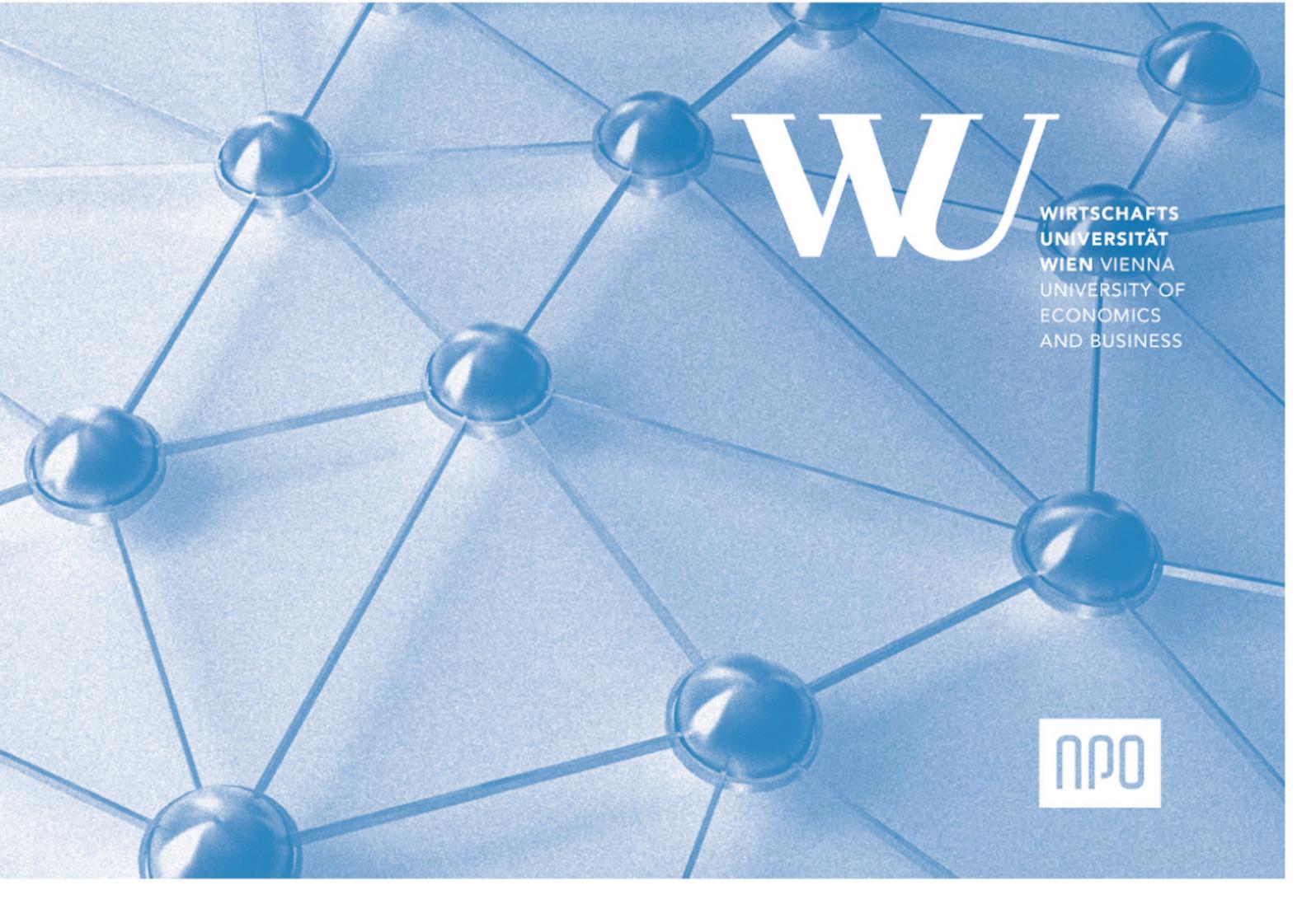


# Studie

zum gesellschaftlichen und  
ökonomischen Nutzen der mobilen  
Pflege- und Betreuungsdienste in  
Wien mittels einer SROI-Analyse

Dr. Christian Schober  
Dr. Doris Schober  
Mag. Nataša Perić, BSc  
Ena Pervan, BSc



WU

WIRTSCHAFTS  
UNIVERSITÄT  
WIEN VIENNA  
UNIVERSITY OF  
ECONOMICS  
AND BUSINESS





Impressum:

NPO-Kompetenzzentrum  
Nordbergstraße 15  
1090 Wien  
Tel.: 01 31336 5878  
Fax: 01 31336 5824  
[www.npo.or.at](http://www.npo.or.at)

Wien, 2012

Kontakt: Dr. Christian Schober, christian.schober@wu.ac.at

Copyright ©NPO-Kompetenzzentrum

## VORBEMERKUNG

Die vorliegende Social Return on Investment (SROI)-Analyse wurde vom NPO-Kompetenzzentrum der WU Wien im Auftrag des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen erstellt. Ein wesentlicher Teil der Berechnungen beruht auf der Erhebung bei vom Fonds Soziales Wien anerkannten Nonprofit Organisationen, die mobile Pflege und Betreuungsdienste in Wien anbieten und dem Fonds Sozialen Wien (FSW) selbst.

In diesem Zusammenhang gilt der Dank den vielen VertreterInnen in diesen Einrichtungen für ihre Bereitschaft mitzuwirken und Auskunft zu geben. Explizit sei hier den HauptvertreterInnen in der Steuergruppe im Dachverband gedankt. Es handelt sich um (in alphabetischer Reihenfolge): Herrn Mag. Alexander Bodmann, Frau Mag.a Marianne Hengstberger, Herrn Helmut Kopa, Herrn Dr. Herbert Kornfeld, Herrn Mag. Alexander Lang, Herrn Mag. Oliver Löhlein, Frau Eva-Maria Luger, Herrn Helmut Lutz, Herrn Mag. Robert Oberndorfer und Frau Mag.a Susanne Schaefer-Wiery. Sie haben in den Arbeitssitzungen und darüber hinaus stets konstruktiv und mit einer guten Ausgewogenheit zwischen Detailgenauigkeit und sinnvollem Pragmatismus auf einer höheren Aggregationsebene agiert.

Weiters sei Frau Mag.a Sabine Wiesmühler vom Dachverband für die Abwicklung und Frau Mag.a Barbara Rother sowie Frau Mag.a Katarina Bijelic vom FSW für ihre Unterstützung hinsichtlich der Datenanfragen und Frau Christine Hintermayer für die Unterstützung bei pflege- und ablaufrelevanten Inhalten gedankt.

Im Zusammenhang mit der Recherche sei darüber hinaus Herrn Dr. Walter Fuchs des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie sowie Frau Mag. Zdravka Pervan vom Wohnservice Wien für die themenspezifische Unterstützung gedankt.

Nicht zuletzt sei all den befragten MitarbeiterInnen, KlientInnen, Angehörigen, LieferantInnen, SachwalterInnen, ÄrztInnen, Personen im Entlassungsmanagement, in der Fachabteilung beim FSW, beim AMS und beim WAFF gedankt, dass sie sich die Zeit für ein persönliches Gespräch oder ausführliches Telefonat genommen haben. Nur durch diese Bereitschaft konnten viele wichtige Wirkungen identifiziert werden und in die Analyse einfließen.

Im Zusammenhang mit den arbeitsmarktrelevanten Daten gilt unser Dank auch dem AMS Österreich, insbesondere Veronika Murauer, für ihre raschen Auswertungen.

Ohne das Zutun all dieser Personen wäre der Bericht von deutlich minderer Qualität.

Es war ein spannendes Projekt mit vielen Erkenntnissen auch auf Seiten der AutorInnen, die froh sind immer wieder im Bereich Pflege- und Betreuung interessante Projekte abwickeln zu dürfen.

Wien, am 5. November 2012

Dr. Christian Schober

Mag. Nataša Perić, BSc

Dr. Doris Schober

Ena Pervan, BSc

# INHALT

<b>Executive Summary</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>12</b>
1.1 Ausgangssituation .....	12
1.2 Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen .....	13
1.3 Mobile Pflege- und Betreuungsdienste in Wien.....	13
1.4 Ziel der Studie .....	16
1.5 Aufbau des Berichts .....	16
<b>2 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>17</b>
2.1 Social Return On Investment - Analyse .....	17
2.2 Datenerhebung .....	19
<b>3 Umfang der Analyse</b> .....	<b>21</b>
3.1 Konzeptionalisierung.....	21
3.2 Identifizierung der Stakeholder .....	21
<b>4 Analyse der Einnahmen und Ausgaben</b> .....	<b>25</b>
<b>5 Berechnung des Profits der Stakeholder</b> .....	<b>27</b>
5.1 Impact Value Chain .....	27
5.2 Indikatoren und Proxys .....	27
5.3 KlientInnenverteilung.....	27
5.4 Klientinnen und Klienten.....	32
5.4.1 Impact Value Chain KlientInnen .....	34
5.4.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit .....	34
5.5 Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter .....	39
5.5.1 Impact Value Chain Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ....	39
5.5.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit .....	40
5.6 Angehörige .....	44
5.6.1 Impact Value Chain Angehörige.....	44
5.6.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit .....	45
5.7 Stadt Wien & Fonds Soziales Wien .....	46
5.7.1 Impact Value Chain Stadt Wien & FSW .....	47
5.7.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit .....	48
5.8 Krankenhäuser .....	49
5.8.1 Impact Value Chain Krankenhäuser .....	49
5.8.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit .....	50
5.9 AMS.....	51
5.9.1 Impact Value Chain AMS .....	51

5.9.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	52
5.10	<i>Bund</i> .....	53
5.10.1	Impact Value Chain Bund .....	53
5.10.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	54
5.11	<i>SozialversicherungsträgerInnen und Mitarbeiter-vorsorgekassen</i> .....	55
5.11.1	Impact Value Chain Sozialversicherungsträger und MVK .....	55
5.11.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	56
5.12	<i>Lieferantinnen und Lieferanten</i> .....	56
5.12.1	Impact Value Chain LieferantInnen .....	57
5.12.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	57
5.13	<i>Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte</i> .....	58
5.13.1	Impact Value Chain Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte .....	58
5.13.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	58
5.14	<i>Eigentümerinnen und Eigentümer</i> .....	59
5.14.1	Impact Value Chain Eigentümerinnen und Eigentümer .....	59
5.14.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	59
5.15	<i>Einsatzorganisationen</i> .....	60
5.15.1	Impact Value Chain Einsatzorganisationen .....	60
5.15.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	60
5.16	<i>Vermieterinnen und Vermieter</i> .....	61
5.16.1	Impact Value Chain VermieterInnen .....	61
5.16.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	62
5.17	<i>Sachwalterinnen</i> .....	63
5.17.1	Impact Value Chain SachwalterInnen .....	63
5.17.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	64
5.18	<i>Allgemeine Wiener Bevölkerung</i> .....	64
5.18.1	Impact Value Chain allgemeine Wiener Bevölkerung .....	64
5.18.2	Berechnung stakeholder-spezifischer Profit .....	65
<b>6</b>	<b>SROI-Wert – Gesamtberechnung und Szenarienberechnung</b> .....	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>Resümee</b> .....	<b>71</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>74</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>79</b>

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1-1: Vereinfachte Darstellung der Finanzierung .....	15
Abbildung 2-1: Analyseschritte auf Basis des nef-Modells .....	18
Abbildung 3-1: Keystakeholder .....	22
Abbildung 6-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten .....	69

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der Mobilen Dienste in Wien 2010 - Gesamtbetrachtung .....	11
Tabelle 1-1: Kostenbeitrag der KlientInnen.....	15
Tabelle 2-1: Engagement-Plan .....	19
Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse.....	21
Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder.....	22
Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder .....	24
Tabelle 4-1: Einnahmen .....	26
Tabelle 4-2: Ausgaben .....	26
Tabelle 5-1: HKP/HH Mischdienst Annahmen zur KlientInnenverteilung .....	28
Tabelle 5-2: KlientInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen .....	31
Tabelle 5-2: Betreute Personen der Mobilen Dienste in Wien.....	33
Tabelle 5-3: Impact Value Chain Klientinnen und Klienten .....	34
Tabelle 5-4: Profit der KlientInnen.....	34
Tabelle 5-5: MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste in Wien .....	39
Tabelle 5-6: Impact Value Chain Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter .....	40
Tabelle 5-7: Profit der Hauptamtlichen MitarbeiterInnen.....	40
Tabelle 5-8: Impact Value Chain Angehörige.....	45
Tabelle 5-9: Profit der Angehörigen .....	45
Tabelle 5-10: Impact Value Chain der Stadt Wien und des FSW .....	47
Tabelle 5-11: Profit der Stadt Wien und des FSW .....	48
Tabelle 5-12: Impact Value Chain der Krankenhäuser .....	49
Tabelle 5-13: Profit der Krankenhäuser .....	50
Tabelle 5-14: Impact Value Chain des AMS.....	52
Tabelle 5-15: Profit AMS .....	52

Tabelle 5-18: Impact Value Chain des Bundes.....	53
Tabelle 5-19: Profit des Bundes.....	54
Tabelle 5-20: Impact Value Chain der Sozialversicherungsträger & MVK.....	56
Tabelle 5-21: Profit der Sozialversicherungsträger & MVK.....	56
Tabelle 5-22: Impact Value Chain der LieferantInnen.....	57
Tabelle 5-23: Profit der LieferantInnen.....	57
Tabelle 5-24: Impact Value Chain der ÄrztInnen.....	58
Tabelle 5-25: Profit der ÄrztInnen.....	58
Tabelle 5-26: Impact Value Chain der EigentümerInnen.....	59
Tabelle 5-27: Profit der EigentümerInnen.....	60
Tabelle 5-28: Impact Value Chain der Einsatzorganisationen.....	60
Tabelle 5-29: Profit der Einsatzorganisationen.....	61
Tabelle 5-30: Impact Value Chain der VermieterInnen.....	62
Tabelle 5-31: Profit der VermieterInnen.....	62
Tabelle 5-32: Impact Value Chain der SachwalterInnen.....	63
Tabelle 5-33: Profit der SachwalterInnen.....	64
Tabelle 5-34: Impact Value Chain der allgemeinen Bevölkerung.....	65
Tabelle 5-35: Profit der allgemeinen Bevölkerung.....	65
Tabelle 6-1: Berechnung SROI-Wert.....	67
Tabelle 6-2: Investitionen und Profite der Mobilen Dienste Gesamtbetrachtung 2010.....	67
Tabelle 9-1: Impact value chain.....	80
Tabelle 9-2: Zuordnung von Daten und Quellenangaben.....	84
Tabelle 9-3: Annahmen HH-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	93
Tabelle 9-4: Annahmen HKP-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	93
Tabelle 9-5: Annahmen BD-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	94
Tabelle 9-6: Annahmen HH/BD-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	94
Tabelle 9-7: Annahmen HKP/HH/BD-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	94
Tabelle 9-8: Annahmen HKP/HH -Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	95
Tabelle 9-9: Annahmen HKP/BD -Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung.....	95

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AMS	Arbeitsmarktservice
BD	Besuchsdienst
DGKP/S	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/schwester
FSW	Fonds Soziales Wien
HH	Heimhilfe
HKP	Hauskrankenpflege
KL	KlientIn
MD	Mobile Dienste
Mobile Dienste	Mobile Pflege- und Betreuungsdienste
MVK	Mitarbeitervorsorgekasse
PH	PflegehelferIn
SROI	Social Return on Investment
SV-AG-Anteil	Sozialversicherungsbeitrag ArbeitgeberIn-Anteil
SV-AN-Anteil	Sozialversicherungsbeitrag ArbeitnehmerIn-Anteil
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WAFF	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds

## EXECUTIVE SUMMARY

Das NPO-Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien wurde vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen beauftragt die **sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen der in Wien tätigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste** (Mobile Dienste) darzustellen.

**Diese ökonomische Evaluation erfolgt mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die Mobilien Dienste geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu bewerten.** Die Methode sieht vor, neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen des Projekts zu messen. Die vorliegende Analyse basiert auf dem Modell der new economic foundation (nef). Hierbei werden zu Beginn die wichtigsten Stakeholder identifiziert. Danach wird der investierte finanzielle Input, dem erzielten Output (Leistungen) sowie dem Outcome (Wirkungen) je Stakeholder in einer Wirkungskette (Impact Value Chain) gegenübergestellt. Im Anschluss gilt es die Wirkungen in geeignete Indikatoren zu übersetzen und diese mit Daten zu belegen, um schlussendlich den SROI-Wert berechnen zu können.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Lassen sich die im Rahmen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste in Wien erzielten Wirkungen sinnvoll und valide monetarisieren?“*

Die **Forschungsfrage 2** lautet *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste in Wien investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien gibt.

Die Studie zeigt welche vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten Mobile Dienste in Wien erfüllen. Sie identifiziert darüber hinaus vor allem Wirkungen für unterschiedliche Stakeholder. Diese Wirkungen sind zum Gutteil positiv, können aber durchaus auch negativ sein. Als Stakeholder wurden folgende Gruppen identifiziert: KlientInnen, MitarbeiterInnen, Angehörige der KlientInnen, Fonds Soziales Wien, Krankenhäuser, AMS, Bund, Stadt Wien, SozialversicherungsträgerInnen, MitarbeiterInnenvorsorgekassen, LieferantInnen, niedergelassene ÄrztInnen, EigentümerInnen, Einsatzorganisationen, SachwalterInnen, VermieterInnen und die allgemeine Wiener Bevölkerung.

Die vorliegende Analyse umfasst ausschließlich die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien und dort die Bereiche Besuchsdienst, Heimhilfe und Hauskrankenpflege. Medizinische Hauskrankenpflege wurde exkludiert. Der Evaluierungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2010.

Im Verlauf der Studie zeigte sich relativ rasch, dass aufgrund der guten Datenlage beim FSW und den anerkannten anbietenden Organisationen sowie einer zufriedenstellenden Datenlage im Sekundärmaterialbereich, eine sinnvolle Monetisierung der Wirkungen möglich ist.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2010 **monetarisierte Wirkungen** in der Höhe **von rund 660 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von** hochgerechnet **rund 178 Mio. Euro**, die insbesondere aus Zahlungen des Fonds Soziales Wien und KlientInnenbeiträgen bestehen. Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die Mobilien Dienste bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von 3,70. **Dies bedeutet, dass jeder 2010 in die Mobilien Dienste investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,70 Euro schafft.**

Der **größte Profit** entsteht für die **Krankenhäusern**, gefolgt von den **KlientInnen**, der **allgemeinen Wiener Bevölkerung** und den **Angehörigen**. Der niedrigste Profit entsteht den LieferantInnen. Die EigentümerInnen haben einen geringen Negativnutzen, also quasi einen Verlust. Die Krankenhäuser profitieren hierbei durch geringere Kosten aufgrund einer geringeren Anzahl an Procuratio-Fällen.

Im Rahmen einer **Sensitivitätsanalyse** wurde ein **Szenario berechnet, welches die Auswirkungen von geringeren Kosten eines Procuratio-Falles pro Belagstag in den Krankenhäusern annimmt**. Hierbei wurden statt den vom Rechnungshof angegebenen Kosten von 713,4 Euro/Belagstag lediglich Kosten von 211,70 Euro, wie bei herkömmlichen Pflegeheimen, angewendet. Hierdurch reduziert sich der SROI-Wert auf 2,68.

**Zusammengefasst agieren die in Wien tätigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sehr erfolgreich. Ihre Wirkungen waren, bezogen auf das Jahr 2010, mehr als 3,7 Mal so hoch wie die getätigten Investitionen.**

Nachstehende Tabelle stellt eine Gesamtbetrachtung der Investitionen und Profite der Mobilen Dienste in Wien in 2010 dar:

Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der Mobilien Dienste in Wien 2010 - Gesamtbetrachtung

Stakeholder	Investitionen in die Mobilien Dienste (in €)	Profite von den Mobilien Diensten (in €)	Anteil am Profit (in %)	
KH	Vermittlung an MD	weniger Procuratio-Fälle, geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	262.725.874	39,9%
KlientInnen	Kostenbeiträge	48.117.388 z.B. verbesserter allg. physischer Zustand, Kostenersparnis, Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung	162.531.990	24,7%
allgemeine Wiener Bevölkerung	Spenden Sonstige Einnahmen	1.234.814 Sicherheitsgefühl	97.937.170	14,9%
Angehörige	Zeit und Bereitschaft an der Pflege und Betreuung mitzuwirken	- z.B. weniger soziale/ physische/psychische Belastungen	67.577.253	10,3%
SV & MVK	N/A	- Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung und MVK	19.953.375	3,0%
MitarbeiterInnen	Zeit, Fähigkeiten (Sozialkompetenz,...), Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	- z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	16.599.070	2,5%
AMS	Eingliederungsbeihilfe für Langzeitarbeitslose	890.118 z.B. Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe Einsparung von (Re-) Qualifizierungskosten	13.810.757	2,1%
Bund	Kostensätze für Zivildienstleistende	141.836 z.B. Zusätzliche Steuer/ Abgabeneinnahmen, Einsparung von Förderung für 24h-Pflege	6.931.344	1,1%
SachwalterInnen	Organisatorische Tätigkeiten	- Zeitersparnis	3.105.317	0,5%
Einsatzorganisationen	N/A	- Geringeres Einsatzaufkommen	1.313.516	0,2%
VermieterInnen	N/A	- Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert, Verhinderung Mieterhöhung	1.300.645	0,2%
ÄrztInnen	Beratung und Austausch über medizinische Therapie	- weniger Hausbesuche notwendig	5.350.295	0,8%
FSW & Stadt Wien	Zahlung	127.430.547 z.B. Zusätzliche Steuereinnahmen, MitarbeiterInnen haben einen Arbeitsplatz	639.929	0,1%
LieferantInnen	Produkte/Dienstleistungen	- Zusätzliche Aufträge	277.250	0,0%
EigentümerInnen	Verlust Auflösung Rückstellungen	- Einschränkung der MD nötig	-1.289.956	-0,2%
<b>Gesamt</b>	<b>177.814.703</b>		<b>658.763.828</b>	
<b>SROI</b>			<b>3,70</b>	

# 1 EINLEITUNG

Das NPO-Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen den Auftrag, die in Wien tätigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste mittels einer SROI-Analyse zu evaluieren.

Dabei soll der soziale Mehrwert für die Gesellschaft sichtbar gemacht werden, der durch die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste (Mobile Dienste) im Jahr 2012 generiert werden konnte. In der Betriebswirtschaft ist die Berechnung von ökonomischen Kennzahlen zur Bestimmung von Werten ein gängiges Vorgehen. Um auch das gesamte Tätigkeitsfeld sowie die erzeugten sozialen Effekte nicht-gewinnorientierter Organisationen abbilden zu können, wurden Modelle entwickelt, die neben betriebswirtschaftlichen auch soziale Faktoren berücksichtigen. In den vergangenen Jahren kam hierfür zunehmend die SROI-Analyse zum Einsatz, die versucht, den sozialen Nutzen von Investitionen in Organisationen und Projekten greifbar zu machen. Aus diesem Grund findet im Folgenden das SROI-Modell Anwendung, um den sozialen Ertrag des Projekts sowie die sozialen Profite für die Stakeholder beurteilen zu können.

Bei der Erstellung dieses Berichts wurde höchster Wert darauf gelegt, gründlich und umfangreich zu recherchieren und ein möglichst breites beziehungsweise repräsentatives Spektrum an bestehenden Internet- und Literaturinformationen zu berücksichtigen. Aufgrund der Komplexität des Feldes und der damit verbundenen Wirkungen besteht jedoch immer die Möglichkeit Relevantes nicht beachtet zu haben. Falls somit den geschätzten LeserInnen weitere nichtberücksichtigte Daten bekannt sind, würden sich die Autoren über eine Übermittlung dieser freuen. Solcherart können zukünftige Analysen verfeinert werden.

## 1.1 AUSGANGSSITUATION

---

In Wien wurden im Bereich der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste im Jahr 2010 insgesamt 20.347 KlientInnen in den Heimhilfediensten, der Hauskrankenpflege und dem Besuchsdienst betreut. Zusätzlich gab es noch medizinische Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Reinigungsdienst und Wäscheservice als Leistungen, die dem mobilen Betreuungs- und Pflegebereich im weiteren Sinn zuzurechnen sind. Der Fonds Soziales Wien als Träger der Sozialhilfe in Wien vergibt i.d.R. Aufträge an aktuell 25 anerkannte Organisationen, die operativ die Leistungen erbringen. Eine Einrichtung gehört dem FSW selbst (FSW – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH). Die Organisationen haben wiederum im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen eine Plattform zur Kooperation und Koordination.

Insgesamt fielen Kosten von rund 178 Mio. Euro an. Die Kosten der Leistungserbringung werden hierbei nach Leistungsbereich unterschiedlich zwischen FSW als Sozialhilfeträger, den KlientInnen als LeistungsempfängerInnen, den Sozialversicherungen und den anerkannten Organisationen selbst (z.B. Auflösung von Rücklagen) verteilt. Der FSW wickelt hierbei die Verrechnung mit den KlientInnen ab. Die anerkannten Organisationen wiederum rechnen mit dem FSW auf Basis des sogenannten Tarifikalkulationsmodells ab.

Die erbrachten Leistungen im Bereich mobile Pflege- und Betreuung in Wien führen zu einer Vielzahl an Wirkungen, die bisher noch nie in einem Gesamtzusammenhang betrachtet und den Kosten bzw. Investitionen in den Bereich gegenübergestellt wurden.

## 1.2 DACHVERBAND WIENER SOZIALEINRICHTUNGEN

---

Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen wurde 1992 als Verein gegründet und umfasst mehr als 70 soziale Unternehmen und Wohlfahrtsorganisationen mit Schwerpunkten im ambulanten, teilstationären und stationären Pflege- und Betreuungswesen als Mitglieder. Weitere Themen sind "Hilfe und Betreuung für Menschen mit Behinderung" und "Wohnungslosigkeit".

## 1.3 MOBILE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE IN WIEN

---

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste wurden geschaffen, um pflegebedürftigen Personen und Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu bieten, nach ihren Wünschen und Bedürfnissen betreut werden zu können. Insbesondere werden folgende Dienste angeboten:

- Heimhilfe
- Altenhilfe/Pflegehilfe
- Familienhilfe
- Hauskrankenpflege
- Kurzzeitpflege
- Psychosoziale Dienste
- Alten- und Pflegeheime
- Teilstationäre Dienste (z.B. Tagesheimstätten)
- Personenbetreuung
- Frühförderung und Sehrühförderung
- Essen auf Rädern/Essenszustellung/Menüservice
- Besuchsdienst
- Notruftelefon/Rufhilfe
- Organisierte Nachbarschaftshilfe
- Mobile therapeutische Dienste
- Angehörigenberatung
- Verleih von Pflegebehelfen
- Wäschepflegedienst
- Reinigungsdienst
- Reparaturdienst
- Fahrtendienst
- Persönliche Assistenz
- Sterbebegleitung und Mobile Hospizbetreuung

**Die vorliegende Studie betrachtet nur die Bereiche Heimhilfe (HH), Hauskrankenpflege (HKP) und Besuchsdienst (BD). Medizinische Hauskrankenpflege wurde nicht berücksichtigt.**

Aufgabe der **Heimhilfe** ist die Betreuung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Insbesondere

- Unterstützung im Haushalt
- Hilfe bei der Körperpflege
- Erledigung kleiner Einkäufe
- Aufwärmen und Herrichten von Mahlzeiten
- Körperliche und geistige Förderung der zu betreuenden Personen
- Betreuung im Krankheitsfall

**Hauskrankenpflege** ist eine zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie PflegehelferInnen zu Hause. Die Behandlung erfolgt nach Anordnung des/der behandelnden ÄrztIn. Insbesondere stehen folgende Leistungen im Vordergrund:

- vorbeugende Pflegemaßnahmen
- Beratung und Pflegeanleitung für PatientInnen, Angehörige und HelferInnen

- Wundversorgung
- Verabreichung von Injektionen
- Vorbereiten und Verabreichung von Medikamenten
- Sondenernährung
- Mobilisation
- Stoma-, Fistel- und Katheterpflege
- u.a.

Beim **Besuchsdienst** besuchen geschulte MitarbeiterInnen Menschen, die aufgrund einer Beeinträchtigung verschiedene Erledigungen außerhalb ihrer Wohnung nicht mehr alleine bewerkstelligen können. Dabei wird v.a. auch die soziale Integration gefördert. Insbesondere gehören folgende Leistungen zum Besuchsdienst:

- Begleitung (ÄrztIn, Labor, Fußpflege, FrisörIn, Friedhof, ...)
- gemeinsame Besorgungen (Apotheke, Bank, Post, Ämter, ...)
- Einkäufe (Großeinkauf durch Bezugsperson)
- Kommunikation (Kaffeehausbesuch, Briefe schreiben, vorlesen, ...)

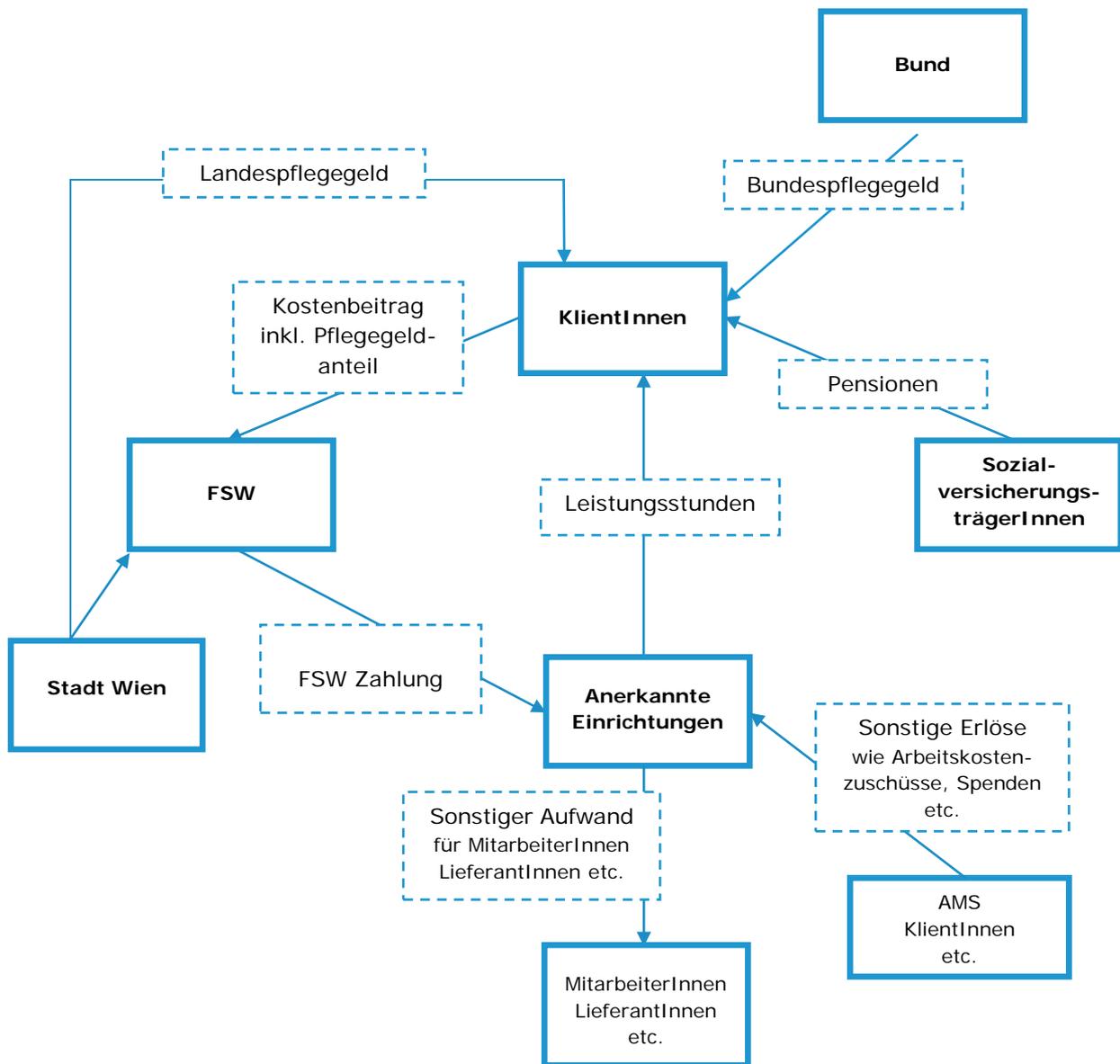
**Finanziert** werden die Mobilen Dienste vorwiegend von der öffentlichen Hand. Der FSW fördert anerkannte Einrichtungen, die Mobile Dienste anbieten. Weitere Einnahmen kommen insbesondere von Personen, die die Mobilen Dienste selbst bezahlen (SelbstzahlerInnen) und Arbeitskostenzuschüsse vom Arbeitsmarktservice.

Der FSW wiederum bekommt Geld von der Stadt Wien und den KlientInnen der Mobilen Dienste.

Die KlientInnen erhalten in der Regel Pflegegeld und eine Pension.

Nachfolgende Grafik stellt die Zusammenhänge vereinfacht dar:

Abbildung 1-1: Vereinfachte Darstellung der Finanzierung



Quelle: FSW (2011), BMASK (2011), eigene Darstellung

Der Kostenbeitrag der KlientInnen ist abhängig vom Nettoeinkommen sowie der Höhe des Pflegegeldes abzüglich der Miete. Der Kostenbeitrag entfällt bei AusgleichszulagenbezieherInnen (d.h. wenn das Gesamteinkommen unter dem gesetzlichen Mindestbetrag liegt).

Tabelle 1-1: Kostenbeitrag der KlientInnen

	Sockelbetrag pro Std. (Pflegegeldanteil)	Max. Kostenbeitrag pro Std.
<b>Heimhilfe</b>	6,00	19,00
<b>Hauskrankenpflege</b>	7,88	24,95
<b>Besuchsdienst</b>	4,80	15,20

Quelle: FSW 2011

## 1.4 ZIEL DER STUDIE

---

**Ziel der Studie ist die Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen der in Wien tätigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste.** Hierbei soll eine monetäre Bewertung der Wirkungen vorgenommen werden. Die monetarisierten Wirkungen werden im Sinne einer Social Return on Investment Analyse (SROI-Analyse) den Investitionen in den Bereich gegenübergestellt.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Lassen sich die im Rahmen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste in Wien erzielten Wirkungen sinnvoll und valide monetarisieren?“*

Die **Forschungsfrage 2** lautet *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste in Wien investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien gibt. Die KlientInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden (stationäre bzw. teilstationäre Betreuung; 24h-Betreuung, Krankenhäuser). Nachdem nicht alle KlientInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden pflegende Angehörige einen erhöhten Pflegeaufwand übernehmen müssen und/oder es würde Verwahrlosung eintreten.

## 1.5 AUFBAU DES BERICHTS

---

Die Einleitung im vorliegenden Kapitel 1 beinhaltet die Ausgangssituation, die Beschreibung der Mobilien Dienste in Wien und das Ziel der Studie. In Kapitel 2 wird das methodische Vorgehen beschrieben. Kapitel 3 stellt den Umfang der Analyse und die berücksichtigten Stakeholder vor. In Kapitel 4 werden die Einnahmen und Ausgaben der Mobilien Dienste in Wien berechnet. In Kapitel 5 beginnt die Berechnung des SROI: Pro Stakeholder werden jeweils die Ziele bzw. der Nutzen, die Impact Value Chain und die Berechnung des spezifischen Profits dargestellt. Da es sich bei der SROI-Analyse um eine stark stakeholder-fokussierte Methode handelt, bildet dieses Kapitel den Hauptteil der Studie. In Kapitel 6 wird schließlich der SROI-Wert berechnet und in Kapitel 7 ein Resümee gezogen. Das Quellenverzeichnis sowie der Anhang komplettieren die Studie.

## 2 METHODISCHES VORGEHEN

### 2.1 SOCIAL RETURN ON INVESTMENT - ANALYSE

---

Um die gesamtgesellschaftlichen Wirkungen unter einem ökonomischen Blickwinkel zu messen und damit die Frage „Welchen Gesamtnutzen die Gesellschaft von den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten in Wien hat“ beantworten zu können, wird das Modell der Social Return on Investment (SROI) – Analyse verwendet.

Mit Hilfe dieses Ansatzes wird versucht, den durch die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu bewerten. Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen messen. Es geht darum, die Höhe des Ertrages einer getätigten Investition aufzuzeigen und hierbei insbesondere auch soziale Erträge zu berücksichtigen. Die Förderungen und Subventionen werden als Investitionen verstanden, die zu Erträgen führen. Diese Erträge sind im Gegensatz zu herkömmlichen gewinnorientierten Unternehmen allerdings meist nicht direkt messbar. Unter Berücksichtigung beispielsweise fiskalischer Effekte oder Opportunitätskosten können auch primär soziale Werte mit monetären Werten belegt werden.

Dieses Vorgehen macht deutlich, dass die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste wesentliche Rückflüsse erzeugen, beispielsweise in Form von diversen Einsparungen für die öffentliche Hand. Das Modell versucht aber auch nicht-pekuniäre Effekte, wie die verbesserte Lebenssituation durch geringere soziale Ausgrenzung der KlientInnen sowie das höhere psychische Wohlbefinden dieser mit einzubeziehen. Abzuziehen sind schlussendlich jene Wirkungen, die auch ohne die Aktivitäten der Organisationen zustande gekommen wären (= „Deadweight“). Ergebnis der SROI-Analyse ist eine Kennzahl, die, wie ein herkömmlicher ROI (Return on Investment), den Ertrag eines Investments darstellt.

**Am Ende der Analyse steht ein monetärer Wert, der angibt, welcher monetäre und monetär bewertete soziale Rückfluss sich aus einem in die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien investierten Euro ergibt.**

Im vorliegenden Fall liegt der Hauptfokus der SROI-Analyse in der Identifikation und monetären Bewertung der durch die Tätigkeiten der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste (Achtung! nur Heimhilfe, Hauskrankenpflege ohne med. HKP und Besuchsdienst) in Wien hervorgerufenen Wirkungen.

Die Analyse orientiert sich am Vorgehen des nef-Modells (new economics foundation model). Der Fokus dieses Modells liegt hauptsächlich bei den Stakeholdern und dem zusätzlichen sozialen Nutzen, der für sie durch die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien generiert wird. Das auf Basis der Kosten-Nutzen-Analyse aufbauende Modell wurde Ende der 1990er-Jahre vom Robert Enterprise Development Fund entwickelt. Bis heute gibt es unterschiedliche Weiterentwicklungen, welche die Grundidee aufgegriffen und adaptiert haben. So wie das aus Großbritannien stammende Modell der new economics foundation, das der vorliegenden Studie zugrunde liegt. Dies bringt folgendes Vorgehen mit sich:

Abbildung 2-1: Analyseschritte auf Basis des nef-Modells



Es handelt sich somit um einen stark stakeholderfokussierten Ansatz. Die relevanten Stakeholder des betrachteten Projekts/Betriebs/Bereiches werden hinsichtlich ihrer sozialen Profite analysiert. Soziale Profite im Sinne der hier vorgenommenen SROI-Analyse können unterschiedlicher Natur sein. Generell können diese ermittelt werden, indem eine erfolgte Investition und damit verbundene Intervention mit jenem Zustand verglichen wird, der ohne Investition und der entsprechenden Intervention gegeben wäre. Hierbei kann es bei einzelnen Stakeholdern potenziell zu einer Besserstellung aber auch zu einer Schlechterstellung durch die Intervention kommen. Nachfolgende Aufzählung gibt die für die Analyse wesentlichen zu beachtenden Dimensionen/Aspekte wieder:

1. Einnahmen, die ein Stakeholder ansonsten nicht hätte
2. Ausgaben, die ein Stakeholder ansonsten hätte
3. Zustände, in die ein Stakeholder sonst kommen würde, gemessen an monetarisierbaren Indikatoren
4. Zustände, in die ein Stakeholder sonst nicht kommen würde, gemessen an monetarisierbaren Indikatoren

Entsprechend dem nef-Modell wird unter Social Impact der soziale beziehungsweise gesellschaftliche Unterschied verstanden, den eine Organisation aufgrund ihrer Unternehmenstätigkeit bewirkt (nef, 2008). Explizit oder implizit wird das betrachtete Projekt oder die betrachtete Organisation immer mit einem Alternativszenario verglichen. Die angeführten Dimensionen sind für jede in die Analyse einbezogene Stakeholdergruppe zu berücksichtigen.

Eine SROI-Analyse kann zukunftsorientiert, im Sinne einer Prognose, oder vergangenheitsorientiert, im Sinne einer Evaluation, durchgeführt werden. Da der Beobachtungszeitraum gemeinsam mit dem Auftraggeber auf das Jahr 2010 festgelegt wurde, wurde eine ex-post Analyse durchgeführt. Was die Datensammlung für die monetäre Bewertung und Berechnung des SROI-Werts betrifft, wurden, soweit vorhanden, Daten aus diesem Zeitraum (2010) recherchiert und erhoben. Die Entscheidung für das Jahr 2010

wurde aus Gründen der Aktualität und Verfügbarkeit der Daten gewählt. Der eruierte Gesamtprofit der Stakeholder bezieht sich nur auf dieses Jahr. Allfällige Langzeiteffekte wurden aus diesem Grund nicht betrachtet. Werden entfaltete Wirkungen mehreren Stakeholder zuteil, wie dies z.B. erhöhten Sicherheitsgefühl der Fall ist, darf der Outcome nur einem Stakeholder zugerechnet werden, um eine Doppelzählung zu vermeiden.

## 2.2 DATENERHEBUNG

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

Insgesamt wurden 36 Leitfadeninterviews mit VertreterInnen der jeweiligen Stakeholdergruppe durchgeführt. 10 Interviews wurden persönlich, 27 telefonisch geführt. Bei den KlientInnen und Angehörigen wurde besonders darauf geachtet, wie es für die jeweilige Person angenehmer war. Die persönlichen Interviews dauerten durchschnittlich eine halbe Stunde, die telefonisch geführten Interviews eine viertel Stunde. Die Interviews wurden aufgezeichnet, tlw. transkribiert und daraus Wirkungen und Nutzen der Mobilen Dienste abgeleitet.

Zudem wurden **Geschäftsunterlagen, interne Dokumente, Broschüren und Berichte der Mobile Dienste anbietenden anerkannten Organisationen und des FSW** herangezogen, sowie eine intensive Recherche durchgeführt. Dies umfasste Literatur- und Internetrecherche, sowie spezifische telefonische und persönliche Gespräche, sowie E-Mails zur Informationsgewinnung.

Für die Berechnung der Erlöse und Kosten wurden erstens die **Tarifkalkulationsmodelle** der Organisationen für den FSW herangezogen und zweitens **eine standardisierte Erhebung** bei den teilnehmenden Organisationen durchgeführt.

Tabelle 2-1: Engagement-Plan

Stakeholder	Methode zur Informationsgewinnung	Anzahl der Befragten pro Gruppe
KlientInnen	persönliche Interviews, Telefoninterviews	9 KlientInnen
MitarbeiterInnen	persönliche Interviews, Telefoninterviews	9 MitarbeiterInnen
Angehörige	persönliches Interview	5 Angehörige
FSW	persönliches Interview	1 Vertreterin FSW
KH	Telefoninterview, Recherche, Dokumentenanalyse	2 diplomierte Krankenschwestern des Entlassungsmanagements
AMS	Persönliches Interview	1 VertreterIn AMS
WAFF	Persönliches Interview	1 VertreterIn WAFF
Bund	Recherche, Dokumentenanalyse	
Stadt Wien	Recherche, Dokumentenanalyse	
SV & MVK	Recherche, Dokumentenanalyse	
LieferantInnen	Telefoninterviews, Recherche	2 LieferantInnen
ÄrztInnen	2 Telefoninterviews,	2 HausärztInnen mit Erfahrung

	Recherche, Dokumentenanalyse	im Mobilen Pflege- und Betreuungsbereich
<b>EigentümerInnen</b>	Dokumentenanalyse	
<b>Einsatzorganisationen</b>	Telefoninterview, Interview, Recherche, Dokumentenanalyse	2 VertreterInnen der Einsatzorganisationen
<b>VermieterInnen</b>	Telefoninterview, Recherche	1 VertreterIn der VermieterInnen
<b>SachwalterInnen</b>	Persönliches Interview	2 SachwalterInnen
<b>Allgemeine Bevölkerung</b>	Telefoninterview Recherche	2 Personen aus der allgemeinen Wiener Bevölkerung

## 3 UMFANG DER ANALYSE

### 3.1 KONZEPTIONALISIERUNG

---

Die vorliegende SROI-Analyse bezieht sich ausschließlich auf die Mobilen Dienste in Wien und dort nur auf die Bereiche Heimhilfe, Hauskrankenpflege ohne med. HKP und Besuchsdienst. Die Erhebungen unter den Stakeholdern wurden daher mit Fokus auf diesen Bereich durchgeführt und auch die herangezogenen Einnahmen und Ausgaben wurden gesondert betrachtet und auf diesen Bereich umgelegt.

Der Analysezeitraum umfasst das Jahr 2010, d.h. der eruierte Gesamtprofit der Stakeholder bezieht sich grundsätzlich nur auf dieses Jahr. Was die Datensammlung für die monetäre Bewertung und Berechnung des SROI-Werts betrifft, wurden, soweit vorhanden, Daten aus diesem Zeitraum (2010) recherchiert und erhoben.

Verfolgen zwei oder mehrere Stakeholder, im Rahmen der Mobilen Dienste, zumindest teilweise dieselben Ziele bzw. genießen dieselben Wirkungen, wie es zum Beispiel bei der allgemeinen Wiener Bevölkerung und der Stadt Wien, dem FSW und den EigentümerInnen der Fall ist, dürfen die Wirkungen nur einem Stakeholder zugerechnet werden, um eine Doppelzählung zu vermeiden. Da in diesen Fällen stets die KlientInnen involviert waren, wurden die Profite jeweils diesem Stakeholder zugewiesen, da es sich hier um die Hauptzielgruppe des Projekts handelt.

Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse

Analysesubjekt	„Mobile Dienste“
Projektträger	Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
Dauer der Analyse	10 Monate
Berechnungszeitraum	1 Jahr (2010)

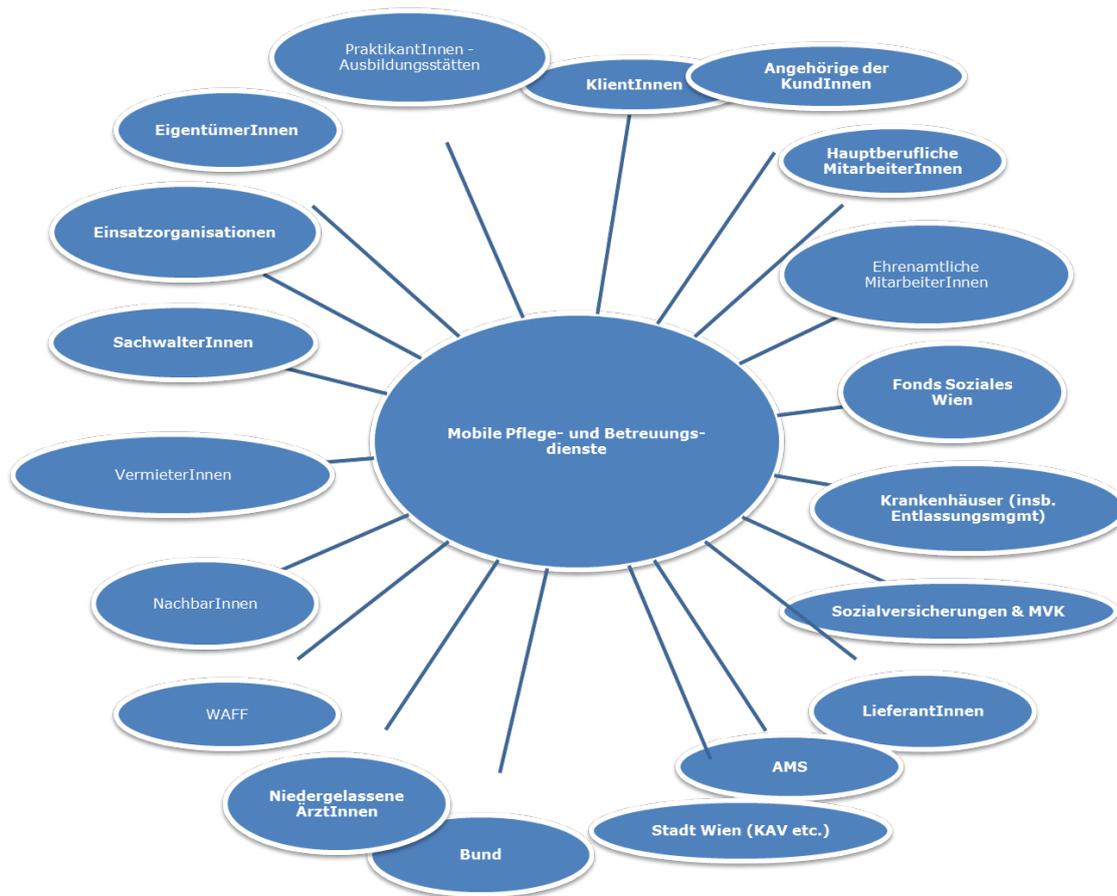
### 3.2 IDENTIFIZIERUNG DER STAKEHOLDER

---

Das nef-Modell basiert auf der Sicht der Stakeholder, weshalb in einem ersten Schritt die für die Analyse wesentlichen Interessensgruppen identifiziert werden mussten. Gemeint sind damit all jene Gruppen, die besonders von den Leistungen und damit verbundenen Wirkungen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste profitieren. Die Ziele der Stakeholder bestimmen letztendlich die Erfolgskriterien für die SROI-Analyse.

Nach einer Sichtung des vorhandenen Sekundärmaterials zu den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten in Wien wurden, gemeinsam mit dem Auftraggeber, die relevanten Stakeholder identifiziert. Auf Basis der erstellten Stakeholderliste wurden, in Absprache mit der Arbeitsgruppe beim Auftraggeber, die konkret in die Analyse einzubeziehenden Keystakeholder fixiert. Diese sind in nachfolgender Abbildung 3-1 angeführt.

Abbildung 3-1: Keystakeholder



Im Folgenden werden die einzelnen Stakeholder kurz beschrieben und Gründe für deren Inklusion beziehungsweise Exklusion angegeben. Die Gründe für die Inklusion der einzelnen Stakeholdergruppen sind in übersichtlicher Form in Tabelle 3-2 dargestellt.

Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder

Stakeholder	Hauptgründe für Inklusion (Nutzen)
<b>KlientInnen</b>	Profitieren von MD durch die Pflege und Betreuung zuhause.
<b>Angehörige</b>	Profitieren von MD durch die Verringerung/Abnahme der Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen und die psychische Unterstützung.
<b>Hauptamtliche MitarbeiterInnen</b>	Profitieren durch eine feste Beschäftigung und ein fixes Einkommen und dem Wissen „etwas Gutes zu tun“.
<b>FSW</b>	Profitiert von der Erfüllung eines Versorgungsauftrags der Stadt Wien und Einsparungen von 24h-Pflege-Förderung
<b>Krankenhäuser</b>	Profitieren von MD durch Reduktion der Procuratio-Fälle und geringerem verwaltungstechnischen Aufwand.

<b>AMS</b>	Profitiert durch Einsparungen von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe und Qualifizierungskosten.
<b>Bund</b>	Profitiert von zusätzlichen Steuer- und Abgabeneinnahmen
<b>Stadt Wien</b>	Profitiert durch die Erfüllung eines sich selbst gegebenen Versorgungsauftrags und von zusätzlichen Steuereinnahmen (U-Bahn-Steuer)
<b>SozialversicherungsträgerInnen &amp; Mitarbeitervorsorgekassen</b>	Profitieren von zusätzlichen SV-Beiträgen bzw. MVK-Beiträgen
<b>LieferantInnen</b>	Profitieren von (zusätzlichen) Aufträgen.
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	Profitieren durch weniger Behandlungs- und Organisationsaufwand und weniger Hausbesuchen
<b>EigentümerInnen</b>	Profitieren durch Gewinn/Verlust – Bedeutungszuwachs und der (teilweisen) Erfüllung ihrer Mission
<b>Einsatzorganisationen</b>	Profitieren durch weniger Einsätze.
<b>VermieterInnen</b>	Profitieren durch weniger Konfrontation mit Verwahrlosung der entsprechenden Wohnungen
<b>SachwalterInnen</b>	Profitieren durch geringeren Zeitaufwand.
<b>Allgemeine Wiener Bevölkerung</b>	Profitiert von MD durch ein Sicherheitsgefühl in Bezug auf die eigene Versorgung im Alter.

Der tatsächliche ermittelte Nutzen auf Basis der empirischen Erhebungen, Quantifizierungen und Monetarisierungen ist ausführlich in Kapitel 5 dargestellt.

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

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

**Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder**

<b>Exkludierte Stakeholder</b>	<b>Gründe für Exklusion</b>
<b>Ehrenamtliche MitarbeiterInnen</b>	Zu wenige ehrenamtliche MitarbeiterInnen in diesem Bereich.
<b>PraktikantInnen-Ausbildungsstätten</b>	Vernachlässigbare Wirkung
<b>BetreiberInnen von ambulant betreuten Wohneinrichtungen</b>	Sind wirkungsmäßig wie Privathaushalte zu betrachten.
<b>NachbarInnen</b>	Vernachlässigbare Wirkung
<b>WAFF</b>	Vernachlässigbare Wirkung

Bei den Mobilien Diensten arbeiteten 2010 lediglich 12 MitarbeiterInnen ehrenamtlich, wobei der jeweilige Zeitaufwand sehr gering war. Die Wirkung ist daher vernachlässigbar.

Als PraktikantInnen-Ausbildungsstätte ist die Wirkung ebenfalls vernachlässigbar, da es zu wenige PraktikantInnen in den untersuchten Organisationen gibt.

Die BetreiberInnen von ambulant betreuten Wohneinrichtungen wurden nicht extra behandelt, da sie wirkungsmäßig wie Privathaushalte betrachtet wurden.

Die NachbarInnen wurden nach einem Expertengespräch der Beratungsstelle Wiener Wohnen exkludiert, da NachbarInnen von pflegebedürftigen Personen sich sichtlich nicht durch das Zusammenleben mit diesen im selben Wohngebäude beeinträchtigt fühlen und sich nur vernachlässigbare Wirkungen für diesen Stakeholder ergeben.

Der waff (Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds) wurde als Stakeholder nach einem persönlichen Interview mit einem Vertreter des waff exkludiert. Die Wirkungen, die sich für den waff durch die Mobilien Dienste ergeben sind vernachlässigbar, zumal die finanziellen Förderungen für die Erhaltung des Qualifizierungsbereichs und das Ermöglichen von Re-Qualifizierungen bei Inexistenz der MD sich zu 100% in einen anderen Bereich investieren ließen.

## 4 ANALYSE DER EINNAHMEN UND AUSGABEN

Um den Social Return on Investment berechnen zu können, müssen alle aufgewendeten Investitionen, die getätigt wurden, um die Mobilen Dienste zu betreiben, erhoben werden. Ebenso gilt es die Ausgaben, die direkt in Zusammenhang mit den Wirkungen stehen, zu identifizieren. Hierfür wurden die erhaltenen Einnahmen und getätigten Ausgaben der anerkannten anbietenden Organisationen im Bereich der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien erhoben und hochgerechnet.

Diese Daten wurden einerseits aus den Tarifikalkulationsmodellen der einzelnen Organisationen ermittelt, andererseits ergänzend in einem Excel-file von den Organisationen abgefragt.

Zusätzlich zu Daten aus dem Rechnungswesen waren folgende allgemeinere Daten ebenfalls für die SROI-Analyse relevant und wurden bei der Erhebung zusätzlich abgefragt:

- Erbrachte Leistungsstunden getrennt nach Kategorien HH, HKP, Besuchsdienst
- Anzahl, Qualifikation und Altersverteilung der MitarbeiterInnen
- Anzahl VZÄ-MitarbeiterInnen
- Anzahl freiwillige/ehrenamtliche MitarbeiterInnen
- Durchschnittlich erbrachte Leistungsstunden freiwillige/ehrenamtliche MitarbeiterInnen

An der Erhebung haben 88% aller Pflege und Betreuung anbietenden anerkannten Organisationen in Wien teilgenommen (gemessen am Marktanteil). Hochgerechnet auf Wien gesamt wurde auf zwei Varianten:

**Variante 1** verwendet den Marktanteil in Bezug auf die Leistungsstunden und kommt auf einen Hochrechnungsfaktor von 1,13.

**Variante 2** verwendet die FSW Zahlung und kommt auf einen Hochrechnungsfaktor von 1,12.

Nachdem beide Varianten nahezu zu dem gleichen Ergebnis kamen und die Zahlen aus Variante 1 als valider eingeschätzt werden, wurde entschieden den Hochrechnungsfaktor 1,13 zu verwenden.

So wurden beispielsweise die gesamten Einnahmen abseits des FSW-Subjektförderung, der in der Erhebung inkludierten Organisationen (88% Marktanteil) mit 1,13 hochgerechnet.

**Insgesamt haben somit die Mobilen Dienste in Wien im Jahr 2010 177.822.257 Euro an Einnahmen erzielt, sowie 179.116.767 Euro an Ausgaben getätigt.**

Nachfolgende Tabelle 4-1 zeigt die relevanten Unterkategorien bei den Einnahmen an. In Tabelle 4-2 werden die Gesamtausgaben aufgeschlüsselt.

Tabelle 4-1: Einnahmen

Art der Einnahme	Höhe Einnahmen	Anteil an Einnahmen in %
FSW Zahlung <sup>1</sup>	174.788.182	98,40%
Einnahmen von SelbstzahlerInnen	759.753	0,40%
Spenden/Sponsoring/Mitgliedsbeiträge	5.051	0,00%
personenbezogene Arbeitskostenzuschüsse	890.118	0,50%
Kostenersätze ZDL	141.836	0,10%
Auflösung von Rückstellungen	7.553	0,00%
Sonstige Einnahmen	1.229.762	0,70%
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>€ 177.822.257</b>	<b>100%</b>

Quelle: Tarifikalkulationsmodell, Erhebung bei Organisationen, eigene Berechnung<sup>2</sup>

Es ist deutlich zu sehen, dass der FSW, bei dem auch die KlientInnenbeiträge eingehoben werden, die Organisationen nahezu ausschließlich finanziert. Ausgabenseitig ist es wie bei personalintensiven Dienstleistungen üblich der Personalaufwand, der ins Gewicht fällt. Mit etwas über 90% ist dieser bei den Mobilien Diensten zudem besonders hoch.

Tabelle 4-2: Ausgaben

Art der Ausgabe	Höhe Ausgaben	Anteil an Ausgaben in %
Material etc.	12.578.187	7,02%
Löhne und Gehälter (inkl. SV-Beträge)	161.810.549	90,34%
Steuern/Abgaben	28.692	0,02%
Abschreibungen	1.444.254	0,81%
Sonstige Ausgaben	3.258.083	1,82%
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>€ 179.119.767</b>	<b>100%</b>

Quelle: Tarifikalkulationsmodell, Erhebung bei Organisationen, eigene Berechnung

<sup>1</sup> Angabe ohne Umsatzsteuer; erklärt Differenz zu FSW Geschäftsbericht

<sup>2</sup> Aufgrund von Rundungsdifferenzen kommt es zu einer geringen Abweichung im Vergleich zu den Investitionen.

## 5 BERECHNUNG DES PROFITS DER STAKEHOLDER

### 5.1 IMPACT VALUE CHAIN

---

Zentrales Element der Social Return on Investment Analyse ist die Impact Value Chain (Wirkungskette). In dieser wird der gesamte Social Impact, den die Mobilen Dienste generieren, dargestellt. Diese Impact Map bildet eine logische Gegenüberstellung von „Input“, „Output“ und dem bewirkten „Outcome“ je Stakeholdergruppe ab. Außerdem werden die Unternehmensaktivitäten, die im Zuge der Studie zum gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien für bzw. durch die einzelnen Stakeholder ausgeführt werden, beschrieben. Der **Input** bezeichnet jene Ressourcen, die Stakeholder in die Mobilen Dienste einbringen, um die Unternehmensaktivitäten aufrechterhalten zu können. Das können nicht nur monetäre Mittel oder Sachmittel, sondern auch Ressourcen wie Zeit, Fähigkeiten etc. sein. Als **Output** werden Produkte und Leistungen verstanden, die durch die Unternehmensaktivität entstehen und direkt gemessen werden können. Der **Outcome** (Wirkungen) beinhaltet wiederum den (sozialen) Profit, der durch die Mobilen Dienste für die einzelnen Interessensgruppen geschaffen wird und umfasst ebenso nicht unmittelbar messbare Größen, wie eine verringerte soziale Ausgrenzung oder erhöhter Grad an Selbstständigkeit. Mit anderen Worten gibt der Outcome die Veränderungen für die Stakeholder aufgrund der Aktivitäten der Mobilen Dienste wieder. Im nächsten Schritt wird der Outcome mit Indikatoren und Daten belegt, um den SROI berechnen zu können. Wichtig ist, dass nur jener Impact gemessen wird, der auch tatsächlich aufgrund der Mobilen Dienste selbst entsteht, weshalb auch der abzuziehende Impact (**Deadweight**) erfasst wird. Der erzeugte Impact muss also um jene Wirkungen reduziert werden, die auch ohne die Intervention der Organisation aufgetreten wären (nef 2008).

Die komplette Impact Value Chain der Mobilen Dienste wird im Anhang dargestellt. Die Impact Value Chain pro Stakeholder wird beim jeweiligen Stakeholder dargestellt.

### 5.2 INDIKATOREN UND PROXYS

---

Weiters zentral ist es, dem Outcome aussagekräftige Indikatoren zuzuordnen und diese mit Daten zu belegen. In diesem Schritt werden die Outcomes in verschiedene Indikatoren „übersetzt“, um letztlich eine Monetarisierung vornehmen zu können. Wenn keine direkten Indikatoren gefunden werden können, werden sogenannte „Proxys“ gebildet, die zumindest in einer Annäherung versuchen, den Outcome zu erfassen bzw. monetär zu bewerten. Die jeweilige Monetarisierung ist beim jeweiligen Stakeholder im entsprechenden Subkapitel beschrieben. Für die Berechnung der Indikatoren ist es weiters relevant eine KlientInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen zu berechnen. Auf diese wird im folgenden Kapitel eingegangen.

### 5.3 KLIENTINNENVERTEILUNG

---

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

Die Verteilung der KlientInnen im Alternativszenario ist für viele nachgelagerte Wirkungen von hoher Bedeutung und kann daher als zentral in der vorliegenden Analyse angesehen werden. Konkret wurde auf Basis unterschiedlicher Daten und durch Setzung einiger Annahmen ermittelt, was mit den 20.347 im Jahr 2010 betreuten KlientInnen ohne Mobile Dienste passieren würde.

Ausgangspunkt der Überlegungen und Berechnungen sind die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Varianten einer alternativen Pflege und Betreuung. Hier erscheinen für Wien im Jahr 2010 folgende Varianten plausibel:

- KlientInnen kommen alleine zurecht
- KlientInnen kommen mit Hilfe durch Angehörige zurecht
- KlientInnen müssten/könnten private Pflege und Betreuung zukaufen
- KlientInnen müssten/könnten 24h-Pflege zukaufen
- KlientInnen kommen ins Pflegeheim
- KlientInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall
- KlientInnen verwahrlosen
- KlientInnen erleiden einen früheren Tod

Zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungsintensität standen im vorliegenden Projekt die Anzahl der betreuten Personen pro Pflegegeldstufe (0-7) sowie eine Einordnung der KlientInnen nach Betreuungsstundenanzahl in Quartilen zur Verfügung. Die relevanten Daten wurden direkt vom FSW für das Projekt übermittelt. Für die Umlegung wurde dann angenommen, dass im Wesentlichen ein linearer Zusammenhang zwischen Pflegegeldstufe und Betreuungsintensität in real erbrachten Stunden gegeben ist. Die Daten bestätigten diesen Zusammenhang. Solcherart konnten pro Pflegegeldstufe und Betreuungsdienstmix (nur HH, nur HKP, nur BD, HH+HKP, HH+BD, HKP+BD, HH+HKP+BD) eine Einordnung der im Jahr 2010 betreuten Personen in Quartile der Betreuungsintensität (in Leistungsstunden) errechnet werden.

Für die konkrete Verteilung der KlientInnen im Alternativszenario wurden Annahmen auf Basis des bestehenden Betreuungsmixes, der Betreuungsintensität und der Pflegegeldstufe getroffen. Dies erfolgte zunächst ohne Berücksichtigung einer ökonomischen Beschränkung (Alternativsetting nicht leistbar) und ohne Berücksichtigung des Kapazitätseffekts (KlientInnen kommen im für sie bestmöglichen Setting unter). Diese Annahmen sind für alle Betreuungsmixe im Anhang angeführt. Beispielhaft sind in Tabelle 5-1 die Annahmen für den HKP/HH Mischdienst angeführt. Konkret wurden im vorliegenden Fall 25% der KlientInnen mit bis 24h/Monat betreut und in dieser Kategorie waren Personen aus den Pflegegeldstufen 1-4. Nachdem KlientInnen in niedrigen PG-Stufen teilweise noch alleine zurechtkommen wurde dies entsprechend bei den Annahmen berücksichtigt. Ansonsten würden die KlientInnen, nachdem sie jetzt auch zuhause betreut werden, versuchen über Angehörige oder ein Zukaufen am Markt zu den Leistungen zu kommen. 24h-Betreuung kommt annahmegemäß in dieser niedrigen Kategorie noch nicht in Frage, da sie überproportional teuer im Vergleich zur benötigten Betreuungsintensität wäre. Der Break Even, ab dem sich 24-h Betreuung auszahlt, liegt im vorliegenden Fall bei 86 Betreuungsstunden.

**Tabelle 5-1: HKP/HH Mischdienst Annahmen zur KlientInnenverteilung**

Kategorien	Annahmen
bis 24h/Monat (nur PG 1-4)	15% alleine 25% Angehörige 60% Zukaufen
bis 47h/Monat (PG 2-5)	5% alleine 25% Angehörige 70% Zukaufen
bis 81h/Monat	20% Angehörige

(PG 2-4)	80% Zukaufen
bis 81h/Monat	15% Angehörige
(PG 5-7)	85% Zukaufen
	0% 24h-Pflege
über 81h/Monat bis BE	20% Angehörige
(PG 4-5)	80% Zukaufen
	0% 24h-Betreuung
über 81h/Monat über BE	20% Angehörige
(PG 4-5)	0% Zukaufen
	80% 24h-Betreuung
über 81h/Monat bis BE	25% Angehörige
(PG 6-7)	75% Zukaufen
	0% 24h-Betreuung
über 81h/Monat über BE	25% Angehörige
(PG 6-7)	0% Zukaufen
	75% 24h-Betreuung

Die entsprechenden Berechnungen über alle Betreuungsmixe hinweg führen zur Verteilung in Zeile 1 der Tabelle 5-2. So würden 13.710 jetzt durch Mobile Dienste betreute Personen im Alternativszenario am Markt die Leistung zukaufen. Wird jedoch die ökonomische Beschränkung zusätzlich berücksichtigt, zeigt sich, dass sich 2.072 Personen den Zukauf im benötigten Ausmaß nicht hätten leisten können. Hierfür wurde das Einkommen der KlientInnen berücksichtigt und angenommen, dass etwa 1.000 Euro zum Leben verbleiben müssen. Das Einkommen setzt sich in der Berechnung aus drei Komponenten zusammen: Pflegegeld-Einnahmen, durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen einer FSW-KlientIn und Einnahmen aus Vermögen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen einer FSW-KlientIn wurde explizit für jene KlientInnen aus den untersuchten drei Leistungsbereichen erhoben und liegt mit 1.100 Euro weit unter dem Wiener Durchschnitt von 1.452 Euro (Statistik Austria 2012). Für die Berechnung der Einnahmen aus Vermögen wurden 200 Euro pro Monat angesetzt, die sich aus dem Median des Nettovermögens einer ÖsterreicherIn (Finanzvermögen abzüglich anteiliger Finanzschulden) auf die fernere Lebenserwartung einer FSW-KlientIn der HH, HKP und BD von 4,86 Jahren auflösen ließe, zusammensetzt (ÖNB 2012, Statistik Austria 2012c). Es kann weiters davon ausgegangen werden, dass durch innerfamiliäre Unterstützung private Pflege und Betreuung zugekauft werden kann bzw. wenn keine familiäre Unterstützung vorhanden ist, vermutlich mehr Vermögen vorhanden ist bzw. in kürzerer Zeit verbraucht werden wird.

Einige KlientInnen könnten sich unter den geschilderten Bedingungen zwar den Zukauf nicht finanzieren, aber, aufgrund einer weiter bestehenden Förderung, eine 24h-Betreuung leisten. Diese kommen somit in die Kategorie 24h-Betreuung. Es gibt jedoch auch 115 Personen, die sich, aufgrund ihrer Einkommenssituation, eine 24h-Betreuung nicht leisten können, wie Zeile 2 in Tabelle 5-2 zeigt. Es verbleiben somit aber immerhin 2.073 Personen, die sich weder Dienste am Markt im benötigtem Ausmaß noch eine 24h-Betreuung zukaufen könnten. Diese würden primär versuchen einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung zu bekommen oder in ein Krankenhaus zu kommen. Diese Verteilung würde allerdings nur zustande kommen, wenn es keine kapazitätsmäßigen Beschränkungen beim Zukauf über den Markt und in der 24h-Betreuung gibt.

Um die Kapazitäten abschätzen zu können wurden im Zeitraum von 18.9.2012 bis 20.09.2012 bei 6 privaten AnbieterInnen von 24h-Betreuung, Schätzungen der freien Kapazitäten über Telefoninterviews abgefragt. Binnen kürzester Zeit (ein bis wenige Tage)

könnte ein/e 24h-Pflege AnbieterIn rund 30 Personen mehr betreuen. In einem etwas längeren Zeitraum (bis zu einem Monat) lag der Durchschnitt bei rund 120 Personen, die zusätzlich betreut werden könnten. Die Verzögerung liegt allerdings primär im anfallenden hohen Verwaltungsaufwand und weniger im mangelnden Angebot. Grundsätzlich gäbe es bei den privaten 24h-PflegeanbieterInnen zufolge, quasi sofort, nahezu unbegrenzte Kapazitäten, da nach Angabe der AnbieterInnen sehr viele Fachkräfte zur Verfügung stehen würden. Hinzu kommt, dass sehr viele AnbieterInnen auf dem Markt 24h-Pflegekräfte vermitteln. Viele dieser Agenturen vermitteln auch stundenweise Personal und auch hier bestünde, den Erhebungen im vorliegenden Projekt zufolge, kein Kapazitätsproblem. In der vorliegenden Studie wird somit davon ausgegangen, dass die am Markt entweder stundenweise oder in Form von 24h-Betreuung nachgefragten Leistungen vollständig erfüllt werden könnten. Es gibt also keine Kapazitätsbeschränkungen in diesen beiden Alternativsettings.

Etwas anders sieht es hingegen bei den Pflegeheimen und Krankenhäusern aus. Hier gibt es sehr wohl Kapazitätsbegrenzungen im Jahr 2010. So verfügt der Wiener Krankenanstaltenverbund über rund 8.500 Betten und einer konstanten Auslastung von 85% (Wiener Krankenanstaltenverbund 2008). Die Betten werden in den Wiener Spitälern abteilungsübergreifend belegt. In allen KAV-Spitälern wurden zudem Ausweichstationen eingerichtet, sodass in Summe fast 200 Betten kurzfristig freigemacht werden können, was insgesamt freie Kapazitäten von 1.475 Betten bedeutet. Nachdem es sich hierbei um eine durchschnittliche freie Kapazität handelt und es unrealistisch ist, dass alle verfügbaren Kapazitäten, bei denen ja auch vollständig fachfremde Abteilungen hinzugehören, mit Pflegefällen belegt werden würden, wurde im vorliegenden Bericht mit einer Kapazität von 1.000 Plätzen gerechnet. In Pflegeheimen bzw. auf Pflegestationen gab es im Jahr 2010 wiederum 8.982 Plätze<sup>3</sup> (Schober 2011). Unter der plausiblen Annahme einer 98%igen Auslastung ergibt dies eine freie Kapazität 2010 in der Höhe von 180 Plätzen, die für die Berechnungen herangezogen wurde.

Somit können von den 2.073 KlientInnen, die sich einen stundenweisen Zukauf oder eine 24h-Betreuung nicht leisten können 1.180 in einem stationärem Setting untergebracht werden. Die verbleibenden Personen würden verwahrlosen und zum Teil einen früheren Tod finden.

---

<sup>3</sup> Unter der Berücksichtigung des demographischen Wandels, hat die Stadt Wien einen Bedarfsplan erarbeitet, der als Grundlage für den Ausbau der Pflege- und Betreuungsleistungen dient. Der Bedarf an Pflegeplätzen steigt bis in das Jahr 2015 auf 10.500 Plätze (+ 1.200 Plätze) an (KAV 2012). Bis 2015 werden rund 3.900 Plätze in Wien neu geschaffen, davon 1.200 in privaten Pflegeheimen und 2.700 in den neuen Wohn- und Pflegehäusern des KAV bei gleichzeitiger Schließung der alten Geriatriezentren (MA 24 2009, KAV 2012). Die Zahl der Pflegeplätze in Wien wird bis 2016 auf über 10.000 steigen (KAV 2012).

Tabelle 5-2: KlientInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen

KlientInnen, die...	alleine zu- recht kommen	mit Hilfe v. Ange- hörigen zurecht kommen	Private Pflege & Betreuung zukaufen müssten/könnten	24h-Pflege zukaufen müssten/könnten	Pflegeheim	Krankenhaus bzw. Procuratio	Verwahr- losung	Früherer Tod	Σ
Anzahl (ohne ökonomische Beschränkung)	1.902	4.511	13.710	223	0	0	0	0	20.347
Anzahl nicht leistbar	0	0	2.072	115	0	0			
Anzahl unter Berücksichtigung einer öko- nomischen Beschränkung	1.902	4.511	11.638	222	2.073	0			20.347
Anzahl unter Berücksichtigung von Arbeitsmarkt- bzw. Kapazitäts- effekt	1.902	4.511	11.638	222	180	1.000	804	89	20.347
<b>Endgültige Verteilung Anzahl KlientInnen</b>	<b>1.902</b>	<b>4.511</b>	<b>11.638</b>	<b>222</b>	<b>180</b>	<b>1.000</b>	<b>804</b>	<b>89</b>	<b>20.347</b>
Anzahl (ohne ökonomische Beschränkung)	<b>9,4%</b>	<b>22,2%</b>	<b>57,2%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,9%</b>	<b>4,9%</b>	<b>4,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>100%</b>

Quelle: Erhebung FSW, eigene Berechnung

Zusammengefasst werden in Tabelle 5-2 folgende Varianten unterschieden und entsprechend der skizzierten Annahmen die sich daraus ergebende Anzahl an KlientInnen zugeordnet:

- **KlientInnen kommen alleine zurecht:** Alleine kommen jene zurecht, die aufgrund einer niedrigen Pflegegeldstufe verhältnismäßig wenig Betreuungsbedarf haben (wenige Stunden zukaufen) und letztlich mit spärlichen Besuchen zu Hause sind.
- **KlientInnen kommen mit Hilfe durch Angehörige zurecht:** Mit Hilfe der Angehörigen kommen jene aus, die aufgrund einer niedrigen Pflegegeldstufe verhältnismäßig wenig Betreuungsbedarf haben (wenige Stunden zukaufen) und bei denen Angehörige verfügbar sind, die pflegerische Aufgaben übernehmen können.
- **KlientInnen müssten/könnten private Pflege und Betreuung zukaufen:** Private Pflege und Betreuung kaufen jene zu, die auch jetzt nur einzelne Stunden zukaufen, daher entweder der Betreuungsbedarf nur so niedrig ist oder Unterstützung von anderer Seite (An- und Zugehörige) so groß ist, dass sie nicht mehr benötigen.
- **KlientInnen müssten/könnten 24h-Pflege zukaufen:** 24h-Betreuung wird zugekauft, wenn die notwendige Betreuungsintensität (in h) so hoch ist, dass es billiger kommt als einzelne Stunden über den Markt zuzukaufen.
- **KlientInnen kommen ins Pflegeheim:** All jene Personen, die eine hohe Betreuungsintensität haben und mit ihrem Einkommen/Vermögen keine 24h-Betreuung für intensive Pflegefälle zukaufen können.
- **KlientInnen kommen ins Krankenhaus und werden zu Procuratio-Fall<sup>4</sup>:** Procuratio sind jene Fälle, die eine hohe Betreuungsintensität haben und mit ihrem Einkommen/Vermögen keine 24h-Betreuung für intensive Pflegefälle zukaufen können und für die in einem Pflegeheim keine Plätze zur Verfügung stehen.
- **KlientInnen verwahrlosen:** Das sind jene Fälle, die „durch das Netz fallen“ würden und wo keine Betreuungssituation sichergestellt werden kann.
- **KlientInnen erleiden einen früheren Tod:** Es wird angenommen, dass im ersten Jahr der ferneren Lebenserwartung von 4,86 Jahren (Statistik Austria 2012c) 10% jener KlientInnen einen früheren Tod erleiden würden, die dem Risiko einer Verwahrlosung ausgesetzt wären. Für die Folgejahre wird von einer Normalverteilung des früheren Todes auf die restliche fernere Lebenserwartung ausgegangen.

Die solcherart verteilte Gesamtanzahl von 20.347 KlientInnen dient als Basis für die weiteren Berechnungen der Wirkungen der davon betroffenen Stakeholdern in den folgenden Kapiteln.

## 5.4 KLIENTINNEN UND KLIENTEN

---

Die bedeutendste Stakeholdergruppe der Mobilen Dienste in Wien sind die betreuten KlientInnen. 2010 wurden von den Mobilen Diensten durch HH, HKP und BD insgesamt 20.347 KlientInnen betreut. Nachfolgende Tabelle 5-3 zeigt, dass KundInnen des FSW üblicherweise auch eine Kombination der sozialen Dienstleistungen (hier HH, HKP, BD) in Anspruch nehmen, wobei in der vorliegenden Studie mehr als die Hälfte der KlientInnen im Jahr 2010 Dienste der HH erhielten.

---

<sup>4</sup> Kommt es zum Wegfall der Anstaltsbedürftigkeit, die Patientin oder der Patient kann aber aufgrund chronischer Pflegebedürftigkeit nicht mehr in häusliche Pflege und Betreuung entlassen werden, übernimmt der zuständige Sozialversicherungsträger keine Kosten für den Aufenthalt in der Krankenanstalt (WPAA 2010). Die nicht mehr anstaltsbedürftigen Patientinnen und Patienten werden dann als pflegebedürftige Personen behalten und zum sogenannten Procuratio-Fall erklärt (WPAA 2010).

Tabelle 5-3: Betreute Personen der Mobilen Dienste in Wien

	HH	HKP	BD	HH-HKP	HH-BD	HKP-BD	HH-HKP-BD
<b>Betreute Personen</b>	12.431	1.339	472	2.177	2.357	98	1.473

Quelle: eigene Erhebung beim FSW, eigene Berechnung

Das durchschnittliche Lebensalter liegt im Heimhilfebereich und beim Besuchsdienst bei 82 Jahren, im Hauskrankenpflegebereich bei 81 Jahren (FSW 2011).

Um ein besseres Bild über die Wirkungen der Mobilen Dienste zu bekommen, wurden sieben persönliche und zwei telefonische Interviews mit den KlientInnen der Mobilen Dienste geführt. Die Interviews fanden im Zeitraum von April 2012 bis Mai 2012 statt und dauerten zwischen 20 Minuten und 1½ Stunden. Aus den geführten Interviews konnten wesentliche Nutzendimensionen abgeleitet werden.

Der wohl bedeutendste Nutzen für die KlientInnen der Mobilen Dienste ist die Möglichkeit so lange wie machbar in der eigenen Wohnung verbleiben zu können. So schildert dies eine befragte KlientIn eindrücklich (Interview KL 3) *„Ich möchte gar nicht in ein Pflegeheim - ich hab's bei anderen gesehen, die wurden dann immer weniger und weniger – man ist dann nur auf sich gestellt. Zuhause fühlt man sich am Geborgensten im Vergleich zum Heim“*. Dieser Nutzen wurde zusätzlich durch folgende Aussagen von MitarbeiterInnen unterstrichen:

- *„Man gibt sozusagen die Persönlichkeit beim Portier des Heimes ab. Man hat dann ein Bett, einen Kasten und einen Tisch und das war's. Und zuhause, da hat der Klient 50 Jahre oder länger gelebt, das ist seine Umgebung und auch wenn er nicht mehr aufstehen kann, es ist sein Zuhause. Da merke ich den Unterschied schon sehr, dass die, die zuhause sein können, das schon sehr genießen.“* (Interview MA 2)
- *„die Mobilen Dienste erfüllen den Wunsch im Geburtshaus sterben zu wollen und das hat einen großen Stellenwert“* in *„in MD wird der Mensch als Individuum gesehen im Vergleich zum Heim (Fließband-Arbeit)“* (Interview MA 6)

Weiters ist die Unterstützung, die die Mobilen Dienste leisten (insbesondere Körperpflege und Haushalt) ein weiterer wichtiger Nutzen für die KlientInnen, da mit steigender Morbidität diese Dinge teils sehr schwer allein zu bewältigen wären. Durch die wachsende Bezugspflege werden die KlientInnen von einem Team „gleicher Gesichter“ betreut, sodass sich eine Vertrautheit entwickeln kann. Für diesen regelmäßigen sozialen Kontakt sind die KlientInnen äußerst dankbar und schätzen diesen sehr. Eine MitarbeiterIn beschreibt dies folgendermaßen (Interview MA 2): *„man kennt den oft besser wie vielleicht die eigenen Familienangehörigen“*.

Zusätzlich tragen die Mobilen Dienste zu einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Angehörigen und betreuten Personen bei. Die KlientInnen zeigen dadurch mehr Verständnis, wenn die eigenen Kinder nicht pflegen können, da sie selbst eine Familie haben und berufstätig sind.

Neben den beschriebenen immateriellen Nutzenkomponenten, spielt die Kostenersparnis für KlientInnen eine beachtliche Rolle. Eine KlientIn untermauert dies mit der Aussage, dass ein *„Heim 3x so viel kosten“* würde (Interview KL 2).

Zusammengefasst ergibt sich für KlientInnen somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.4.1 dargestellte Impact Value Chain.

### 5.4.1 Impact Value Chain KlientInnen

Der Input, den die KlientInnen in die Mobilen Dienste einbringen sind ihre Kostenbeiträge (vgl. Kapitel 4). Die Mobilen Dienste stellen wiederum eine qualitätsgesicherte Pflege und Betreuung zur Verfügung, die eine gewisse Anzahl an Betreuungsstunden als Leistung zur Folge hat.

Tabelle 5-4: Impact Value Chain Klientinnen und Klienten

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
Kostenbeiträge	Pflege und Betreuung	Anzahl an (Betreuungs-) Leistungsstunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können</li> <li>Keine Gefahr der Verwahrlosung</li> <li>Höheres psychisches Wohlbefinden</li> <li>Mehr soziale Kontakte</li> <li>Verbesserter allg. physischer Zustand</li> <li>Längere Lebenserwartung</li> <li>Kostensparnis</li> <li>Weniger Infektionsgefahr als im Pflegeheim bzw. Krankenhaus</li> <li>Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung</li> </ul>	Anzahl der KlientInnen, die auch ohne MD die entsprechende Wirkung erzielt hätten

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind jedoch die Wirkungen, hier als Outcome bezeichnet, die der Tätigkeit der Mobilen Dienste zuzurechnen sind. Der Outcome liegt der Berechnung des stakeholder-spezifischen Profits zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben. Die Berechnung des Deadweights basiert auf der im vorangegangenen Kapitel dargestellten KlientInnenverteilung für alternative Betreuungslösungen bei Inexistenz der Mobilen Dienste. Der Deadweight wurde somit in den folgenden Berechnungen bereits inkludiert und nicht nochmals extra ausgewiesen und abgezogen.

### 5.4.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Der **Profit** der KlientInnen durch die Mobilen Dienste liegt insgesamt bei **162.531.990 Euro** und verteilt sich wie in nachfolgender Tabelle 5-4 ausgeführt.

Tabelle 5-5: Profit der KlientInnen

KlientInnen	
<b>Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können</b> Durchschnittliche Kosten für 24h-Pflege für ein Jahr multipliziert mit der Anzahl KlientInnen, die sonst Procuratio-Fälle im KH wären bzw. zum Pflegeheimfall würden	<b>€ 32.062.291</b>
<b>Keine Gefahr der Verwahrlosung</b> Stundenlohn privates Putzpersonal (z.B.: Putzfrau) multipliziert mit Zeitverwendung für Hygiene pro Tag	<b>€ 6.299.474</b>

<p>multipliziert mit 365 für das ganze Jahr</p> <p>multipliziert mit der Anzahl der KlientInnen, die sonst verwaorlosen würden</p>	
<p><b>Höheres psychisches Wohlbefinden</b></p> <p>Durchschnittliche Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie) multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die nunmehr alleine zu Hause wären</p>	<b>€ 5.231.823</b>
<p><b>Mehr soziale Kontakte</b></p> <p>20% der jährlichen Freizeitausgaben multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die sonst alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen durch Angehörige zu Hause wären</p>	<b>€ 174.301</b>
<p><b>Verbesserter allg. physischer Zustand</b></p> <p><u>Weniger Stürze</u></p> <p>Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur Multipliziert mit der Anzahl KlientInnen, die sonst alleine bleiben würden und die sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen Multipliziert mit Wahrscheinlichkeit eines Sturzes wenn keine MD Multipliziert mit Wahrscheinlichkeit, dass Sturz einer medizinischer Betreuung bedarf</p> <p><u>Weniger Exsikkose (Harnwegsinfekte)</u></p> <p>Folgekosten eines Harnwegsinfektes Multipliziert mit der Anzahl KlientInnen, die sonst alleine bleiben würden und die sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen Multipliziert mit Wahrscheinlichkeit einer Exsikkose</p> <p><u>Weniger Lebensmittelvergiftungen (Magen-Darm-Entzündungen)</u></p> <p>Folgekosten einer Gastroenteritis Multipliziert mit der Anzahl KlientInnen, die sonst alleine bleiben würden und die sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen Multipliziert mit Wahrscheinlichkeit einer Lebensmittelvergiftung</p>	<b>€ 40.367.726</b>
<p><b>Längere Lebenserwartung</b></p> <p>Wert eines gesunden Lebensjahres (QALY) multipliziert mit dem Nutzwert der Lebensqualität multipliziert mit der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung eines Klienten/einer Klientin multipliziert mit der Anzahl KlientInnen, die ohne MD einen frühen Tod erleiden</p>	<b>€ 8.019.547</b>
<p><b>Kostensparnis</b></p> <p>Differenz der Kostenbeiträge bei Existenz der MD im Vergleich zum Alternativszenario (Zukauf private Pflege &amp; Betreuung, 24h-Pflege, Pflegeheim, Krankenhaus)</p>	<b>€ 72.630.388</b>
<p><b>Weniger Infektionsgefahr als im Pflegeheim bzw. Krankenhaus</b></p> <p>Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion Multipliziert mit der Anzahl KlientInnen, die sonst zu Procuratio-Fällen im</p>	<b>€ 452.476</b>

KH bzw. zum Pflegeheimfall würden  
multipliziert mit Wahrscheinlichkeit an Infektion im KH/PH zu erkranken

### **Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung („Negativnutzen“)**

Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate

Multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die sich bevormundet fühlen (50% jener, die sonst alleine bleiben würden und 20% jener, die sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen)

**-€ 2.706.036**

**Gesamtprofit der KlientInnen**

**€ 162.531.990**

Der Profit für die **Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können** ergibt sich nur für jene KlientInnen, die bei Inexistenz der Mobilen Dienste ihre Wohnung verlassen müssten, wenn keine alternative Betreuungslösung zu Hause sichergestellt werden könnte. Daher werden für die Berechnung nur jene KlientInnen betrachtet, die sonst als Procuratio Fall im Krankenhaus wären oder in einem Pflegeheim untergebracht werden würden, insgesamt 1.180 KlientInnen. Als Proxy wurden hierfür die Kosten pro Tag für intensive 24h-Betreuung für schwere Pflegefälle (inkl. HKP) in Höhe von 74,47 Euro angesetzt, die aus einem Durchschnittswert der Kosten von kontaktierten 24h-Pflege-AnbieterInnen resultieren, und auf ein Jahr hochgerechnet (Seniorenbetreuung24h 2012, Pflegenden-Haende 2012).

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

Die Tatsache, dass KlientInnen der Mobilen Dienste ihren Angehörigen nicht zur Last fallen, regelmäßig mit MitarbeiterInnen der MD kommunizieren und eine Pflege und Betreuung durch die Mobilen Dienste sichergestellt werden kann, fördert ihre Lebenszufriedenheit und damit auch ihr **psychisches Wohlbefinden** und ihre geistige Fitness. Eine MitarbeiterIn schildert dies sehr ausdrücklich (Interview MA 6) „wenn nur zu Hause und keinen Kontakt zur Außenwelt, dann würden sie psychisch depressiv werden“. Insbesondere ist der Besuchsdienst einer anderen MitarbeiterIn (Interview MA 5) zufolge „gut für Psyche, für das Seelische“. Als Proxy wurden die Kosten für eine Psychotherapie herangezogen und mit der Anzahl jener KlientInnen multipliziert, die sonst alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen zu Hause wären. Ausgehend von einer Kurztherapie (25 Einheiten pro Jahr) bei 110 Euro Kosten pro Einheit, ergibt sich ein Outcome von 5.231.823 Euro (Psyonline 2012, Ellviva 2012).

Zusätzlich zum psychischen Wohlbefinden kommt es aufgrund der regelmäßigen Besuche der Mobilen Dienste zu vermehrten **sozialen Kontakten** bei den KlientInnen. Die Mobilen Dienste tragen damit einen wichtigen Teil zur Verminderung sozialer Isolation bei. Diese Wirkung geht demnach Hand in Hand mit dem psychischen Wohlbefinden. Monetarisiert wurde dieser Nutzen mit einer Steigerung der durchschnittlichen Freizeitausgaben pro Jahr um 20% in Höhe von 74,20 Euro (Statistik Austria 2011). Der Profit wurde einerseits für jene KlientInnen berechnet, die sonst alleine oder mit extrem spärlichen Besuchen zu Hause

wären und andererseits nur für jenen Anteil an KlientInnen, die sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkämen, dessen Hauptpflegepersonen nur an einem bzw. an zwei Tagen in der Woche informell pflegen (= 9,9%) (Schneider et al. 2009).

Durch die häusliche Pflege und Betreuung leisten die Mobilen Dienste einen wichtigen Beitrag zur **Verbesserung des allgemeinen physischen Zustandes** der KlientInnen. Faktoren, die dazu beitragen sind die Beseitigung von Sturzgefahren und Stolperfällen (weniger Stürze), Vermeidung von Flüssigkeitsmangel (weniger Exsikkose) und regelmäßige Kontrolle der Lebensmittel nach Frische (weniger Lebensmittelvergiftungen bzw. Magen-Darm-Entzündungen). Für die Faktoren wurden unterschiedliche Proxys für die Berechnungen herangezogen und eine fachliche Einschätzung zur Eintrittswahrscheinlichkeit dieser medizinischen Probleme von zwei Pflegedienstleitungen eingeholt. Der Profit von 40.367.726 Euro errechnet sich aus der Summe folgender Teilprofite für die Folgekosten der jeweiligen medizinischen Probleme:

- **Weniger Stürze:** Durch die Sturzprophylaxe, die durch die MD geleistet wird, können geschätzte 65% der Stürze und somit auch ein erheblicher Anteil an Frakturen vermieden werden. Zumal Frakturen wesentlich für die Kosten von Stürzen verantwortlich sind (Heinrich/König 2010, Hoffmann 2010), wurden für die Monetarisierung als Proxy die medizinischen Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur in Höhe von 11.250 Euro angesetzt (Huhn 2010, Osteoporose 2012). Diese Kosten wurden auf die Anzahl der KlientInnen, die sonst alleine bleiben bzw. mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden, hochgerechnet und um die Häufigkeit der Stürze ohne MD und der Wahrscheinlichkeit, dass der Sturz einer medizinischen Betreuung bedarf, (= 80%) (Huhn 2010) bereinigt. Dies ergibt einen Teilprofit von 37.519.121,47 Euro.
- **Weniger Exsikkose/Harnwegsinfekten:** Mit zunehmendem Altern verringert sich das Durstgefühl, was zu einem Flüssigkeitsmangel und in Folge zu schweren gesundheitlichen Problemen führen kann (Medizininfo 2012). Das Risiko für Harnwegsinfektionen, wenn Niere, Harnleiter, Blase und Harnröhre nicht regelmäßig "gespült" werden, steigt und kann eine Folge von Exsikkose (Austrocknung) sein (Medizininfo 2012, Reiche 2011). Durch den regelmäßigen Besuch einer HauskrankenpflegerIn bzw. HeimhelferIn können der Einschätzung der Pflegehelferin zufolge 90% der Exsikkose Fälle und somit auch ein erheblicher Anteil an Harnwegsinfekten vermieden werden. Als Proxy wurden hierfür die Folgekosten eines Harnwegsinfektes in Höhe von 425 Euro pro Fall angesetzt (Thiesmann 2005). Diese Kosten wurden auf die Anzahl der KlientInnen, die sonst alleine bleiben bzw. mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden, hochgerechnet und um die Häufigkeit der Exsikkose Fälle ohne MD bereinigt. Der Teilprofit hierfür beläuft sich auf 2.453.531,20 Euro.
- **Weniger Lebensmittelvergiftungen/Magen-Darm-Entzündungen:** Heimhilfe und Besuchsdienst achten bei ihren Besuchen auch sehr genau auf die Frische der Lebensmittel der KlientInnen. Mit steigendem Alter verändern sich sowohl Seh-Geschmacks- und Geruchsvermögen (Ernaehrungesund 2003), was dazu führen kann, dass ältere Menschen auch verdorbene Lebensmitteln zu sich nehmen und an einer Magen-Darm-Entzündung (Gastroenteritis) erkranken. Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Gastroenteritis pro Fall in Höhe von 77 Euro (Van Den Brandhof et al. 2003) angesetzt. Diese Kosten wurden auf die Anzahl der KlientInnen, die sonst alleine bleiben bzw. mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden, hochgerechnet und um die von einer Pflegehelferin geschätzte Häufigkeit einer Magen-Darm-Entzündung ohne MD (= 80%) bereinigt. Daraus resultiert ein Teilprofit von 395.073,14 Euro.

Eine weitere Wirkung ist die **höhere Lebenserwartung**. Diese wurde nur für jene KlientInnen berechnet, die bei Inexistenz der Mobilen Dienste keine alternative Betreuungslösung erhalten würden und innerhalb des ersten Jahres einen frühen Tod erleiden würden. Für die Bewertung eines gesunden Lebensjahres in Relation zur Gesundheit wurde die Kennzahl des qualitätskorrigierten Lebensjahres (englisch: quality-adjusted-life-year, QALY) aus der Gesundheitsökonomik (Phillips 2009, Dolan et al. 2004) in Höhe von 36.937,50 Euro (Nice 2010) herangezogen. Der Wert eines gesunden Lebensjahres wird anschließend mit dem Nutzwert der Lebensqualität/Gesundheitszustandes (= 0,5) (Phillips

2009) und der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung im Alter von 81,5 Jahren gemäß der Altersverteilung der KlientInnen (= 4,86 Jahre, Statistik Austria 2012c) multipliziert und auf die Anzahl der KlientInnen, die sonst einen frühen Tod erleiden, hochgerechnet.

Die monetäre Wirkung der **Kostenersparnis** wurde nur für jene KlientInnen berechnet, die bei alternativen Betreuungslösungen private Betreuung und 24h-Pflege zukaufen würden oder als Procuratio Fall im Krankenhaus erklärt oder im Pflegeheim untergebracht werden würden. Der Profit errechnet sich aus der Differenz der Kostenbeiträge, die die KlientInnen in die Mobilen Dienste leisten und dem finanziellen Beitrag, den sie für die alternative Betreuungslösung leisten würden. Während für den Zukauf von privater Pflege und Betreuung und 24h-Pflege die Leistungsstunden des Alternativszenarios (vgl. Tabelle 5-2) mit den Durchschnittskosten (private Pflege & Betreuung: 23,50 Euro, 24h-Pflege Standard: 71,95 Euro) für die entsprechende Lösung multipliziert wurden, sieht der finanzielle Beitrag für Procuratio- und Pflegeheimfälle etwas anders aus.

- Wenn die pflegebedürftige Person zu einem **Procuratio-Fall** erklärt wird, dann hat diese grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt selbst für die Kosten der Pflege und des Aufenthaltes aufzukommen (WPAA 2010). Falls Pflegegeld, Einkommen und verwertbares Vermögen, wie Sparguthaben und Liegenschaften, nicht ausreichen, hat die pflegebedürftige Person nur einen Teilbetrag zu entrichten (WPAA 2010). Dieser setzt sich aus 80 Prozent des Nettoeinkommens inklusive des anteiligen Pflegegeldes zusammen. 20 Prozent des Nettoeinkommens, der 13. und 14. Monatsbezug und 10 Prozent der Pflegegeldstufe 3 verbleiben der betroffenen Person (WPAA 2010). Aus der Differenz ergibt sich für diese KlientInnengruppe ein Teilprofit von 13.307.520,94 Euro.
- Die Höhe der Gebühren für ein **Pflegeheim** setzt sich aus einem Grundbetrag und einem Zuschlag entsprechend dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, meist in Anlehnung an die Höhe des Pflegegeldes, zusammen (Help 2012). Wenn das Einkommen und das verwertbare Vermögen zur gänzlichen Abdeckung der Heimkosten nicht ausreichen, verbleiben der HeimbewohnerIn 20 Prozent der Pension samt Sonderzahlungen sowie 44,30 Euro Pflegegeld als Taschengeld monatlich (Help 2012). Aus der Differenz ergibt sich für diese KlientInnengruppe ein Teilprofit von 2.705.707,93 Euro.

Durch die Pflege und Betreuung in den eigenen vier Wänden im Vergleich zum Pflegeheim bzw. Krankenhaus kann ebenfalls die **Gefahr an einer Krankenhausinfektion zu erkranken** reduziert werden. Als Proxy wurden die Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion in Höhe von 18.636,36 Euro (Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009) herangezogen. Diese wurden auf die Anzahl der KlientInnen, die sonst zum Procuratio-Fall im Krankenhaus erklärt würden oder in einem Pflegeheim untergebracht werden würden, hochgerechnet und um die Wahrscheinlichkeit an einer Infektion im Krankenhaus bzw. Pflegeheim zu erkranken (= 2,1%) (Oe24 2009) bereinigt.

Da nicht alle PflegerInnen und BetreuerInnen den KlientInnen all das selbst machen lassen, was sie ihnen zutrauen solange sie noch können, um somit ihre Selbstständigkeit zu fördern, fühlen sich manche KlientInnen in ihrer **Selbstbestimmung durch Bevormundung eingeschränkt**. In diesem Fall handelt es sich um einen „Negativnutzen“. Für die Monetarisierung wurden die Kosten, die man auf sich nehmen würde, um staatlicher Bevormundung (bspw. Schul- bzw. Unterrichtspflicht) zu entgehen, angewendet. In Österreich gibt es die gesetzlich geregelte Möglichkeit, die Unterrichtspflicht des Kindes während seiner ganzen Schulzeit durch den sogenannten "häuslichen Unterricht" zu erfüllen (Erziehung 2012). Dieser Negativnutzen berechnet sich aus dem Schulgeld für eine Privatschule in Höhe von 1.460 Euro für 10 Monate (Albertus Magnus Volksschule 2012) multipliziert mit der Anzahl jener KlientInnen, die sonst alleine zu Hause wären oder mithilfe von Angehörigen zurechtkommen. Auch hier muss der Deadweight berücksichtigt werden, dass nur eine gewisse Anzahl an KlientInnen sich bevormundet fühlt (50% jener, die sonst alleine bleiben würden und 20% jener, die sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen).

## 5.5 HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Einen weiteren bedeutenden Stakeholder der Mobilen Dienste stellen die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Im Jahr 2010 waren insgesamt 4.533 MitarbeiterInnen (3.864 Vollzeitäquivalente) in den drei untersuchten Leistungsbereichen (Heimhilfe, Hauskrankenpflege und Besuchsdienst) sowie dem entsprechenden Anteil in der Verwaltung in den Mobilen Diensten beschäftigt (siehe Tabelle 5-6).

Tabelle 5-6: MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste in Wien

	HH	HKP	BD	Verwaltung
<b>MitarbeiterInnen</b>	2.757	1.152	199	446
<b>Vollzeitäquivalente</b>	2.349	1.040	92	404

Quellen: eigene Erhebung bei anerkannten anbietenden Organisationen; Hochgerechnet.

Insgesamt wurden drei persönliche und sechs telefonische Interviews mit jeweils drei Heimhelferinnen, diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. Pflegehelferinnen und MitarbeiterInnen des Besuchsdienstes geführt. Die Interviews fanden im Zeitraum von April 2012 bis Juni 2012 statt und dauerten zwischen 20 Minuten und 2 Stunden. Aus den geführten Interviews konnten deutliche Nutzendimensionen abgeleitet werden.

Zentraler Nutzen für die Beschäftigten der Mobilen Dienste ist der fixe Arbeitsplatz und das damit verbundene Erwerbseinkommen. Darüber hinaus ziehen die MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste eine besondere Motivation daraus, eine sinnvolle und soziale Tätigkeit zu leisten. Abgesehen davon spielen auch *„die Wiedererkennung der betreuenden Personen von den Klienten und die Freude in ihren Gesichtern“* (Interview MA 1), *„man baut zu den KlientInnen eine Beziehung auf und sieht einen Verlauf im Vergleich zum Spital, weil gerade im Spital, werden die aufgenommen, gehen nach ein paar Tagen heim und du hörst nie wieder was von denen“* (Interview MA 2) sowie die Akzeptanz der KlientInnen und das gute Miteinander eine Rolle, was sich unter dem Oberbegriff „gutes Gefühl“ subsumieren lässt. Zusätzlich bringt die Beschäftigung im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen ein stärkeres Bewusstsein für das Älterwerden mit sich (*„man sieht das Leben ganz anders und achtet bei der Wohnungssuche, dass sie behindertengerecht ist“* (Interview MA 6)).

Abgesehen vom monetären Nutzen des Erwerbseinkommens und des sozialen Nutzens, der als Folgeeffekt durch den Umgang mit älteren Menschen hervorgeht, wurden in den Interviews auch negativ behaftete Wirkungen aufgrund der Beschäftigung im mobilen Pflegebereich genannt. Insbesondere sind hier die physische Beanspruchung, der permanente Zeitdruck, die unbefriedigende Arbeitszeitregelung sowie Probleme im Straßenverkehr zu nennen.

Zusammengefasst ergibt sich für hauptamtliche MitarbeiterInnen somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.5.1 dargestellte Impact Value Chain.

### 5.5.1 Impact Value Chain Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

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

Tabelle 5-7: Impact Value Chain Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
<b>Zeit</b> <b>Fähigkeiten</b> (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...) <b>Fertigkeiten</b> (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes Bereitstellung von Arbeitsmitteln Weiterbildungsmöglichkeiten	Anzahl an bezahlten Arbeitsstunden Anzahl/Qualität der Weiterbildungen	Feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden Verbesserung der Sozialkompetenz Erhöhte physische Beeinträchtigung Erhöhte psychomentele Belastung Erhöhte Verletzungsgefahr im Straßenverkehr	Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich Möglichkeit eines Alternativjobs inkl. Hilfskräftebereich (nur für nicht qualifizierte MA = HH, BD)

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

### 5.5.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Die MitarbeiterInnen haben durch die Mobilien Dienste insgesamt einen **Profit von € 16.599.070**. Wie sich der Profit zusammensetzt wird in nachfolgender Tabelle 5-8 dargestellt.

Tabelle 5-8: Profit der Hauptamtlichen MitarbeiterInnen

Hauptamtliche MitarbeiterInnen	
<b>Feste Beschäftigung und fixes Einkommen</b> jährl. durchschnittliche Bruttogehälter der MitarbeiterInnen (in VZÄ) abzügl. durchschnittl. Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe abzügl. Sozialversicherungsbeitrag (DN-Beitrag) nach Berufsgruppe abzügl. Lohnsteuer nach Berufsgruppe zuzüglich freiwilliger Sozialaufwendungen nach Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe: HH = 62%, HKP = 86%, BD = 62%, Verwaltung = 91,2%)	<b>€ 8.884.371</b>
<b>Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)</b> durchschnittliche Spende eines Österreichers/einer Österreicherin multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD) abzüglich Deadweight (Anzahl jener MA, die sich nicht erfüllt fühlen = 11%) (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe: HH = 24%, HKP = 86%, BD = 24%)	<b>€ 178.489</b>

### Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden

Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD)

abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe: HH = 24%, HKP = 86%, BD = 24%, Verwaltung = 12,5%)

€ 9.867.351

### Verbesserung der Sozialkompetenz

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

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD)

abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe: HH = 24%, HKP = 86%, BD = 24%)

€ 3.613.885

### Erhöhte physische Beeinträchtigung („Negativnutzen“)

Kosten für eine jährliche Mitgliedschaft bei Kieser-Training plus die Kosten für eine Kur (alle 5 Jahre)

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD)

abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe: HH = 24%, HKP = 86%, BD = 24%)

-€ 1.410.764

### Erhöhte psychomenteale Belastung („Negativnutzen“)

Dauer Verhaltenstherapie (Normaltherapie)

multipliziert mit Stundensatz Psychotherapieeinheit

multipliziert mit Burnout-Rate in Pflegeberufen (= 12%)

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD)

abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich nach Berufsgruppe: HH = 24%, HKP = 86%, BD = 24%)

-3.975.273,53

### Erhöhte Verletzungsgefahr im Straßenverkehr („Negativnutzen“)

Schmerzensgeld für ein leichtes bis mittleres HWS-Distorsionstrauma

multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD)

multipliziert mit Anteil MA von ambulanten Diensten, die in Verkehrsunfall verwickelt waren

abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit, dass kein Schleudertrauma bei einem Verkehrsunfall diagnostiziert wird = 20%)

-€ 558.988

**Gesamtprofit der hauptamtlichen MitarbeiterInnen**

**€ 16.599.070**

Der Profit für eine **festen Beschäftigung und ein fixes Einkommen** wird ausgehend vom jährlichen Bruttoverdienst eines hauptamtlichen Mitarbeiters bzw. einer hauptamtlichen Mitarbeiterin der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD, Verwaltung) abzüglich des Arbeitslosengeldes bzw. Notstandshilfe (AMS 2012a), das sie/er ohne die Beschäftigung erhalten würde, sowie abzüglich des Sozialversicherungsbeitrags (DN-Anteil) und der Lohnsteuer, zuzüglich des freiwilligen Sozialaufwandes berechnet. Das durchschnittliche zusätzliche Netto-Einkommen wird schließlich auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet.

Als Deadweight muss der Profit für jenen Anteil an Personen abgezogen werden, die sonst auch einen Arbeitsplatz entsprechend ihrer Qualifikation in einer anderen Organisation bekommen und somit ebenfalls ein zusätzliches Einkommen erhalten hätten. Dem Interview mit Vertretern des AMS und WAFF (AMS/waff/DV 2012) zufolge ist bei der Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes zwischen qualifiziertem und nicht qualifiziertem Bereich der Pflegeberufe zu differenzieren. Während sich die Möglichkeit eines Alternativjobs für MitarbeiterInnen der HKP (DKPS und PH) auf den Bereich der qualifizierten Pflegeberufe beschränkt, könnten dem Vertreter des AMS zufolge MitarbeiterInnen der HH und des BD (nicht qualifizierter Bereich) zusätzlich noch in den Hilfskräftebereich (insbesondere Einzelhandel und Gastronomie) vermittelt werden oder müssten vermutlich in den Bereich zurück gehen, aus dem sie vor ihrer Umschulung zur HH gekommen sind. Bezug nehmend auf Daten des AMS (Anzahl offener Stellen für qualifizierte bzw. nicht qualifizierte Pflegeberufe und Hilfskräfteberufe für aufnahmefähige Wirtschaftsklassen) sowie Screening von Stellenangeboten in Print- und Onlinemedien konnten Anteile von 86% (HKP) bzw. 62% (HH, BD) für die Möglichkeit eines Alternativjobs errechnet werden (AMS 2012). Für die Berechnung des Deadweights für MitarbeiterInnen der Verwaltung wurde die Arbeitslosenquote für Wien von 2010 auf Basis der nationalen Berechnung inkl. jener Personen, die in einer AMS-Schulung waren, in Höhe von 8,8% herangezogen (MA 23). Der Deadweight, die Möglichkeit eines Alternativjobs, für MitarbeiterInnen der Verwaltung liegt somit bei 91,2%.

**Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)** ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator die Höhe einer durchschnittlichen Spende einer ÖsterreicherIn von 91,40 Euro (Neumayr und Schober 2012) herangezogen und auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einer Alternativbeschäftigung erzielt hätten. Für diese und folgende Wirkungen, die ausschließlich der Tätigkeit in der mobilen Pflege und Betreuung zuzurechnen sind, wurde bei der Berechnung der Möglichkeit eines Alternativjobs ausschließlich die Aufnahmefähigkeit des Pflegemarktes in die Berechnung einbezogen. Somit wird der Deadweight für den nicht qualifizierten Bereich (HH, BD) auf 24% verringert. Zusätzlich muss der Profit noch um jene MitarbeiterInnen bereinigt werden, auf die diese Wirkung nicht zutrifft. Den Interviews zufolge betrifft dies 11 % der MitarbeiterInnen. Da diese Wirkung nur die MitarbeiterInnen der HKP, HH und BD betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Die **höhere Sensibilisierung für das Älterwerden** wurde mithilfe des Proxyindikators des entgangenen Bruttoeinkommens von MitarbeiterInnen der jeweiligen Berufsgruppe durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim monetarisiert, auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt. Für MitarbeiterInnen aus der Verwaltung wurde hierfür ein weitaus niedriger Deadweight in Höhe von 12,5% angewendet, zumal davon auszugehen ist, dass dieselbe Wirkung ausschließlich bei einer Verwaltungstätigkeit im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen erzielt werden kann.

Der tägliche Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen trägt ebenfalls zur **Verbesserung der Sozialkompetenz** der im mobilen Bereich tätigen MitarbeiterInnen bei. Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden als Proxyindikator die Kosten für den Erwerb

sozialer Kompetenzen, im konkreten der Besuch eines Kurses zum Thema „Social Skills“ in Höhe von 1.450 Euro (Egos 2012) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der MitarbeiterInnen nach Berufsgruppe hochgerechnet und um den Deadweight (Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich) bereinigt. Da diese Wirkung nur die MitarbeiterInnen der HKP, HH und BD betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Der Umstand, dass die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung auch eine wesentliche körperliche Beanspruchung (schweres Heben, Tragen oder Lagern) darstellt (Höge/Glaser 2005) und somit zu einer **erhöhten physischen Beeinträchtigung** führt (insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen), wurde als negative Wirkung für die MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste identifiziert. Dadurch wird der Profit um einen Outcome von 1.410.764 Euro reduziert. Als Proxy für die Monetarisierung wurden hier die Kosten für eine Mitgliedschaft bei Kieser-Training, ein Fitnesscenter, das auf die Vermeidung von Kreuzschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich und in den Gelenken spezialisiert ist, und ein 14-tägiger Kuraufenthalt alle 5 Jahre (AK 2012, Kieser 2012) herangezogen, auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt. Da diese Wirkung nur die MitarbeiterInnen der HKP, HH und BD betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Neben der physischen Beeinträchtigung ist die **erhöhte psychomentale Belastung** der MitarbeiterInnen ebenfalls eine negative Wirkung, die Pflege- und Sozialberufe nach sich ziehen. Beschäftigte in Pflegeberufen sind mit kontinuierlichen Veränderungen ihrer Arbeitsbedingungen konfrontiert. Darunter fallen insbesondere die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen, die zunehmende Bürokratisierung im Pflegealltag, genaue Dokumentationen, geteilte Dienste, ungenügend Zeit für pflegerische Tätigkeiten, Arbeiten in der Privatsphäre der Pflegebedürftigen und vor allem die regelmäßige Konfrontation mit menschlichem Leid, die zu Stress und Hektik im Pflegealltag führen (Tovstentchouk 2009). Die genannten Faktoren wirken sich auch erheblich auf die Zeit für Gespräche mit den KlientInnen aus, denn sie werden immer kürzer. Somit ist eine erhöhte emotionale Belastung und emotionale Dissonanz vorprogrammiert, die im schlimmsten Fall zur emotionalen Erschöpfung und einem Burnout führen kann (Tovstentchouk 2009). Für die Monetarisierung wurden hierfür die Kosten einer Verhaltenstherapie für die Behandlung eines Burnouts, ausgehend von einer Normaltherapie (40 Einheiten pro Jahr), bei 110 Euro Kosten pro Einheit, herangezogen (Psyonline 2012, Ellviva 2012). Diese wurden um den Deadweight bereinigt, der sich aus der bereinigten Burnout-Rate<sup>5</sup> für Pflegeberufe von 12% (Tovstentchouk 2009, Grundmann 2012, ÖBVP 2011) und andererseits der Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich zusammensetzt. Da diese Wirkung nur die MitarbeiterInnen der HKP, HH und BD betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

Eine weitere Wirkung, die sich ebenfalls negativ auf den Profit auswirkt, ist die **erhöhte Verletzungsgefahr im Straßenverkehr**, der die MitarbeiterInnen in der mobilen Pflege und Betreuung, aufgrund ihrer Mobilität bei allen Wetterbedingungen, ausgesetzt sind. Bedingt durch Hektik und Stress, insbesondere bei schlechten Witterungsbedingungen (Eis, Nebel, Schnee, Regen), kann das Risiko von Wegeunfällen steigen (LBIMGS 2005). Dieses Risiko wurde unter Zuhilfenahme des Schmerzensgeldes für ein leichtes Schleudertrauma (HWS-Distorsionstrauma) in Höhe von 300 Euro (Rechtsfreund o.J., Schmerzensgeld 2012) monetarisiert. Auch wenn der Großteil der MitarbeiterInnen in der mobilen Pflege und Betreuung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs ist, zählt das Schleudertrauma zu den häufigsten Verletzungen im Straßenverkehr (ForumGesundheit 2009) und wurde deshalb

---

<sup>5</sup> Differenz zwischen Burnout-Rate für Pflegeberufe (= 33%) (Tovstentchouk 2009) und Durchschnittsburnout-Rate für Erwerbstätige mit Pflichtschulabschluss (= 21%) (ÖBVP 2011).

als Proxyindikator gewählt. Der Betrag des Schmerzensgeldes wurde auf den Anteil der MitarbeiterInnen, die in einen Verkehrsunfall verwickelt waren (= 56,7%) (LBIMGS 2005) hochgerechnet und um den Deadweight (Wahrscheinlichkeit, dass kein Schleudertrauma bei einem Verkehrsunfall diagnostiziert wird = 20%) bereinigt (ForumGesundheit 2009). Da diese Wirkung nur die MitarbeiterInnen der HKP, HH und BD betrifft, wurden MitarbeiterInnen der Verwaltung aus der Berechnung exkludiert.

## 5.6 ANGEHÖRIGE

---

Eine wesentliche Stakeholdergruppe sind die Angehörigen. Im Jahr 2002 haben etwa 78.600 Personen in Wien eine andere, in einem Privathaushalt lebende Person betreut (Statistik Austria 2003).

Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Die Hälfte der pflegenden Angehörigen ist zwischen 55 und 72 Jahre alt (Schneider et al.)<sup>6</sup>. Rund 33.900 (43%) Personen waren gleichzeitig erwerbstätig (Jung/Trukeschitz et al. 2007).

63% der Angehörigen in Wien pflegen jeden Tag, wobei etwa 25% der Angehörigen 10 Stunden oder weniger, etwa 50% 10 bis 50 Stunden pro Woche und etwa 25% mehr als 50 Stunden pro Woche betreuen bzw. pflegen (Schneider et al. 2009)<sup>7</sup>. Typische Hilfestellungen bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens sind: Körperpflege, Zubereitung von Mahlzeiten, Besorgung von Lebensmitteln, Organisation von Hilfe und emotionale Zuwendung (Schneider et al. 2009).

Mit den pflegenden Angehörigen wurden insgesamt 4 persönliche Interviews und ein Telefoninterview geführt. Die Interviews bestätigten die Ergebnisse zu pflegenden Angehörigen in der Literatur und Praxis (vgl. z.B. Schneider et al. 2009, Pochobradsky et al. 2005, Hofstätter 2012, IG-Pflege 2012). Belastungen für die Angehörigen lassen sich grob in drei Bereiche einteilen:

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

Zusammengefasst ergibt sich für die Angehörigen somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.6.1 dargestellte Impact Value Chain.

### 5.6.1 Impact Value Chain Angehörige

Die pflegenden Angehörigen investieren ihre Zeit, um an der Pflege und Betreuung mitzuwirken und sich mit den Mobilen Diensten abzusprechen. Die Mobilen Dienste wiederum übernehmen für die Angehörigen die Pflege und Betreuung – oder zumindest einen Teil davon. Der für die Berechnung besonders relevante Outcome wird im folgenden Kapitel 5.6.2 beschrieben.

---

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

<sup>7</sup> Diese Angaben beziehen sich allerdings nur auf pflegebedürftige Personen über 60 Jahre, die Pflegegeld beziehen. Jüngere Personen und Personen ohne Pflegegeld wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Tabelle 5-9: Impact Value Chain Angehörige

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
<b>Zeit und Bereitschaft an der Pflege und Betreuung mitzuwirken</b>	Einbeziehen der Angehörigen in die Pflege- und Betreuungssituation	Anzahl der von MD übernommenen Betreuungsstunden	Weniger soziale Belastungen Weniger physische Belastungen Weniger psychische Belastungen Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen	Anzahl der Angehörigen, deren Betreute/r ohne MD im Heim wären oder anders fremdbetreut würden

### 5.6.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Der Profit der Angehörigen liegt, wie Tabelle 5-10 zeigt, insbesondere in der Reduktion von sozialen, psychischen und physischen Belastungen und der Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen und beträgt insgesamt **67.577.253 Euro**.

Tabelle 5-10: Profit der Angehörigen

<b>Angehörige</b>	
<p><b>Geringere soziale Belastung</b>                      20% der jährlichen Freizeitausgaben                      multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die sozial belastet sind                      abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Betreute/r ohne MD im Heim wären oder anders fremdbetreut würden = 78%)</p>	<b>€ 7.344.272</b>
<p><b>Geringere physische Belastung</b>                      Kosten für eine jährliche Mitgliedschaft bei Kieser-Training plus die Kosten für eine Kur (alle 5 Jahre)                      multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die physisch belastet sind                      abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Betreute/r ohne MD im Heim wären oder anders fremdbetreut würden = 78%)</p>	<b>€ 6.986.597</b>
<p><b>Geringere psychische Belastung</b>                      Dauer Psychotherapie (Kurztherapie)                      multipliziert mit Stundensatz Psychotherapieeinheit                      multipliziert mit Anzahl der pflegenden Angehörigen, die psychisch belastet sind                      abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Betreute/r ohne MD im Heim wären oder anders fremdbetreut würden = 78%)</p>	<b>€ 38.517.930</b>
<p><b>Möglichkeit einer Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen</b>                      durchschnittliches Bruttojahresgehalt                      multipliziert mit der Anzahl der Personen, die im erwerbsfähigen Alter sind und aufgrund der Pflgetätigkeit nicht erwerbstätig sind                      abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Betreute/r ohne MD im Heim wären oder anders fremdbetreut würden = 78%)</p>	<b>€ 14.728.453</b>
<b>Gesamtprofit der Angehörigen</b>	<b>€ 67.577.253</b>

Pflegende Angehörige klagen über wenig Zeit für sich selbst und ihre Hobbies, wenig Zeit für soziale Kontakte und Isolation. Durch die Mobilen Dienste haben die Angehörigen eine **geringere soziale Belastung**. Sie profitieren durch mehr Freizeit und haben so mehr Zeit für Hobbies und soziale Kontakte und sind so weniger isoliert (IG-Pflege 2012, Hofstätter 2012, Schneider 2009, Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy für diesen Nutzen wurden 20% der durchschnittlichen Freizeitausgaben pro Jahr verwendet (Statistik Austria 2011).

Die **physische Belastung** betrifft insbesondere Kreuzschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich und in den Gelenken. Durch die Mobilen Dienste kommt es hier zu einer Entlastung der Angehörigen (Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy wurden hier die Kosten für eine Mitgliedschaft bei Kieser-Training, ein Fitnesscenter, das auf die Vermeidung von oben genannten Schmerzen spezialisiert ist, und ein 14-tägiger Kuraufenthalt alle 5 Jahre verwendet (AK 2012, Kieser 2012).

Die **psychische Belastung** betrifft insbesondere das ständige Gefühl der Verantwortung, das Gefühl der Überforderung und auch durch die Belastung entstehende Depressionen (Pochobradsky et al. 2005). Als Proxy wurden die Kosten für eine Psychotherapie herangezogen. Ausgehend von einer Kurztherapie (25 Einheiten pro Jahr) bei 110 Euro Kosten pro Einheit, ergibt sich ein Outcome von 175.081.500 Euro (Psyonline 2012, Ellviva 2012).

Ein weiterer Profit ist, dass die Angehörigen durch die Mobilen Dienste die **Möglichkeit bekommen einer Erwerbsarbeit, uneingeschränkt oder auch teilweise, nachzugehen**. 17,4% der pflegenden Angehörigen sind im erwerbsfähigen Alter, üben aber keine Erwerbstätigkeit aus. 17,9% wiederum geben die Pfl egetätigkeit als Grund an, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen (Schneider et al. 2009). Bezogen auf das durchschnittliche Bruttojahresgehalts einer/eines unselbstständig Erwerbstätigen, sowohl für Teilzeit (Statistik Austria 2012a) wie auch Vollzeit (Statistik Austria 2012), ergibt dies einen Outcome von 66.947.514 Euro. Die Aufteilung Vollzeit-Teilzeit wird analog zur tatsächlichen Aufteilung bei den erwerbstätigen pflegenden Angehörigen verwendet (Schneider et al. 2009).

Als Deadweight wurde jeweils jener Anteil an Angehörigen abgezogen, dessen betreute Personen ohne Mobile Dienste in ein Pflegeheim kommen würden oder von alternativen Organisationen/Privatpersonen betreut werden würden.

In den Interviews mit den Angehörigen wurde von pflegenden bzw. betreuenden Kindern als Profit erwähnt, dass durch die Unterstützung der Mobilen Dienste **kein Eingriff in die Intimsphäre des pflegenden Elternteils nötig** ist. Dieser Profit wurde für die Berechnung allerdings nicht berücksichtigt.

## 5.7 STADT WIEN & FONDS SOZIALES WIEN

---

Aus Gründen der Übersicht wurden die Stakeholder Stadt Wien und FSW zusammengefasst.

Die Stadt Wien vereint als Gebietskörperschaft ein Bundesland und eine Gemeinde und profitiert in zweifacher Hinsicht von der Existenz der Mobilen Dienste. Einerseits nimmt Wien als Gemeinde, durch die Beschäftigung von Arbeitskräften in den Mobilen Diensten zusätzliche U-Bahn-Steuern ein, was wiederum den Social Return on Investment erhöht. Andererseits wird durch die Mobilen Dienste der Versorgungsauftrag der Stadt Wien erfüllt. Dieser Nutzen wird allerdings dem Stakeholder „allgemeine Wiener Bevölkerung“ zugerechnet.

Der Fonds Soziales Wien (FSW) ist nach den Bestimmungen des Wiener Landes-Stiftungs- und Fondsgesetzes eine Rechtspersönlichkeit mit einem nicht auf Dauer gewidmeten Vermögen. Der FSW ist gemeinnützig und erbringt Aufgaben und Leistungen für die Gemeinde Wien, wobei er inhaltlich und finanziell der Kontrolle der Stadt Wien unterliegt.

Die wesentlichen Aufgabenfelder des FSW liegen in den Fachbereichen Pflege- und Betreuung, Behindertenarbeit und Wohnen (FSW 2012):

- Fachbereich Pflege und Betreuung: Casemanagement, Pflege zu Hause, stationäre Pflege, Beratungsangebote.
- Fachbereich Behindertenarbeit, Mobilität und Beratung: Beschäftigungstherapien, Frühförderungsmaßnahmen, Fahrtendienste, Finanzierung von Hilfsmitteln und Umbauten.
- Fachbereich Betreutes Wohnen: Wohnmöglichkeiten für wohnungslose Menschen, Menschen mit Behinderung und die vorübergehende Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde.

Der FSW ist ein wichtiger Stakeholder der Mobilen Dienste, da die Hauptfinanzierung der Mobilen Dienste vom FSW kommt. Der FSW wiederum wird im Wesentlichen von der Stadt Wien als Financier getragen.

Zusammengefasst ergibt sich für die Stadt Wien und dem FSW somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.7.1 dargestellte Impact Value Chain.

### 5.7.1 Impact Value Chain Stadt Wien & FSW

Während die Stadt Wien keine direkte Investition tätigt, investiert der FSW durch Zahlungen (indirekt die Subjektförderung) in die Mobilen Dienste. Die Aktivitäten der Mobilen Dienste bestehen in der Pflege und Betreuung sowie in der Bereitstellung von Arbeitsplätzen. Der entsprechende Output ist einerseits die Anzahl der Leistungsstunden bzw. Anzahl betreuter/gepflegter Personen und andererseits die Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen im Casemanagement. Für die SROI-Analyse besonders relevant ist wiederum der Outcome der aufgrund der Aktivitäten und dem damit verbundenem Output entsteht. Konkret sind dies zusätzliche Steuereinnahmen, die Einsparung von Förderung für 24h-Pflege, Sicherung von Arbeitsplätzen sowie die Erfüllung des Versorgungsauftrages (Sicherheitsgefühl). Als Deadweight abzuziehen sind wiederum jene Wirkungen, die ohne Existenz der Mobilen Dienste ebenfalls eingetreten wären.

Tabelle 5-11: Impact Value Chain der Stadt Wien und des FSW

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
Zahlung	Pflege und Betreuung Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl der Leistungsstunden Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Steuereinnahmen Einsparung von Förderung für 24h-Pflege MitarbeiterInnen haben einen Arbeitsplatz Sicherheitsgefühl (Erfüllung des Versorgungsauftrages)	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl KlientInnen, die ohne MD eine 24h-Pflege zukaufen würden Aktivitäten der MD, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt

## 5.7.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Insgesamt erzielen die Stadt Wien und der FSW einen **Profit von 639.929 Euro**.

Tabelle 5-12: Profit der Stadt Wien und des FSW

Stadt Wien & FSW	
<p><b>Zusätzliche Steuereinnahmen</b></p> <p>Höhe der U-Bahn-Steuer (Wr. Dienstgeberabgabe)  multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen  Berufsgruppe (HH, HKP, BD)  abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach  Berufsgruppe: HH = 62%, HKP = 86%, BD = 62%, Verwaltung =  91,2%)</p>	<b>€ 53.165</b>
<p><b>Beschäftigung von MitarbeiterInnen</b></p> <p>Anzahl der MitarbeiterInnen im Casemanagement, die Ihren  Arbeitsplatz verlieren würden.</p>	<b>Bei MitarbeiterInnen berücksichtigt</b>
<p><b>Einsparung von Förderung für 24h-Pflege</b></p> <p>jährliche Förderungshöhe für 24h-Pflege (€ 550,-)  multipliziert mit Anteil der Förderung, den Bundessozialamt übernimmt  (= 40%)  multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die sonst eine 24h-Pflege zukaufen  würden</p>	<b>€ 586.763</b>
<p><b>Erhöhtes Sicherheitsgefühl</b></p>	<b>Bei allgemeiner Wiener Bevölkerung berücksichtigt</b>
<p><b>Gesamtprofit der Stadt Wien &amp; des FSW</b></p>	<b>€ 639.929</b>

Die Stadt Wien profitiert direkt von den Mobilien Diensten aufgrund der **zusätzlichen Steuereinnahmen**, der Wiener Dienstgeberabgabe oder auch U-Bahn-Steuer genannt, die 0,72 Euro pro DienstnehmerIn und angefangener Arbeitswoche beträgt. Es ergeben sich zusätzliche Steuereinnahmen von 53.165 Euro.

Auch die MitarbeiterInnen des FSW, die im Casemanagement tätig sind profitieren durch eine **feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen**. Damit es jedoch zu keiner Doppelzählung kommt wird dieser Nutzen dem Stakeholder „hauptamtliche MitarbeiterInnen“ zugerechnet und die Anzahl der MitarbeiterInnen in der HKP und Verwaltung um diese Anzahl entsprechend erhöht.

Die **Einsparung der 24h-Pflege-Förderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe (550 Euro pro Monat) (BMASK 2012), dem Förderungsanteil, den das Bundessozialamt übernimmt und der Anzahl KlientInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Pflege zukaufen würden. Somit ergibt sich ein Outcome von 586.763 Euro.

Die Mobilen Dienste vermitteln der allgemeinen Wiener Bevölkerung ein **Sicherheitsgefühl**, insofern, dass sichergestellt ist, dass ein „Altwerden“ selbst bei Pflegebedürftigkeit zunächst auch in den eigenen vier Wänden möglich ist. Sowohl die Stadt Wien als auch der FSW als Teil der Stadt Wien profitieren, da die Mobilen Dienste mithilfe den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das berechnete Sicherheitsgefühl wird bei diesem Stakeholder allerdings nur grau dargestellt, da der Outcome direkt bei dem Stakeholder „allgemeine Wiener Bevölkerung“ berücksichtigt wird.

## 5.8 KRANKENHÄUSER

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

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

### 5.8.1 Impact Value Chain Krankenhäuser

Der Input des Stakeholders Krankenhäuser liegt bei der Vermittlung von KlientInnen an die Mobilen Dienste. Durch die Übernahme der KlientInnen liegt der Output also bei der Anzahl der von den Mobilen Diensten übernommenen KlientInnen, was zu einem Outcome von weniger Procuratio-Fällen führt. Dieser Outcome ist aufgrund der hohen Kosten, die bei einem Procuratio-Fall für das Krankenhaus entstehen, anteilmäßig im Vergleich zu allen anderen Stakeholdern groß, wie nachfolgende Berechnung zeigt. Ein weiterer wichtiger Outcome ist der geringere verwaltungstechnische Aufwand für die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement der jeweiligen Krankenanstalt, da diese für die Vermittlung der PatientInnen an Pflegeheime oder private Pflege und Betreuung einen viel größeren verwaltungstechnischen Aufwand hätten. Als Deadweight müssen hier wiederum alle KlientInnen, die auch ohne Mobilen Dienste zu Procuratio-Fällen im Krankenhaus geworden wären, abgezogen werden.

Tabelle 5-13: Impact Value Chain der Krankenhäuser

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
Vermittlung an MD	Übernahme von KlientInnen	Anzahl der von MD übernommenen KlientInnen	weniger Procuratio-Fälle geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	Anzahl der KlientInnen, die auch ohne MD Procuratio-Fälle im Krankenhaus werden würden

## 5.8.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Insgesamt ergibt sich für den Stakeholder Krankenhäuser ein **Profit in der Höhe von 262.725.874 Euro**, wobei der Großteil durch eingesparte Procuratio-Fälle entsteht. Der Deadweight ist bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 5-14: Profit der Krankenhäuser

Krankenhäuser	
<b>Weniger Procuratio-Fälle</b>	
Höhe der Kosten für einen Krankenhaustag (Procuratio) multipliziert mit der Anzahl der zusätzlichen Procuratio-Fälle multipliziert mit 365 für das ganze Jahr	<b>€ 260.318.000</b>
<b>Geringerer verwaltungstechnischer Aufwand</b>	
Anzahl der vollzeitäquivalenten MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement multipliziert mit durchschnittlich jährlichen Personalaufwand für diplomierte Krankenschwestern (+ 100 % mehr MitarbeiterInnen)	<b>€ 2.407.874</b>
<b>Gesamtprofit der Krankenhäuser</b>	<b>€ 262.725.874,-</b>

Der Outcome **reduzierte Belagsdauer** der Procuratio-Fälle in den Krankenhäusern wurde als höchst relevant identifiziert, da Procuratio-Fälle (jene Personen, die in Akutkrankenanstalten ohne ärztliche Versorgung untergebracht sind) in den Krankenhäusern zu sehr hohen Kosten führen. Laut Rechnungshofbericht 2011/2 liegen die durchschnittlichen Kosten je Belagstag für einen Procuratio-Fall in den Wiener Krankenanstalten bei 713,20 Euro. Zum Vergleich seien die durchschnittlichen Kosten je Belagstag in einer entsprechenden Pflegeeinrichtung genannt. Diese lagen 2010 bei 211,70 Euro (Rechnungshofbericht 2011/2). Für die vorliegende Berechnung werden nur jene KlientInnen betrachtet die sonst zum Procuratio-Fall in einer Krankenanstalt erklärt werden müssten. Dies sind insgesamt 1.000 KlientInnen (siehe Kapitel 5.3).

Insgesamt verbrachten Procuratio-Fälle durchschnittlich zwischen 84 und 102 Tage im Krankenhaus, was bei unserer Berechnung jedoch vernachlässigt wird, da hier davon ausgegangen wird, das über das ganze Jahr 2010 gerechnet, 1.000 Procuratio-Fälle mehr von den Krankenanstalten aufgenommen werden müssten.

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

Aufgrund der starken Auswirkungen der durchschnittlichen Kosten pro Belagstag für Procuratio-PatientInnen wurde im Kapitel 6 dieses Berichts eine Szenarienberechnung durchgeführt, die aufzeigt wie sich der Outcome bei geringeren durchschnittlichen Kosten verändert.

Ein **geringerer verwaltungstechnischer Aufwand** für die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements der Krankenanstalten ging aus geführten Interviews mit EntlassungsmanagerInnen hervor. Würde es keine mobilen Pflege- und Betreuungsdienste geben, hätten die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement einen deutlichen höheren Aufwand und es müsste von einem zusätzlichen Personalbedarf von mindestens 100 Prozent

ausgegangen werden. Die Anzahl der MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement im Jahr 2010 betrug 44,32 in Vollzeitäquivalenten (PIK Projektbericht 2010). Durch einen zusätzlichen Personalbedarf von 100 Prozent, wird der Profit für einen geringeren verwaltungstechnischen Aufwand, aus der Anzahl der MitarbeiterInnen, multipliziert mit dem durchschnittlichen jährlichen Personalaufwand für eine diplomierte Krankenschwester, berechnet.

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

## 5.9 AMS

---

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

Das AMS wird in der vorliegenden Analyse hauptsächlich berücksichtigt, da es Profite im Sinne der SROI-Analyse im Zusammenhang mit den hauptamtlichen Beschäftigten der Mobilen Dienste hat. Zusätzlich zu den Daten aus der Erhebung der teilnehmenden Organisationen wurde ein Interview im April 2012 mit einem Vertreter des AMS und WAFF geführt und Daten zum Thema Rekrutierung und Ausbildung erhoben.

Auch die Mobilen Dienste verfolgen unter anderem das Ziel, Arbeitsplätze zu schaffen und Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern, indem sie als Ausbildungsstätten fungieren. Das AMS profitiert demnach nicht nur durch den Erhalt des Qualifizierungsbereichs, sondern auch hinsichtlich der Einsparungen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe für jene Personen, die durch die Mobilen Dienste eine Anstellung finden und damit eine kontinuierliche Beschäftigungsmöglichkeit erhalten werden kann.

Zusammengefasst ergibt sich für das AMS somit eine im nachfolgenden Kapitel 5.9.1 dargestellte Impact Value Chain.

### 5.9.1 Impact Value Chain AMS

Das AMS leistet mit der Eingliederungsbeihilfe für Langzeitarbeitslose (Zuschuss zu den Lohnkosten) einen Input in die Mobilen Dienste. Die für das AMS relevante Aktivität ist die direkte und indirekte Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen und die damit vermiedene Arbeitslosigkeit. Der entsprechende Output ist die Anzahl an hauptamtlich beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne den MD verlieren würden.

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, hier als Outcome bezeichnet, die durch den Output hervorgerufen werden. Für das AMS sind hier einerseits die Einsparungen von Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe sowie von (Re-)Qualifizierungskosten relevant, andererseits die durch die Beschäftigung erzielten Beiträge zur

Arbeitslosenversicherung als Profit zu bewerten. Deadweight ist wiederum die Möglichkeit für die betroffenen Beschäftigten einen vergleichbaren Alternativjob zu finden.

Tabelle 5-15: Impact Value Chain des AMS

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
Eingliederungsbeihilfe für Langzeitarbeitslose	Bereitstellung von Arbeitsplätzen Bereitstellung von Ausbildungsplätzen	Anzahl an beschäftigten und ausgebildeten MitarbeiterInnen	Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe und Krankenkassenbeiträgen Einsparung von (Re-)Qualifizierungskosten Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären

### 5.9.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Das AMS erzielt insgesamt einen **Profit in der Höhe von 13.810.757 Euro**, der sich wie in der nachfolgenden Tabelle 5-16 beschrieben zusammensetzt.

Tabelle 5-16: Profit AMS

AMS	
<p><b>Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe und Krankenkassenbeiträgen</b></p> <p>Höhe des Arbeitslosengeld- und Notstandshilfetagsatzes nach Berufsgruppe multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe: HH = 62%, HKP = 86%, BD = 62%, Verwaltung = 91,2%)</p> <p>+</p> <p>Höhe des Arbeitslosengeld- und Notstandshilfetagsatzes nach Berufsgruppe multipliziert mit dem Beitragssatz zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen (ALG) abzüglich Deadweight (wie oben)</p>	<b>€ 12.304.739</b>
<p><b>Einsparung von (Re-) Qualifizierungskosten</b></p> <p>Qualifizierungsförderung für Beschäftigte im Pflege- und Sozialbereich berechnet für ein Jahr abzüglich Deadweight (Anteil Personen, die weiterhin in Qualifizierungsmaßnahmen einbezogen werden würden = 20%)</p>	<b>€ 564.706</b>
Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Bei SV & MVK berücksichtigt
<b>Gesamtprofit des AMS</b>	<b>€ 13.810.757</b>

Zur Berechnung des Profits des AMS wurde das **durchschnittliche Arbeitslosengeld bzw. die durchschnittliche Notstandshilfe** herangezogen und auf alle Beschäftigten (VZÄ) umgelegt. Hinzu kommt weiters ein Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen, den ebenfalls das AMS an die Sozialversicherungen leistet. Bei den (Re-)Qualifizierungskosten wurden die vom AMS erhobenen **Kosten zur Qualifizierungsförderung** für Beschäftigte für das Jahr 2010 herangezogen und um den Deadweight, Anteil Personen, die weiterhin in Qualifizierungsmaßnahmen einbezogen werden würden, bereinigt.

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

## 5.10BUND

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

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

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

Einen gewissen Nutzen hat der Bund noch darin, dass die Mobilien Dienste in Wien Zivildienere beschäftigen.

Die gesamte Impact Value Chain wird im nachfolgenden Kapitel 5.10.1 dargestellt.

### 5.10.1 Impact Value Chain Bund

Der Bund investiert in die Mobilien Dienste Gelder als Kostenersatz für Zivildienere, die wiederum Leistungen erbringen. Die Aktivitäten der Mobilien Dienste bestehen in der Pflege und Betreuung und Bereitstellung von Arbeitsplätzen. Der entsprechende Output ist die Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen, die Anzahl an hauptamtlichen MitarbeiterInnen sowie die Anzahl an Plätzen für Zivildienstleistende.

Tabelle 5-17: Impact Value Chain des Bundes

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
<b>Kostenersätze für Zivildienstleistende</b>	Pflege und Betreuung	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB)	Möglichkeit eines Alternativjobs
	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter	Einsparung von Förderung für 24h-Pflege	Anzahl KlientInnen, die ohne MD eine 24h-Pflege zukaufen
	Bereitstellung		Einsparung von Beiträgen	

	von Beschäftigungsmöglichkeit für Zivildienstler	MitarbeiterInnen Anzahl Plätze für Zivildienstleistende	für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	würden Anzahl KlientInnen, die auch ohne MD mithilfe von erwerbstätigen Angehörigen zurechtkommen
--	--	--	---	--

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

### 5.10.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Insgesamt erzielt der Bund einen **Profit von 6.931.344 Euro**. Wie sich dieser zusammensetzt wird in Tabelle 5-18 näher erläutert.

Tabelle 5-18: Profit des Bundes

Bund	
<b>Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB)</b>	
Höhe der Lohnsteuer nach Berufsgruppe (HH, HKP, BD, Verwaltung)	
Höhe der Dienstgeberbeiträge nach Berufsgruppe (HH, HKP, BD, Verwaltung) (4,5% des Bruttoeinkommens)	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD)	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe: HH = 62%, HKP = 86%, BD = 62%, Verwaltung = 91,2%)	<b>€ 3.974.721</b>
<b>Einsparung von Förderung für 24h-Pflege</b>	
Jährliche Förderungshöhe für 24h-Pflege	
multipliziert mit Anteil der Förderung, den Bundessozialamt übernimmt (= 60%)	
multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die sonst eine 24h-Pflege zukaufen würden	<b>€ 880.145</b>
<b>Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige</b>	
Höhe des Beitrages der Selbstversicherung	
multipliziert mit Anzahl KlientInnen, die zumindest in Pflegegeldstufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden	
abzüglich des Deadweights (Anteil pflegender Angehöriger, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen = 75,1%)	<b>€ 2.076.479</b>
<b>Gesamtprofit des Bundes</b>	<b>€ 6.931.344</b>

Wie aus Tabelle 5-18 ersichtlich, profitiert der Bund aufgrund von **Lohnsteuereinnahmen** und DG-Beiträgen in der Höhe von 3.974.721 Euro. Hierbei ist allerdings ein Deadweight in der Höhe von 62% im Heimhilfebereich, 86% im Hauskrankenpflegebereich und 91,2% in der Verwaltung, also der Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu erlangen, abzuziehen.

Zusätzlich zum Profit aus Steuereinnahmen kann der Bund aufgrund der Mobilen Dienste Förderungen für 24h-Pflege sowie Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige, einsparen. Die **Einsparung der 24h-Pflege-Förderung** errechnet sich aus der jährlichen Förderungshöhe (550 Euro pro Monat) (BMASK 2012), dem Förderungsanteil, den das Bundessozialamt übernimmt und der Anzahl KlientInnen, die in der alternativen Betreuungslösung eine 24h-Pflege zukaufen würden.

Die **Selbstversicherung für pflegende Angehörige** kann auch neben einer aus Erwerbstätigkeit bestehenden Pflichtversicherung in Anspruch genommen werden. Die Bedingungen dafür sind einerseits, dass der pflegebedürftige Angehörige Anspruch auf ein Pflegegeld zumindest der Stufe 3 hat und andererseits eine erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft durch die Pflege in häuslicher Umgebung vorliegt (Pensionsversicherung 2012). Für die Berechnung wurde die Höhe des Beitrages der Selbstversicherung von 358,04 Euro (eigene Erhebung beim BMASK 2012) auf die Anzahl der KlientInnen, die zumindest in Pflegestufe 3 sind und sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen würden hochgerechnet und um den Deadweight, Anteil pflegender Angehöriger, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, bereinigt.

## **5.11 SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERINNEN UND MITARBEITER-VORSORGEKASSEN**

---

Die **SozialversicherungsträgerInnen** in Österreich sind für die Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung zuständig. Der Selbstverwaltungskörper Sozialversicherung kann durch die Beschäftigung von Langzeitarbeitslosen zusätzliche Sozialversicherungsbeiträge generieren (Sozialversicherung 2010).

Die Mitarbeitervorsorgekasse (MVK) ist im Zuge des neuen Abfertigungsmodells geschaffen worden. ArbeitgeberInnen behalten für alle MitarbeiterInnen, die seit 1.1.2003 in ein neues Beschäftigungsverhältnis eingetreten sind, 1,53% des Bruttogehalts für die Vorsorgekasse ein.

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

Der unmittelbare Nutzen der SozialversicherungsträgerInnen inkl. MVK besteht in der Einnahme von zusätzlichen Beiträgen, die sonst nicht lukriert werden könnten. Dies betrifft alle Personen, die aufgrund der Existenz der Mobilen Dienste und deren Aktivitäten eine Erwerbsarbeit haben.

### **5.11.1 Impact Value Chain Sozialversicherungsträger und MVK**

Die Sozialversicherungen inkl. MVK investieren direkt keine Mittel in die Mobilen Dienste. Die für diese Stakeholder relevante Aktivität ist die Bereitstellung von Arbeitsplätzen und die damit verbundenen zusätzlichen Beitragsleistungen. Der entsprechende Output ist die Anzahl an hauptamtlich beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne die Mobilen Dienste in Wien verlieren würden.

Tabelle 5-19: Impact Value Chain der Sozialversicherungsträger & MVK

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung und MVK	Möglichkeit eines Alternativjobs

### 5.11.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Durch die SozialversicherungsträgerInnen und MVK kann ein **Profit von 19.953.375 Euro** erzielt werden.

Tabelle 5-20: Profit der Sozialversicherungsträger & MVK

Sozialversicherungsträger & MVK	
<b>Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung und MVK</b>	
Höhe des SV-Beitrags (DG-Anteil) + Höhe des SV-Beitrags (DN-Anteil) multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe: HH = 62%, HKP = 86%, BD = 62%, Verwaltung = 91,2%) + Höhe des zusätzlich generierten MVK-Beitrags multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe (HH, HKP, BD) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe: HH = 62%, HKP = 86%, BD = 62%, Verwaltung = 91,2%)	
	<b>€ 19.953.375</b>
<b>Gesamtprofit der Sozialversicherungsträger</b>	<b>€ 19.953.375</b>

Die Beiträge zur Sozialversicherung und MVK wurden bei den hauptamtlichen MitarbeiterInnen der Mobilen Dienste den Tarifikalkulationsmodellen und Erhebungen bei den Organisationen entnommen und anhand der ermittelten Anzahl an VZÄ-Beschäftigten berechnet. Abgezogen wurde ein Deadweight in der Höhe der Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob, entsprechend der Berufsgruppe, zu finden, die mit der durchschnittlichen Arbeitslosenquote nach nationaler Berechnung im Jahr 2010 ermittelt wurde (BMASK 2012a, Interview, eigene Berechnungen).

## 5.12 LIEFERANTINNEN UND LIEFERANTEN

Unter den **LieferantInnen** im weiteren Sinn wurden all jene subsummiert, von denen die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste Materialien und sonstige Leistungen bezogen haben. Auch ein Großteil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen, wie z.B. Betriebskosten, wurde den LieferantInnen zugerechnet. Hierzu zählen vor allem LieferantInnen, die Software und EDV Lösungen für mobile Einsatzkräfte anbieten.

### 5.12.1 Impact Value Chain LieferantInnen

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

Tabelle 5-21: Impact Value Chain der LieferantInnen

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

### 5.12.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Die LieferantInnen erzielen durch die Mobilien Dienste einen **Profit von 277.250 Euro**.

Tabelle 5-22: Profit der LieferantInnen

LieferantInnen	
<b>Erhalt Zusätzliche Aufträge</b>	
Höhe der Kosten für Materialien, bezogene Leistungen und EDV abzüglich Deadweight (Anteil an Aufträgen, die auch ohne das Projekt zustande gekommen wären. = 60 %).	
+	
restliche Aufwendungen und sonstige Kosten abzüglich Deadweight ( = 100 %)	<b>€ 277.250</b>
<b>Gesamtprofit der LieferantInnen</b>	<b>€ 277.250</b>

Der Nutzen für die LieferantInnen liegt primär im **Erhalt zusätzlicher Aufträge** durch die Mobilien Dienste. Um diesen Profit berechnen zu können, wurden die Daten aus dem Tarifikalkulationsmodell 2010 herangezogen.

Für die Kategorien Materialien, bezogene Leistungen und EDV wurde ein Deadweight von 60 Prozent angenommen (Anzahl an Aufträgen, die auch ohne das Projekt zu Stande gekommen wären), da nach geführten Interviews mit LieferantInnen deutlich wurde, dass die Umsatzeinbußen nicht so leicht zu kompensieren wären. Dies gilt insbesondere für den Bereich der EDV und Software Lösungen für mobile Einsatzkräfte.

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

## 5.13 NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

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

### 5.13.1 Impact Value Chain Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die Unterstützung bei der medizinischen Therapie und die Beförderung zu HausärztInnen zählen zu den wichtigsten Unternehmensaktivitäten für diesen Stakeholder, da sich dadurch die niedergelassenen ÄrztInnen Hausbesuche ersparen, die aufgrund der Kosten und des Aufwandes für viele HausärztInnen aufwendig sind. Als Deadweight wird hier wiederum die Anzahl der KlientInnen, die auch ohne der Mobilen Dienste keine Hausbesuche benötigen, abgezogen.

Tabelle 5-23: Impact Value Chain der ÄrztInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
<b>Beratung und Austausch über medizinische Therapie</b>	Unterstützung bei medizinischer Therapie Beförderung zu der/zum HausärztIn	Anzahl KlientInnen, die zu der/zum HausärztIn gebracht werden	weniger Hausbesuche notwendig	Anzahl KlientInnen, die auch ohne MD keinen Hausbesuch benötigen

### 5.13.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Die Ärztinnen und Ärzte erzielen durch die Mobilen Dienste einen **Profit in der Höhe von 1.300.645 Euro**.

Tabelle 5-24: Profit der ÄrztInnen

<b>ÄrztInnen</b>	
<b>Weniger Hausbesuche</b>	
Anzahl der zusätzlichen Hausbesuche multipliziert mit Kosten die durch einen Hausbesuch entstehen (Differenz Stundensatz eines Hausbesuches zu Praxis) multipliziert mal 0,5 (Doppelzählung Einsatzorganisationen)	<b>€ 1.300.645</b>
<b>Gesamtprofit der ÄrztInnen</b>	<b>€ 1.300.645</b>

Die Interviews mit ÄrztInnen haben ergeben, dass ÄrztInnen von **weniger Hausbesuchen** profitieren, da die Mobilen Dienste bestimmte Tätigkeiten durchführen, die ohne Mobile Dienste von den niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden müssten. Die InterviewpartnerInnen gaben an, dass durchschnittlich 10 Prozent ihrer PatientInnen von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten versorgt werden. Dies würde zu zusätzlichen 52 Hausbesuchen pro Jahr führen, wobei die Dauer eines Hausbesuches inklusive Wegzeiten ca. eine Stunde beträgt. Es wurde ebenfalls die Annahme gesetzt, dass die PatientInnen der

ÄrztInnen die gleiche durchschnittliche Betreuungsintensität aufweisen, wie die KlientInnenverteilung der Mobilen Dienste. Der Profit der ÄrztInnen wurde somit aus dem entgangenen Gewinn errechnet, der ÄrztInnen durch Hausbesuche entsteht, da sie für eine Stunde in der Praxis einen höheren Stundensatz verdienen als für einen Hausbesuch (Initiative Elga, 2009). Somit gelten Hausbesuche für niedergelassene ÄrztInnen als nicht besonders attraktiv, dürfen von diesen jedoch nicht unterlassen werden.

## 5.14 EIGENTÜMERINNEN UND EIGENTÜMER

Die mobile Pflege und Betreuung in Wien wird von mehreren gemeinnützigen Organisationen angeboten. Die Leistungen werden durch vom FSW anerkannte Einrichtungen erbracht, die teilweise wiederum in eine größere Wohlfahrtsorganisation eingebunden sind. Diese Organisationen sind unterschiedlich organisiert und treten als juristische Personen in Form von Vereinen über GmbHs bis zu einer AG auf.

### 5.14.1 Impact Value Chain Eigentümerinnen und Eigentümer

Die EigentümerInnen der Mobilen Dienste haben 2010 durch die Aktivitäten der mobilen Dienste einen finanziellen Verlust erlitten. In der vorliegenden Studie wird davon ausgegangen, dass der Verlust von den Mobilen Diensten ausgeglichen wird.

Tabelle 5-25: Impact Value Chain der EigentümerInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
Gewinn/ Verlust Auflösung Rücklagen/ Rückstellungen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Gewinn/ Verlust	Ausbau der MD möglich/Einschränkung der MD nötig	-

### 5.14.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

2010 haben die Mobilen Dienste in Wien insgesamt einen Verlust von 1.297.510 € gehabt. Dieser fließt als Negativnutzen in die Berechnung ein. 7.553 € wurden an Rückstellungen aufgelöst. Somit entsteht ein **Negativnutzen von 1.289.956 Euro**. Die Erfüllung des Versorgungsauftrags der Stadt Wien und die damit teilweise Erfüllung einer Mission der Nonprofit Organisationen wurde unter dem Aspekt des Sicherheitsgefühls bei der allgemeinen Wiener Bevölkerung berücksichtigt (siehe Kapitel 5.18).

Tabelle 5-26: Profit der EigentümerInnen

EigentümerInnen	
Verlust	€ -1.297.510
Auflösung Rücklagen/Rückstellungen	€ 7.553
Erhöhtes Sicherheitsgefühl	Bei allgemeiner Wiener Bevölkerung berücksichtigt
<b>Gesamtprofit der EigentümerInnen</b>	<b>-1.289.956 €</b>

## 5.15 EINSATZORGANISATIONEN

Unter den **Einsatzorganisationen** werden hier alle Rettungsdienste in der Stadt Wien verstanden, die Krankentransporte durchführen.

### 5.15.1 Impact Value Chain Einsatzorganisationen

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

Tabelle 5-27: Impact Value Chain der Einsatzorganisationen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
N/A	Von MD übernommene Verrichtungen, die sonst einen Krankentransport erfordern würden	Anzahl der KlientInnen, die keinen Krankentransport benötigen	Geringeres Einsatzaufkommen	KlientInnen, die auch ohne MD keinen Krankentransport benötigen

### 5.15.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Durch die Einsatzorganisationen wird ein **Profit in der Höhe von 3.105.317 Euro** erzielt. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 5-28: Profit der Einsatzorganisationen

Einsatzorganisationen	
<p><b>Geringeres Einsatzaufkommen</b>                      Kosten eines Krankentransportes                      multipliziert mit zusätzlichen Einsätzen bei KlientInnen von MD                      multipliziert mal 0,5 (Doppelzählung beim Stakeholder ÄrztInnen)                      mit KlientInnenverteilung die Verrichtungen wie Katheder spülen,                      Wundversorgung etc. benötigen.</p>	<b>€ 3.105.317</b>
<b>Gesamtprofit der Einsatzorganisationen</b>	<b>€ 3.105.317</b>

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

Würde es keine Mobilen Dienste geben müssten täglich rund 100 Krankentransporte mehr durchgeführt werden, da bei den genannten Verrichtungen ein Transport ins Krankenhaus oder zu niedergelassenen ÄrztInnen erfolgen müsste.

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

## 5.16 VERMIETERINNEN UND VERMIETER

---

Unter **VermieterInnen** werden all jene subsummiert, die Wohnungen an KlientInnen der Mobilen Dienste vermieten. Da die Mobilen Dienste die Verwahrlosung der Wohnung der KlientInnen vermeiden, profitiert der Stakeholder VermieterInnen von einer erheblichen Kostenersparnis im Bereich der Wohnungsräumung, die bei verwahrlosten Wohnungen nötig wäre.

### 5.16.1 Impact Value Chain VermieterInnen

Die VermieterInnen leisten keinen Input in die Mobilen Dienste. Da die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste als Unternehmensaktivität die Wohnung der KlientInnen in Stand halten, wird dadurch als Outcome eine Verwahrlosung der Wohnung verhindert. Die Anzahl der Wohnungen, die auch ohne den Mobilen Diensten nicht verwahrlosen würden, muss hier als Deadweight abgezogen werden. Ein Negativnutzen ist die Verhinderung einer Mieterhöhung, da ältere MieterInnen meist alte und für sie günstige Mietverträge haben.

Tabelle 5-29: Impact Value Chain der VermieterInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
N/A	Wohnung in Stand halten Personen zuhause betreuen	Anzahl der Mietwohnungen, die durch MD in Stand gehalten werden  Anzahl der Personen, die länger zuhause bleiben können	Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert  Verhinderung einer Mieterhöhung	Anzahl der Wohnung, die auch ohne MD nicht verwahrlosen würden  Anzahl der Personen, die auch ohne MD länger zuhause bleiben könnten

### 5.16.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Den VermieterInnen ist ein **Profit von 1.313.516 Euro** zuzuschreiben. Der Deadweight wurde bereits in den Berechnungen inkludiert.

Tabelle 5-30: Profit der VermieterInnen

VermieterInnen	
<b>Verwahrlosung der Wohnung verhindern</b> Räumungs- und Reinigungskosten multipliziert mit Anzahl der KlientInnen die verwahrlosen würden	<b>€ 1.608.590</b>
<b>Verhinderung einer Mieterhöhung</b> mögliche Mietzinserhöhung (unterschieden nach Gemeindewohnung/ private Mietwohnung und nach Übernahme durch Familie der betreuten Person/freier Markt) für eine durchschnittliche große Mietwohnung (74,4m <sup>2</sup> ) multipliziert mit Anzahl der KlientInnen die in ein Pflegeheim oder zu Procuratio-Fällen im Krankenhaus werden würden	<b>- € 295.074</b>
<b>Gesamtprofit der VermieterInnen</b>	<b>€ 1.313.516</b>

VermieterInnen profitieren von den Mobilen Diensten vor allem durch die Verhinderung der **Verwahrlosung der Wohnung**. Hierzu wurden nach einer Recherche die Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung herangezogen und mit der Anzahl der KlientInnen, die im Alternativszenario verwahrlosen würden, multipliziert.

Eine weitere Wirkung, die sich für diesen Stakeholder herausgestellt hat, ist der **entgangene Gewinn** durch die in Wien noch vorhandenen Altverträge mit extrem günstigem Altmietzins. Dies ist eine Negativwirkung, die sich für die VermieterInnen durch die Mobilen Dienste ergibt. Viele VermieterInnen sind bestrebt derartige Mietverhältnisse mit alten Mietzinsen zu beenden, da jedoch durch die Mobilen Dienste die KlientInnen länger in ihrer eigenen Wohnung verbleiben können, werden die Mietverhältnisse aufrecht erhalten. Dadurch können die VermieterInnen den Mietzins nicht erhöhen und erleiden einen entgangenen Gewinn.

Nach einem Gespräch mit einer VertreterIn der Mobilen Dienste wurde die Annahme gesetzt, dass 90 Prozent der KlientInnen der Mobilen Dienste in einem Mietverhältnis leben. Die

übrigen 10 Prozent leben in Eigentumswohnungen. Von den KlientInnen, die in einem Mietverhältnis leben, sind 65 Prozent BewohnerInnen einer Gemeindewohnung, die übrigen 35 Prozent leben in privaten Mietwohnungen. Da das Durchschnittsalter der KlientInnen der Mobilen Dienste bei rund 82 Jahren liegt, wurde angenommen dass all jene, die in einem Mietverhältnis stehen, über einen Altmietzins-Vertrag verfügen. Die durchschnittliche Nutzfläche in Quadratmetern für Wien lag bei 74,4 (Statistik Austria Mikrozensus, 2009).

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

- **Bei Gemeindewohnungen** wurde angenommen, dass 80 Prozent der Gemeindewohnungen an Verwandte übergeben werden können. Hier kommt es durch die Übernahme ebenfalls zu einer Mietzinsanpassung, jedoch nur bis zum Richtwert einer Kategorie A Wohnung der im Jahr 2010 bei 3,08 Euro pro Quadratmeter lag. Kommt es zu keiner Übernahme durch Verwandte kann die/der VermieterIn einen Mietzins, der im Jahr 2010 bei 4,91 Euro lag, verlangen. Jedoch kommen hier noch Lagezuschläge und weitere Zuschläge für Balkon etc. hinzu, was zu einem durchschnittlichen Mietzins von 8,41 Euro pro Quadratmeter führt (Wien GV, 2012).
- **Bei privaten Mietwohnungen** wurde die Annahme gesetzt, dass nur 50 Prozent der Verwandten erster Linie die Wohnung übernehmen könnten, da man hier nachweisen muss, 2 Jahre im gleichen Haushalt gelebt zu haben. Auch hier wurde wiederum bei Übernahme durch Verwandte der Richtwert einer Kategorie A Wohnung für die Berechnungen verwendet und für den freien Markt der Richtwert für Wien mit zusätzlichen Zuschlägen.

Berücksichtigt man den Gewinn, durch neues Vermieten (entweder durch die Familie der betreuten Person oder am freien Markt) einer durchschnittlich großen Mietwohnung in Wien (Statistik Austria Mikrozensus, 2009), so entsteht ein Negativnutzen in der Höhe von 295.074 Euro.

## 5.17 SACHWALTERINNEN

Unter diesem Stakeholder werden all jene SachwalterInnen subsummiert, die KlientInnen bei den Mobilen Diensten besachwalen. Da die Mobilen Dienste organisatorische Tätigkeiten übernehmen, ergibt sich für diesen Stakeholder eine Zeitersparnis.

### 5.17.1 Impact Value Chain SachwalterInnen

In die Mobilen Dienste fließt von den SachwalterInnen kein finanzieller Input. Unternehmensaktivität der Mobilen Dienste sind organisatorische Tätigkeiten. Als Output werden hier die Art und der Umfang der von den Mobilen Diensten übernommenen Leistungen genannt, die zu einer Zeitersparnis für die SachwalterInnen führen. Die Wirkungen werden nur für jene KlientInnen berechnet, die besachwaltet werden.

Tabelle 5-31: Impact Value Chain der SachwalterInnen

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
N/A	Organisatorische Tätigkeiten	Art und Umfang der Leistungen die MD übernommen haben	Zeitersparnis	KlientInnen, die nicht besachwaltet werden

## 5.17.2 Berechnung stakeholder-spezifischer Profit

Insgesamt ergeben die Berechnungen einen **Profit von 5.350.295** Euro für die SachwalterInnen. Der Deadweight wurde in den Berechnungen bereits inkludiert.

Tabelle 5-32: Profit der SachwalterInnen

<b>SachwalterInnen</b>	
<b>Zeitersparnis</b>	
Anzahl der monatlichen Stunden, die eingespart werden multipliziert mal 12 für das ganze Jahr multipliziert mit Stundensatz einer/eines österreichischen Angestellten für 53 Prozent der besachwalteten KlientInnen multipliziert mit Stundensatz einer/eines österreichischen Rechtsanwältin/Rechtsanwaltes für 47 Prozent der besachwalteten KlientInnen für die Anzahl der KlientInnen der MD die besachwaltet werden	
	<b>€ 5.350.295</b>
<b>Gesamtprofit der SachwalterInnen</b>	<b>€ 5.350.295</b>

Der FSW Erhebung zufolge werden bei den Mobilien Diensten 3.210 KlientInnen besachwaltet. Durch die mobilen Dienste entsteht für den Stakeholder SachwalterInnen eine monatliche **Zeitersparnis** von 1,5 Stunden. Diese Zeitersparnis wird über den Stundensatz einer/eines österreichischen Angestellten monetarisiert. Da jedoch 47 Prozent der SachwalterInnen in Wien als RechtsanwältInnen tätig sind, wird für diesen Anteil der SachwalterInnen die Zeitersparnis über einen höheren durchschnittlichen Stundensatz, nämlich den einer/eines Rechtsanwältin/Rechtsanwaltes, monetarisiert. Der Gesamtprofit ergibt sich somit aus der Anzahl der SachwalterInnen, die KlientInnen bei den Mobilien Diensten haben, multipliziert mit der jährlichen Zeitersparnis.

## 5.18 ALLGEMEINE WIENER BEVÖLKERUNG

Unter allgemeine Wiener Bevölkerung als Stakeholder wird die gesamte Wiener Bevölkerung verstanden. Entsprechend wird diesem Stakeholder auch all jener Profit zugerechnet, der ganz allgemein der Gesellschaft zugutekommt. Konkret steht hier das, durch die Existenz der Mobilien Dienste, vermittelte Sicherheitsgefühl im Mittelpunkt.

### 5.18.1 Impact Value Chain allgemeine Wiener Bevölkerung

Durch die allgemeine Wiener Bevölkerung fließen Spenden und sonstige Einnahmen in die Mobilien Dienste, die Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung erbringen. Durch die Leistungen der mobilen Dienste entsteht als Outcome ein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch das Bewusstsein im Alter noch einige Zeit zuhause verbleiben zu können.

Tabelle 5-33: Impact Value Chain der allgemeinen Wiener Bevölkerung

Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
<p><b>Spenden</b></p> <p><b>Sonstige Einnahmen</b></p>	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl der betreuten Personen	Sicherheitsgefühl	<p>Anzahl der Personen, die nicht bereit sind für MD zu zahlen</p> <p>Aktivitäten der MD, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt</p>

### 5.18.2 Berechnung stakeholderspezifischer Profit

Der Profit für die allgemeine Wiener Bevölkerung liegt bei **97.937.170 Euro**.

Tabelle 5-34: Profit der allgemeinen Wiener Bevölkerung

Allgemeine Wiener Bevölkerung	
<p><b>Erhöhtes Sicherheitsgefühl</b></p> <p>Verwaltungskosten Pflegeversicherung pro Jahr                      Multipliziert mit Anzahl der Personen über 40 Jahre in Wien                      Abzüglich Deadweight (Personen, die kein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch MD haben = 50%, Organisationen, die Leistungen MD übernehmen könnten und daher das gleiche Sicherheitsgefühl vermitteln könnten = 58%)</p>	<b>€ 97.937.170</b>
<b>Gesamtprofit der allgemeinen Wiener Bevölkerung</b>	<b>€ 97.937.170</b>

Das Bestehen der Mobilen Dienste vermittelt der **allgemeinen Wiener Bevölkerung** ein **Sicherheitsgefühl**. Als Proxy wurden hier die Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung verwendet. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit bei 100 Euro (Uniqa 2012, Telefonat Uniqa). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird.

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

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

Eine weitere Wirkung der Mobilen Dienste ist die **marktwirtschaftliche Dienstleistungsorientierung**, die den familiären Zusammenhalt und/oder informelle Betreuungsbeziehungen weiter untergräbt.

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

## 6 SROI-WERT – GESAMTBERECHNUNG UND SZENARIENBERECHNUNG

Als letzter Schritt wird die Berechnung des konkreten SROI-Wertes für den festgelegten Zeitraum (2010) vorgenommen. Hierzu werden wie beschrieben die (finanziellen) Investitionen seitens der Financiers aggregiert den monetär bewerteten sozialen Wirkungen sowie monetär vorliegenden Wirkungen gegenübergestellt. Der SROI-Wert wird für den Gesamtbereich der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien berechnet. Es erfolgen keine Berechnungen für einzelne anbietende Organisationen und kein Vergleich zwischen den Organisationen. Wo notwendig, werden Hochrechnungen angestellt.

Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2010 zu der Summe der Profite, ergibt sich ein **SROI-Wert von 3,70**. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,70 Euro schafft.

Tabelle 6-1: Berechnung SROI-Wert

<b>Investitionen 2011</b>	<b>€ 177.814.703</b>
<b>Profite 2011</b>	<b>€ 658.763.828</b>
<b>SROI gesamt</b>	<b>3,70</b>

Folgende Tabelle 6-2 zeigt eine Gesamtbetrachtung der SROI-Analyse und gibt die Investitionen und Profit der einzelnen Stakeholder, die in Kapitel 5 genauer betrachtet wurden, nochmals wieder.

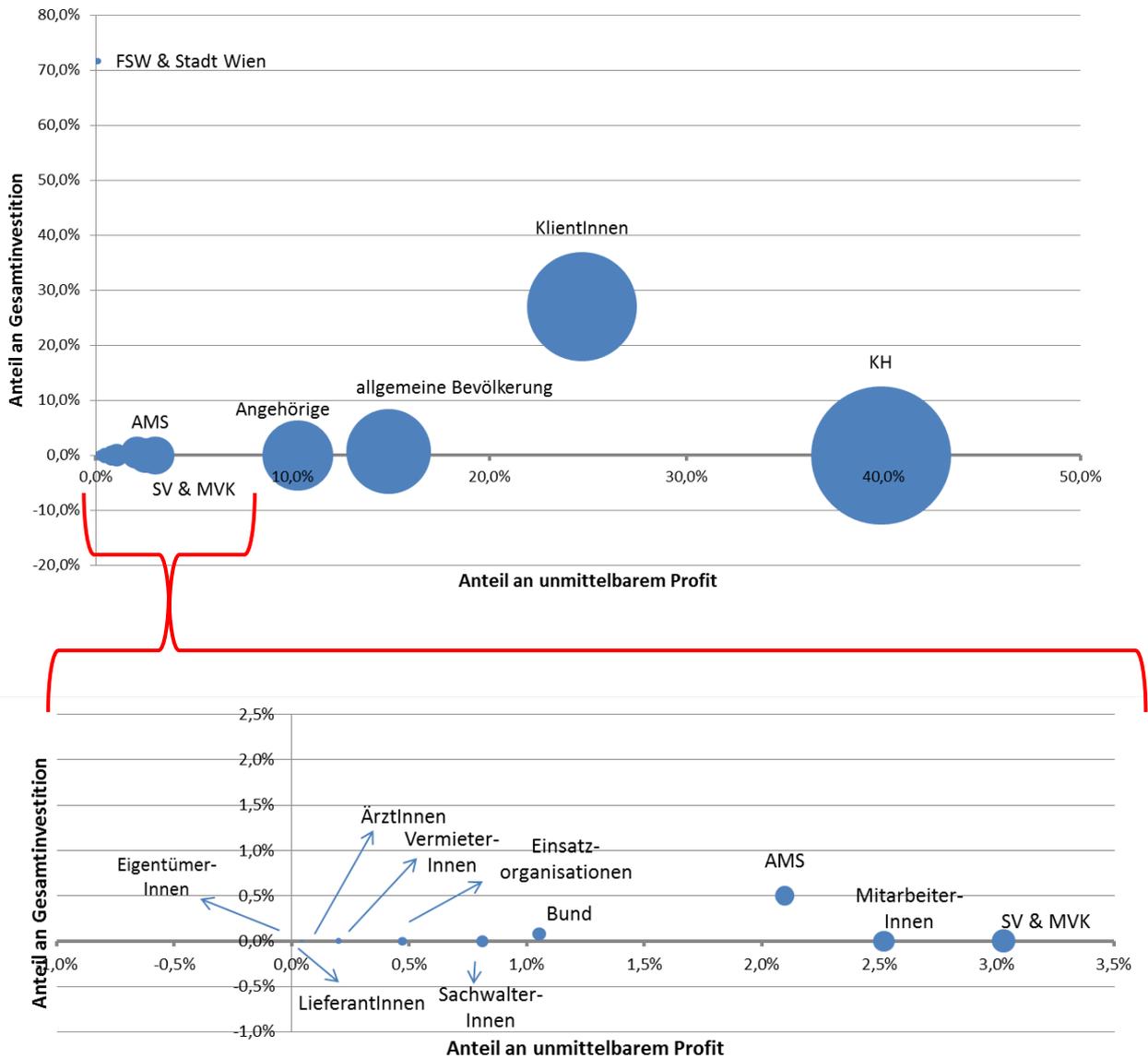
Tabelle 6-2: Investitionen und Profite der Mobilen Dienste Gesamtbetrachtung 2010

Stakeholder	Investitionen in die Mobilen Dienste (in €)	Profite von den Mobilen Diensten (in €)	Anteil am Profit (in %)
KH	Vermittlung an MD	weniger Procuratio-Fälle, geringerer verwaltungstechnischer Aufwand 262.725.874	39,9%
KlientInnen	Kostenbeiträge 48.117.388	z.B. verbesserter allg. physischer Zustand, Kostenersparnis, Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung 162.531.990	24,7%
allgemeine Wiener Bevölkerung	Spenden Sonstige Einnahmen 1.234.814	Sicherheitsgefühl 97.937.170	14,9%
Angehörige	Zeit und Bereitschaft an der Pflege und Betreuung mitzuwirken	z.B. weniger soziale/ physische/psychische Belastungen, 67.577.253	10,3%
SV & MVK	N/A	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung und MVK 19.953.375	3,0%
MitarbeiterInnen	Zeit, Fähigkeiten (Sozialkompetenz,...), Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun) 16.599.070	2,5%

Stakeholder	Investitionen in die Mobilen Dienste (in €)		Profite von den Mobilen Diensten (in €)	Anteil am Profit (in %)
AMS	Eingliederungsbeihilfe für Langzeitarbeitslose	890.118	z.B. Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe Einsparung von (Re-) Qualifizierungskosten	13.810.757 2,1%
Bund	Kostenersätze für Zivildienstleistende	141.836	z.B. Zusätzliche Steuer/ Abgabeneinnahmen Einsparung von Förderung für 24h-Pflege	6.931.344 1,1%
SachwalterInnen	Organisatorische Tätigkeiten	-	Zeitersparnis	3.105.317 0,5%
Einsatzorganisationen	N/A	-	Geringeres Einsatzaufkommen	1.313.516 0,2%
VermieterInnen	N/A	-	Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert Verhinderung Mieterhöhung	1.300.645 0,2%
ÄrztInnen	Beratung und Austausch über medizinische Therapie	-	weniger Hausbesuche notwendig	5.350.295 0,8%
FSW & Stadt Wien	Zahlung	127.430.547	z.B. Zusätzliche Steuereinnahmen, MitarbeiterInnen haben einen Arbeitsplatz	639.929 0,1%
LieferantInnen	Produkte/Dienstleistungen	-	Zusätzliche Aufträge	277.250 0,0%
EigentümerInnen	Verlust Auflösung Rückstellungen	-	Einschränkung der MD nötig	-1.289.956 -0,2%
<b>Gesamt</b>		<b>177.814.703</b>		<b>658.763.828</b>
<b>SROI</b>				<b>3,70</b>

Wie aus der Tabelle 6-2 ersichtlich ist, haben die einzelnen Stakeholder einen unterschiedlichen Anteil an den Investitionen und den Profiten. Die folgende Abbildung 6-1 zeigt graphisch auf, welcher Stakeholder wieviel Einfluss hat:

**Abbildung 6-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten**



Es ist klar ersichtlich, dass die Krankenhäuser mit knapp 40% Anteil am Gesamtprofit den höchsten Anteil haben. Nachdem sie auch finanziell nichts zur Finanzierung der Mobilen Dienste beitragen, können sie als primäre Profiteure bezeichnet werden. Bei den KlientInnen, die ebenfalls einen hohen Profit haben, ist zu berücksichtigen, dass sie auch rund 27% des Aufwandes tragen, also tatsächlich für die Wirkungen zahlen. Die allgemeine Wiener Bevölkerung und die Angehörigen der KlientInnen profitieren noch mit einem Anteil am Gesamtprofit von über 10%. Alle restlichen 11 Stakeholder zusammen haben nur mehr einen gemeinsamen Anteil von etwas über 10% am Gesamtprofit.

Investitionsseitig spielt abgesehen von den KlientInnen nur mehr der FSW bzw. die ihn finanzierende Stadt Wien eine Rolle. Der FSW kommt für etwa 72% der Kosten auf und hat unmittelbar keinen nennenswerten Profit. Indirekt leistet er damit aber einen Beitrag zur Versorgungssicherheit und agiert damit missionskonform. Dieser Nutzen wurde allerdings den KlientInnen bzw. der allgemeinen Wiener Bevölkerung zugeschrieben (siehe Kapitel 5.7).

Nachdem die Krankenhäuser den wesentlichsten Anteil an den Profiten auf sich vereinen und hier insbesondere die hohen täglichen Kosten von 713,2 Euro eine bedeutende Rolle spielen, wurde zusätzlich zur bisher beschriebenen Hauptvariante eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt.

Im Rahmen dieser **Sensitivitätsanalyse** wurde ein **Szenario berechnet, das die Auswirkungen von geringeren Kosten eines Procuratio-Falles in den Krankenhäusern darstellt**. Wie dem Rechnungshofbericht 2011 entnommen, lagen die durchschnittlichen Kosten je Belagstag für die Versorgung von Procuratio-Fällen bei 713,20 Euro, was wesentlich kostenintensiver ist als in den Pflegeeinrichtungen des KAV, wo die durchschnittlichen Kosten je Belagstag bei 211,70 Euro lagen. Durch diese hohen Kosten pro Belagstag liegt der anteilmäßige Profit bei hohen 39,9 Prozent. Im Szenario wird die Berechnung mit den geringeren Kosten pro Belagstag von 211,70 Euro angenommen, da es ohne den Mobilen Diensten möglicherweise zu einem Ausbau von Pflegeheimplätzen kommen würde und durch eine bedarfsgerechte Versorgung der Procuratio-PatientInnen in entsprechenden Pflegeeinrichtungen des KAV eine erhebliche Einsparung erzielt werden könnte, die jedoch die Wirkung der Mobilen Dienste für die Krankenhäuser verringern würde.

Der Profit für den Stakeholder Krankenhäuser würde sich somit, bei weiterhin 1000 Procuratio-Fällen, von 262.725.874 Euro auf 79.678.374 Euro deutlich verringern. Dies würde in Folge auch zu einem verringerten SROI-Wert von 2,68 führen. Hierdurch zeigt sich, dass die Kosten pro Belagstag von Procuratio-Fällen in der vorliegenden Analyse eine große Hebelwirkung aufweisen. Unter Berücksichtigung des um rund 1,00 verringerten SROI-Wertes, bedeutet dies einen Szenario-SROI-Wert bei dem jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwart von 2,68 schafft.

## 7 RESÜMEE

Das NPO-Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien wurde vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen beauftragt die **sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen der in Wien tätigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste** darzustellen. Die vorliegende Analyse umfasst ausschließlich die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien und dort den Bereich Heimhilfe, Hauskrankenpflege ohne medizinische HKP und Besuchsdienst (Mobile Dienste). Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2010.

**Die Evaluation erfolgt mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die Mobilen Dienste geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten.** Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen des Projekts messen. Die vorliegende Analyse basiert auf dem Modell der new economic foundation (nef), was grundsätzlich bedeutet, dass zu Beginn die wichtigsten Stakeholder identifiziert werden müssen. Danach wird der investierte Input, dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) je Stakeholder in einer Impact Value Chain gegenübergestellt. Im Anschluss gilt es die identifizierten Wirkungen in geeignete Indikatoren zu übersetzen und diese mit Daten zu belegen, um schlussendlich den SROI-Wert berechnen zu können.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Lassen sich die im Rahmen der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste in Wien erzielten Wirkungen sinnvoll und valide monetarisieren?“*

Die **Forschungsfrage 2** lautet *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die mobilen Betreuungs- und Pflegedienste in Wien investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien gibt. Die KlientInnen müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden (stationäre Betreuung, 24h-Betreuung, Krankenhäuser oder Zukauf von Diensten am Markt). Nachdem nicht alle KlientInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden pflegende Angehörige einen erhöhten Pflegeaufwand übernehmen müssen und/oder es würde eine Verwahrlosung eintreten.

Die Studie zeigt die vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten auf, welche von Mobilen Diensten in Wien erbracht werden. Sie macht sowohl positive wie auch negative Wirkungen sichtbar, die für unterschiedliche Stakeholder der Mobilen Dienste entstehen. Als Stakeholder wurden hierbei folgende Gruppen identifiziert:

- KlientInnen
- MitarbeiterInnen
- Angehörige
- Fonds Soziales Wien
- Krankenhäuser
- AMS
- Stadt Wien
- Einsatzorganisationen
- Allgemeine Wiener Bevölkerung
- Bund
- SozialversicherungsträgerInnen
- Mitarbeitervorsorgekassen
- LieferantInnen
- niedergelassene ÄrztInnen
- EigentümerInnen
- SachwalterInnen
- VermieterInnen

Zusammengefasst konnten bei den Stakeholdern gut deren Nutzen, also die Wirkungen der Mobilen Dienste aus Sicht der Stakeholder, erhoben werden. Die Quantifizierung und Monetarisierung war im Großen und Ganzen, nicht zuletzt aufgrund der guten Datenlage beim FSW und den anerkannten anbietenden Nonprofit Organisationen, gut möglich. Forschungsfrage 1 kann somit positiv beantwortet werden: Die Wirkungen lassen sich weitgehend sinnvoll und valide berechnen und monetarisieren.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2010 **monetarisierter Wirkungen in der Höhe von rund 660 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von hochgerechnet 178 Mio. Euro**, die insbesondere aus Zahlungen des Fonds Soziales Wien bestehen. Dieser finanziert sich im betrachteten Bereich wiederum primär über KlientInnenbeiträge und Dotierungen seitens der Stadt Wien.

Der **größte Profit** entsteht für die **Krankenhäuser (39,9%)**. Unter dem Stakeholder Krankenhäuser werden vor allem die öffentlichen Krankenhäuser Wiens und die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements in den öffentlichen Wiener Spitälern verstanden. Durch die mobilen Dienste müssen die Krankenhäuser weniger Procuratio-Fälle (Pflege in Akutkrankenanstalten ohne ärztliche Versorgung) betreuen und ersparen sich dadurch erhebliche Kosten und nicht adäquat genutzte Kapazitäten. Außerdem profitieren die MitarbeiterInnen im Entlassungsmanagement von einem geringeren verwaltungstechnischen Aufwand. Der Profit der Krankenhäuser liegt bei insgesamt **€ 262.725.874**.

Der **zweitgrößte Profit** entsteht für die **betreuten KlientInnen (24,7%)**, die als zentrale Stakeholdergruppe der Mobilen Dienste anzusehen sind. Im Jahr 2010 wurden von den Mobilen Diensten durch HH, HKP und BD insgesamt 20.347 KlientInnen betreut. Die KlientInnen profitieren von der Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, keiner Gefahr der Verwahrlosung, höherem psychischen Wohlbefinden, mehr sozialen Kontakten, verbessertem allgemeinen physischen Zustand, längerer Lebenserwartung, Kostenersparnis im Vergleich zum Alternativszenario (Zukauf privater Pflege & Betreuung, 24h-Pflege, Pflegeheim, Krankenhaus), weniger Infektionsgefahr als im Pflegeheim bzw. Krankenhaus. Sie erleben aber auch Einschränkungen in der Selbstbestimmung durch Bevormundung. Von diesen Wirkungen ist der verbesserte allgemeine physische Zustand, die Kostenersparnis und die Möglichkeit in der eigenen Wohnung zu bleiben am bedeutendsten. Insgesamt ergibt sich ein Profit von **€ 162.531.990**.

**Den drittgrößten Profit hat die allgemeine Wiener Bevölkerung**, die durch die Mobilen Dienste ein erhöhtes Sicherheitsgefühl hat, **mit 14,9%, den viertgrößten die Angehörigen**, u.a. durch weniger soziale, physische und psychische Belastungen, **mit 10,3%**.

**Am wenigsten Profit**, jeweils unter 1 Mio. Euro, haben die SachwalterInnen, der FSW & Stadt Wien sowie die LieferantInnen.

Einen **Negativnutzen** haben die EigentümerInnen mit **-€ 1.289.956**.

Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die Mobilen Dienste bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von **3,70**. **Dies bedeutet, dass jeder 2010 in die Mobilen Dienste investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 3,70 Euro schafft**.

Im Rahmen einer **Sensitivitätsanalyse wurde ein Szenario berechnet, das die Auswirkungen von geringeren Kosten eines Procuratio-Falles in den Krankenhäusern darstellt**, da hier durch die hohen Kosten pro Belagstag ein anteilmäßiger Profit von 39,9 Prozent zu Stande kommt. Im zusätzlich berechneten Szenario wurden geringere Kosten pro Belagstag von 211,70 Euro, wie sie in Pflegeeinrichtungen des KAV anfallen, angenommen. Der Profit für den Stakeholder Krankenhäuser würde sich unter dieser Betrachtung von 262.725.874 Euro auf 79.678.374 Euro stark verringern, was in der Folge zu einem verringerten SROI-Wert von 2,68 führen würde. Die Kosten pro Belagstag von Procuratio-Fällen haben somit eine große Hebelwirkung in der vorliegenden Studie. Dennoch würde unter den geänderten Bedingungen jeder investierte Euro noch Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 2,68 Euro schaffen.

Zusammengefasst sind die in Wien tätigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sehr wirkungsvoll. Ihre monetarisierten Wirkungen, bezogen auf das Jahr 2010, waren mehr als 3,7 Mal so hoch wie die getätigten finanziellen Investitionen.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

AK (2012): **Kuraufenthalt**. <http://www.arbeiterkammer.at/online/kuraufenthalt-928.html> (Stand: 08.10.2012)

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

AMS (2012): **Arbeitsmarktdaten Online zu Themenbereichen Arbeitslosigkeit und Stellenangebot**. <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/> (Stand: 10.09.2012)

AMS (2012a): **AMS Arbeitslosengeld-Rechner**. <http://ams.brz.gv.at/ams/alrech/> (Stand: 15.09.2012)

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

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

BMASK (2010): **Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010**. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien

BMASK (2010a): **Der Arbeitsmarkt in Österreich im Jahr 2010**. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien

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

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

Dolan, Paul/Shaw, Rebecca/Tsuchiya, Aki/Williams, Alan (2004): QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature, Health Economics 14 (2): 197-208.

Egos (2012): **Seminare**. <http://www.egos.co.at/learning/courselist.aspx?filter=268435456&group=1&info=268435456&type=Poe> (Stand: 08.10.2012)

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

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

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

ForumGesundheit (2009): **Schleudertrauma und seine Folgen**. [http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel\\_content/cm\\_sWindow?p\\_tabid=4&p\\_menuid=63348&action=2&p\\_pubid=636219](http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel_content/cm_sWindow?p_tabid=4&p_menuid=63348&action=2&p_pubid=636219) (Stand: 27.10.2012)

FSW (2012): Über uns. [http://www.fsw.at/ueber\\_uns/](http://www.fsw.at/ueber_uns/) (Stand: 27.10.2012)

FSW (2011): **Geschäftsbericht 2010 des Fonds Soziales Wien**. Fonds Soziales Wien

GK-Agentur (2012): **Stundenweise Betreuung**. [http://www.gk-agentur.at/download/ANGEBOT\\_Stundenweise\\_Betreuung.pdf](http://www.gk-agentur.at/download/ANGEBOT_Stundenweise_Betreuung.pdf) (Stand: 27.10.2012)

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

Grundmann, Reinhart T. (2012): **Burnout bei Ärzten und Pflegepersonal**. CHAZ, 13 (4): 239-243. [http://www.medsachverband.de/pdf/chaz\\_4\\_2012\\_s239f%20Burnout\\_Teil\\_1.pdf](http://www.medsachverband.de/pdf/chaz_4_2012_s239f%20Burnout_Teil_1.pdf) (Stand: 27.10.2012)

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

Help (2012): **Kostenaufwand/Kostenersatz (Regress)**. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360542.html> (Stand: 27.10.2012)

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

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

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

Huhn, Siegfried (2010): **Expertenstandard Sturzprophylaxe**, Österreichische Pflegezeitschrift: 10/05, S. 8-12. [www.oegkv.at](http://www.oegkv.at) (Stand: 25.10.2012)

IG-Pflege (2012): **Belastungen**. <http://www.ig-pflege.at/hintergrund/belastungen.php> (Stand: 28.09.2012)

Initiative Elga (2012): **Information über die Honorarsituation von Ärzten für Allgemeinmedizin mit allen Kassen**. [http://www.initiative-elga.at/ELGA/Gesundheitssystem\\_Daten\\_Fakten\\_Infos/Hausaerzte\\_Honorar.htm](http://www.initiative-elga.at/ELGA/Gesundheitssystem_Daten_Fakten_Infos/Hausaerzte_Honorar.htm) (Stand: 21.09.2012)

KAV (2012): **Wiener Geriatriekonzept: Steigende Lebenserwartung bringt neue Herausforderungen**. <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?ID=37307>

Kieser (2012): **Konditionen**. <http://www.kieser-training.at/de/qualitaet/preise-konditionen/> (Stand: 08.10.2012)

LBIMGS (2005): **Pflegenotstand in der mobilen Pflege?** Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. [http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand\\_eb05.pdf](http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf) (Stand: 27.10.2012)

- MA 23 (2012): **Arbeitslosenquoten in Wien nach nationaler und internationaler Definition 1995 bis 2011.**  
<http://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/tabellen/arbeitslosenquoten-zr.html> (Stand: 27.10.2012)
- MA 24 (2009): **Pflege und Betreuung in Wien: Bedarfsplanung der MA 24.**  
<http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/pflegeundbetreuung.pdf>
- Maxwell, S. (2009): **Older Persons' Advice Project (OPAP) Social Return on Investment (SROI) Analysis.**  
<http://www.socialimpactscotland.org.uk/media/1569/LinkWide%20OPAP%20SROI%20report.pdf> (Stand: 15.10.2012)
- Medizininfo (2012): **Medizinische Problembereich im Alter Austrocknung – Exsikkose.**  
<http://www.medizininfo.de/geriatrie/problembereiche/austrocknung.shtml> (Stand: 27.10.2012)
- Neumayr, Michaela/Schober, Christian (2012): **Giving in Austria. Einflussfaktoren auf das Spendeverhalten der österreichischen Bevölkerung.** NPO-Kompetenzzentrum und Abteilung für Nonprofit Management, WU. Wien
- Nice (2010): **Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY.**  
<http://www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectivenessandcosteffectiveness/theqaly.jsp> (Stand: 27.10.2012)
- ÖBVP (2011): **Anstieg psychischer Leiden – Wirtschaftskrise bedrückt die österreichische Seele.**  
<http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/presse/%C3%96BVP-Pressemappe-18102011.pdf> (Stand: 27.10.2012)
- Oe24 (2009): **Pro Jahr 5.000 Tote durch Spitalsinfektionen.**  
<http://www.oe24.at/oesterreich/politik/Pro-Jahr-5-000-Tote-durch-Spitalsinfektionen/485111> (Stand: 28.09.2012)
- ÖNB (2012): **Household Finance and Consumption Survey des Eurosystems 2010 Erste Ergebnisse für Österreich.** Geldpolitik und Wirtschaft Q3/12.
- Osteoporose (2012): **Häufigkeit.** <http://www.osteoporose.co.at/haeufigkeit.html> (Stand: 25.10.2012)
- Pensionsversicherung (2012): **Selbstversicherung für pflegende Angehörige.**  
[http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=62521&p\\_tabid=4](http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=62521&p_tabid=4) (Stand: 28.10.2012)
- Pflegende-Haende (2012): **Kostenrechner.** [http://www.pflegende-haende.at/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=192](http://www.pflegende-haende.at/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=192) (Stand 09.09.2012)
- Phillips, Ceri (2009): **What is a QALY?** Hayward Medical Communications,  
<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/QALY.pdf> (Stand: 27.10.2012)
- PIK Projektbericht (2010): **PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung.**  
[http://www.pik.or.at/fileadmin/user\\_upload/Projektberichte/Projektbericht\\_2005\\_-\\_2010.pdf](http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Projektberichte/Projektbericht_2005_-_2010.pdf)  
 (Stand: 20.9.2012)
- Pochobradsky, Elisabeth/Bergmann, Franz/Brix-Samolenko, Harald/Laub, Renate (2005): **Situation pflegender Angehöriger.** Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien

Psyonline (2012): **Überblick: Kosten der Psychotherapie.**

<http://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie> (Stand: 08.10.2012)

Rechnungshofbericht (2011/2): **Wirkungsbereich der Bundeshauptstadt Wien: Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt "Procuratio-Fälle".**

[http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/wien/wien\\_2011\\_02\\_2.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2011/berichte/teilberichte/wien/wien_2011_02/Wien_2011_02_2.pdf) (Stand: 30.10.2012)

Rechtsfreund (o.J.): **Schmerzensgeld - Heilungskosten - Verdienstentgang -**

**Rechtsanwalt - Österreich – Literatur.** <http://www.rechtsfreund.at/schmerzensgeld.htm> (Stand: 27.10.2012)

Reiche, Dagmar (2011): **Zu wenig Flüssigkeit bei älteren Menschen,** Gesundheit.

<http://www.gesundheit.de/medizin/alter-und-pflege/ernaehrung-im-alter/zu-wenig-fluessigkeit-bei-aelteren-menschen> (Stand: 27.10.2012)

Schmerzensgeld (2012): **Fallsuche.** <http://www.schmerzensgeld.info/search.aspx> (Stand: 27.10.2012)

Schneider, Ulrike/Trukeschitz, Birgit/Mühlmann, Richard/Jung, Reinhard, Ponocny, Ivo/Katzlinger, Magdalena/Östle, August (2009): **Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008.** Forschungsbericht, Institut für Altersökonomie, WU. Wien

Schober, Christian (2011): **Kosten- und Leistungsstruktur von stationären**

**Pflegeeinrichtungen in Wien.** Vergleich zwischen unterschiedlichen öffentlichen und nichtgewinnorientierten Trägern. Projektbericht NPO-Kompetenzzentrum. WU Wien.

Seniorenbetreuung24h (2012): **Preisangebot-Exklusiv Rund-um-die-Uhr-**

**Betreuungsmodell.** <http://www.seniorenbetreuung24h.at/cenniky/preisangebot-exklusiv.pdf> (Stand: 09.09.2012)

Statistik Austria (2010): **Bruttostundendienste nach persönlichen und arbeitsplatzbezogenen Merkmalen 2010.**

[http://www.statistik.at/web\\_de/Redirect/index.htm?dDocName=020071](http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=020071) (Stand: 2.10.2012)

Statistik Austria (2010a): **Zeitverwendungserhebung 2008/09.**

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/durchschnittliche\\_zeitverwendung\\_pro\\_tag\\_samstag-\\_sonntag\\_aller\\_personen\\_\\_052100.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/durchschnittliche_zeitverwendung_pro_tag_samstag-_sonntag_aller_personen__052100.pdf) (Stand: 25.10.2012)

Statistik Austria (2011): **Monatliche Verbrauchsausgaben der privaten Haushalte.**

[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) (Stand: 29.09.2012)

Statistik Austria (2012): **Jährliches Personeneinkommen.**

[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) (Stand: 29.09.2012)

Statistik Austria (2012a): **Allgemeiner Einkommensbericht.**

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/allgemeiner\\_einkommensbericht/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/allgemeiner_einkommensbericht/index.html) (Stand: 29.09.2012)

Statistik Austria (2012b): **Bevölkerung nach Alter und Geschlecht.**

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html) (Stand: 10.10.2012)

Statistik Austria (2012c): **Jährliche Sterbetafeln 1947 bis 2011 für Österreich.**  
[http://www.statistik.at/web\\_de/static/jaehrliche\\_sterbetafeln\\_1947\\_bis\\_2011\\_\\_fuer\\_oesterr\\_eich\\_022707.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/jaehrliche_sterbetafeln_1947_bis_2011__fuer_oesterr_eich_022707.pdf) (Stand: 27.10.2012)

Statistik Austria, Mikrozensus (2009): **Ergebnisse der Wohnungserhebung im Mikrozensus, Jahresdurchschnitt 2009.**  
[http://www.statistik.at/web\\_de/Redirect/index.htm?dDocName=048125](http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=048125) (Stand: 18.10.2012)

Thiesmann (2005): **Interdisziplinäre Rahmenleitlinie zur Diagnostik und Behandlung von nosokomialen Harnwegsinfektionen geriatrischer Patienten im Kath. Marienkrankenhaus Hamburg.**  
[http://www.marienkrankenhaus.org/fileadmin/user\\_upload/downloads/Harnwegsinfektionen\\_Thiesmann.pdf](http://www.marienkrankenhaus.org/fileadmin/user_upload/downloads/Harnwegsinfektionen_Thiesmann.pdf) (Stand: 27.10.2012)

Tovstentchouk, Ekaterina (2009): **Zusammenhang der Kommunikation mit dem Crossover Effekt von Burnout in Arbeitsteams.** Universität Wien.

Uniqa (2012): <http://www.uniqa.at/uniqaat/cms/privatkunden/lebensversicherung/Pflege--Vordenken.de.xhtml> (Stand: 25.10.2012)

Van Den Brandhof, W. E./De Wit, G.A./De Wit, M. A. S./Van Duynhoven, Y. T. H. P. (2003): **Costs of gastroenteritis in The Netherlands.** Epidemiol. Infect., 132: 211–221.

waff (2012): **Wir über uns.** <http://www.waff.at/wir-ueber-uns/> (Stand: 29.10.2012)

Wien GV (2012): **Mietzins und Wohnungskategorien.**  
<http://www.wien.gv.at/wohnen/wienerwohnen/mietvertrag-bestandteile/kategorie.html>  
(Stand: 18.10.2012)

Wiener Krankenanstaltenverbund (2008): **Betten-Management im Wiener Krankenanstaltenverbund.** <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeAktuell.asp?id=11604>  
(Stand: 20.9.2012)

WPPA (2010): **Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft 2009.**  
<http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/pdf/taetigkeitsbericht-2009.pdf> (Stand: 25.10.2012)

## 9 ANHANG

Tabelle 9-1: Impact value chain

Stakeholder	Input	Unternehmensaktivität	Output	Outcome	Deadweight
<b>KlientInnen</b>	Kostenbeiträge	Pflege und Betreuung	Anzahl an (Betreuungs-) Leistungsstunden	<p>Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können</p> <p>Keine Gefahr der Verwahrlosung</p> <p>Höheres psychisches Wohlbefinden</p> <p>Mehr soziale Kontakte</p> <p>Verbesserter allg. physischer Zustand</p> <p>Längere Lebenserwartung</p> <p>Kostenersparnis</p> <p>Weniger Infektionsgefahr als im Pflegeheim bzw. Krankenhaus</p> <p>Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung</p>	Anzahl der KlientInnen, die auch ohne MD die entsprechende Wirkung erzielt hätten
<b>MitarbeiterInnen</b>	<p>Zeit</p> <p>Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...)</p> <p>Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)</p>	<p>Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes</p> <p>Bereitstellung von Arbeitsmitteln</p> <p>Weiterbildungsmöglichkeiten</p>	<p>Anzahl an bezahlten Arbeitsstunden</p> <p>Anzahl/Qualität der Weiterbildungen</p>	<p>Feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen</p> <p>Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)</p> <p>Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden</p> <p>Verbesserung der Sozialkompetenz</p> <p>Erhöhte physische Beeinträchtigung</p> <p>Erhöhte psychomentele Belastung</p> <p>Erhöhte Verletzungsgefahr im Straßenverkehr</p>	<p>Möglichkeit eines Alternativjobs im Pflegebereich</p> <p>Möglichkeit eines Alternativjobs inkl. Hilfskräftebereich (nur für nicht qualifizierte MA = HH, BD)</p>
<b>Angehörige</b>	Zeit und Bereitschaft an der Pflege und Betreuung mitzuwirken	Einbeziehen der Angehörigen in die Pflege- und Betreuungs-	Anzahl der von MD übernommenen Betreuungsstunden	<p>Weniger soziale Belastungen</p> <p>Weniger physische Belastungen</p>	Anzahl der Angehörigen, deren Betreute/r ohne MD im Heim wären oder

		situation		Weniger psychische Belastungen Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen	anders fremdbetreut würden
<b>Stadt Wien &amp; FSW</b>	Zahlung	Betreuung und Pflege Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl der Leistungsstunden Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Steuereinnahmen MitarbeiterInnen haben einen Arbeitsplatz Einsparung von Förderung für 24h-Pflege Sicherheitsgefühl (Erfüllung des Versorgungsauftrages)	Möglichkeit eines Alternativjobs Anzahl KlientInnen, die ohne MD eine 24h-Pflege zukaufen würden Aktivitäten der MD, die durch andere Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an MD	Übernahme von KlientInnen	Anzahl der von MD übernommenen KlientInnen	weniger Procuratio-Fälle geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	Anzahl der KlientInnen, die sonst Procuratio-Fälle im Krankenhaus werden würden
<b>AMS</b>	Eingliederungsbeihilfe für Langzeitarbeitslose	Bereitstellung v. Arbeitsplätzen Bereitstellung v. Ausbildungsplätzen	Anzahl an beschäftigten u. ausgebildeten MitarbeiterInnen	Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe u. Krankenkassenbeiträgen Einsparung von (Re-) Qualifizierungskosten Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären.
<b>Bund</b>	Kostenersätze für Zivildienstleistende	Betreuung und Pflege Bereitstellung v.	Anzahl betreuter bzw. gepflegter Personen Anzahl beschäftigter	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB) Einsparung von Förderung für 24h-	Möglichkeit eines Alternativjobs

		Arbeitsplätzen  Bereitstellung v. Beschäftigungsmöglichkeit für Zivildienstler	MitarbeiterInnen  Anzahl Plätze für Zivildienstleistende	Pflege  Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Anzahl KlientInnen, die ohne MD eine 24h-Pflege zukaufen würden  Anzahl KlientInnen, die auch ohne MD mithilfe von erwerbstätigen Angehörigen zurechtkommen
<b>SozialversicherungsträgerInnen &amp; MVK</b>	N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung und MVK	Möglichkeit eines Alternativjobs
<b>LieferantInnen</b>	Produkte/Dienstleistungen	Bezug von Produkten und Dienstleistungen um den Betrieb der MD zu ermöglichen	Anzahl und Umfang an abgenommenen Produkten/Dienstleistungen	Zusätzliche Aufträge	Aufträge die durch andere Organisationen/Firmen kompensiert werden könnten
<b>ÄrztInnen</b>	Beratung und Austausch über medizinische Therapie	Unterstützung bei medizinischer Therapie  Beförderung zum Hausarzt	Anzahl KlientInnen, die zum Hausarzt gebracht werden kein Hausbesuch notwendig	weniger Hausbesuche notwendig	Anzahl KlientInnen, die auch ohne MD keinen Hausbesuch benötigen
<b>EigentümerInnen</b>	Verlust  Auflösung Rückstellungen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Verlust	Ausgleich mit anderen Outcome	-
<b>Einsatzorganisationen</b>	N/A	Von MD übernommene Verrichtungen die sonst einen	Anzahl der KlientInnen die keinen Krankentransport benötigen	Geringeres Einsatzaufkommen	KlientInnen, die auch ohne MD einen Krankentransport

		Kranken-transport erfordern würden			benötigen
<b>Vermieter-Innen</b>	N/A	Wohnung in Stand halten Personen betreuen	Anzahl der Mietwohnungen die durch MD in Stand gehalten werden Anzahl der Personen, die länger zuhause bleiben können	Verwahrlosung der Wohnung wird verhindert Personen können länger zuhause bleiben -> VermieterIn entgeht Möglichkeit der Mieterhöhung	Anzahl der Wohnungen, die auch ohne MD nicht verwahrlosen würden Anzahl der Personen, die auch ohne MD länger zuhause bleiben könnten
<b>Sachwalter-Innen</b>	N/A	Organisatorische Tätigkeiten	Art und Umfang der Leistungen die MD übernommen haben	Zeitersparnis	KlientInnen, die nicht besachwaltet werden
<b>Allgemeine Wiener Bevölkerung</b>	Spenden Sonstige Einnahmen	Erbringung der Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung	Anzahl der betreuten Personen	Sicherheitsgefühl	Anzahl der Personen, die nicht bereit sind für MD zu zahlen Aktivitäten der MD, die durch andere Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können, was ebenfalls ein gewisses Sicherheitsgefühl mit sich bringt

Tabelle 9-2: Zuordnung von Daten und Quellenangaben

Stakeholder	Outcome	Indikatoren / Proxys	Daten	Quellen
KlientInnen	Möglichkeit in der eigenen Wohnung verbleiben zu können	<p><b>Proxy:</b> Kosten pro Tag für intensive 24h-Betreuung</p> <p>Anzahl KlientInnen, die sonst Procuratio-Fälle im KH bzw. zu Pflegeheimfall würden</p>	<p>Kosten pro Tag für intensive 24h-Betreuung für schwere Pflegefälle (inkl. HKP): € 74,47</p> <p>Anzahl KlientInnen, die sonst Procuratio-Fälle im KH bzw. zu Pflegeheimfall würden: 1.180</p>	Seniorenbetreuung24h 2012, Pflegende-Haende 2012, eigene Berechnung
	Keine Gefahr der Verwahrlosung	<p><b>Proxy:</b> Stundenlohn einer privaten Hausbedienerin/ Putzfrau</p> <p><b>Proxy:</b> Zeitverwendung für Hygiene und</p> <p>Anzahl der KlientInnen, die sonst verwahrlosen würden</p>	<p>Stundensatz einer privaten Putzfrau: € 12,50</p> <p>Zeitverwendung pro Jahr: 626h u. 35 Min.</p> <p>Anzahl der KlientInnen, die sonst verwahrlosen würden: 804</p>	Interviews mit zwei privaten Putzfrauen, Statistik Austria 2010a, eigene Berechnung
	Höheres psychisches Wohlbefinden	<p><b>Proxy:</b> Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie)</p> <p>Anzahl KlientInnen, die nunmehr alleine zu Hause wären</p>	<p>Kosten Psychotherapie (Einheit á 50 Minuten): € 110</p> <p>Dauer Kurztherapie: 25 Einheiten</p> <p>Anzahl KlientInnen, die nunmehr alleine zu Hause wären: 1.902</p>	Ellviva 2012, Psyonline 2012, eigene Berechnung

Mehr soziale Kontakte	<p><b>Proxy:</b> 20% der jährlichen Freizeitausgaben</p> <p>Anzahl KlientInnen, die sonst alleine oder mit extrem spärlich Besuchen durch Angehörigen zu Hause wären</p>	<p>Freizeitausgaben pro Jahr: € 307</p> <p>Anzahl KlientInnen, die sonst alleine oder mit extrem spärlich Besuchen durch Angehörigen zu Hause wären: 2.349</p>	<p>Statistik Austria 2011, Maxwell 2009</p>
Verbesserter allg. physischer Zustand	<p><b>Proxy:</b> Folgekosten einer Schenkelhalsfrakturen, eines Harnwegsinfekts, einer Magen-Darm-Entzündung (Gastroenteritis)</p> <p>Anzahl KlientInnen, die ohne MD von diesen medizinischen Problemen betroffen wären</p>	<p>Kosten Schenkelhalsfraktur: € 11.250 Anzahl KlientInnen: 4.169</p> <p>Kosten Harnwegsinfekt: € 425 Anzahl KlientInnen: 5.772</p> <p>Kosten Gastroenteritis: € 77 Anzahl KlientInnn: 5.131</p>	<p>Huhn 2010, Osteoporose 2012, Thiesmann 2005, Van Den Brandhof et al. 2003, eigene Berechnung</p>
Längere Lebenserwartung	<p><b>Proxy:</b> Wert eines gesunden Lebensjahres (QALY)</p> <p>Anzahl KlientInnen, die ohne MD einen frühen Tod erleiden</p>	<p>Wert eines gesunden Lebensjahres: € 36.937,50</p> <p>Anzahl KlientInnen, die ohne MD einen frühen Tod erleiden: 89</p>	<p>Nice 2010, eigene Berechnung</p>
Kostensparnis	<p>Differenz der Kostenbeiträge bei Existenz der MD im Vergleich zum Alternativszenario (Zukauf privater Betreuung, 24h-Pflege, Pflegeheim, Krankenhaus)</p> <p>Anzahl KlientInnen, die jeweilige alternative Betreuungslösung in Anspruch nehmen würden</p>	<p>Verlust bei Zukauf privater Betreuung: € 25.999.560,66 Anzahl KlientInnen: 11.638</p> <p>Verlust bei Zukauf 24h-Pflege: € 33.363.209,81 Anzahl KlientInnen: 222</p> <p>Verlust bei Pflegeheim: € 2.287.595,90 Anzahl KlientInnen: 180</p>	<p>Eigene Berechnung, GK-Agentur 2012, Interview Entlassungsmanagement, Seniorenbetreuung24h 2012, Pflegende-Haende 2012, WPA 2010, Help 2012</p>

			Verlust bei Procuratio-Fall: € 10.980.021,33 Anzahl KlientInnen: 1.000	
	Weniger Infektionsgefahr als im Heim	<b>Proxy:</b> Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion  Anzahl KlientInnen, die sonst Procuratio-Fall im KH bzw. zu Pflegeheimfall und an einer Krankenhausinfektion erkranken würden	Folgekosten der Behandlung einer Krankenhausinfektion: € 18.636,36  Anzahl KlientInnen: 24	Die Presse 10.01.2011, Oe24 2009, eigene Berechnungen
	Einschränkung der Selbstbestimmung durch Bevormundung	<b>Proxy:</b> Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate  Anzahl KlientInnen, die sonst alleine bleiben würden oder sonst mithilfe von Angehörigen zurechtkommen und sich bevormundet fühlen	Schulgeld für private Volksschule für 10 Monate: € 1.460  Anzahl KlientInnen: 1.853	Albertus Magnus Volksschule 2012, eigene Berechnung
<b>MitarbeiterInnen</b>	Feste Beschäftigung und fixes Einkommen	Höhe des zusätzlich verfügbaren Einkommens pro VZÄ-MitarbeiterIn Anzahl VZÄ-Beschäftigte	Zusätzlich verfügbares Einkommen für HH: € 7.033,62 mal 2.349 VZÄ  Zusätzlich verfügbares Einkommen für HKP: € 12.138,92 mal 1.040 VZÄ  Zusätzlich verfügbares Einkommen für BD: € 6.527,47 mal 92 VZÄ	Erhebung Organisationen, Erhebung FSW, eigene Berechnung

		Zusätzlich verfügbares Einkommen für Verwaltung: € 11.438,88 mal 404 VZÄ	
Erhöhte physische Beeinträchtigung	<b>Proxy:</b> Kosten für eine jährliche Mitgliedschaft bei Kieser-Training plus die Kosten für eine Kur (alle 5 Jahre)	Kosten Kieser Jahresbeitrag: € 550, Kosten Kur 14 Tage: € 177,8	Kieser 2012, AK 2012
Höhere Sensibilisierung für das Älterwerden	<b>Proxy:</b> Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Altenpflegeheim	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst einer VZÄ-MitarbeiterIn HH: € 1.964,67 Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst einer VZÄ-MitarbeiterIn HKP: € 2.447,77 Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst einer VZÄ-MitarbeiterIn BD: € 1.566,05 Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst einer VZÄ-MitarbeiterIn Verwaltung: € 2.694,56	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung
Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	<b>Proxy:</b> Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn	Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn: € 91,40	Neumayr und Schober 2012
Verbesserung der Sozialkompetenz	<b>Proxy:</b> Kosten für den Erwerb sozialer Kompetenzen	Kurskosten für „Soziale Kompetenz“: € 1.450	Egos 2012
Erhöhte psychomentale Belastung	<b>Proxy:</b> Kosten für eine Psychotherapie (Normaltherapie) und Burnout-Rate in Pflegeberufen	Kosten Psychotherapie (Einheit á 50 Minuten): € 110 Dauer Kurztherapie: 40 Einheiten	Ellviva 2012, Psyonline 2012
Erhöhte Verletzungsgefahr im Verkehr	<b>Proxy:</b> Schmerzensgeld für ein leichtes HWS-Distorsionstrauma	€ 300	Rechtsfreund o.J., Schmerzensgeld 2012

<b>Angehörige</b>	Geringere soziale Belastung	<b>Proxy:</b> 20% der jährlichen Freizeitausgaben	Freizeitausgaben pro Jahr: € 307	Statistik Austria 2011, Maxwell 2009
	Geringere physische Belastung	<b>Proxy:</b> Kosten für eine jährliche Mitgliedschaft bei Kieser-Training plus die Kosten für eine Kur (alle 5 Jahre)	Kosten Kieser Jahresbeitrag: € 550, Kosten Kur 14 Tage: € 177,8	Kieser 2012, AK 2012
	Geringere psychische Belastung	<b>Proxy:</b> Kosten für eine Psychotherapie (Kurztherapie)	Kosten Psychotherapie (Einheit á 50 Minuten): € 110 Dauer Kurztherapie: 25 Einheiten	Ellviva 2012, Psyonline 2012
	Möglichkeit Erwerbsarbeit (uneingeschränkt) nachzugehen	dadurch erzielt es Einkommen	Durchschnittliches Bruttojahresgehalt: € 30.616 Vollzeit, € 17.170 Teilzeit	Statistik Austria 2012a
<b>Stadt Wien &amp; FSW</b>	Zusätzliche Steuereinnahmen	Höhe der zusätzlichen Steuereinnahmen	Zusätzlich verfügbare Steuereinnahme für HH: € 48 mal 2.349 VZÄ	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung
			Zusätzlich verfügbare Steuereinnahme für HKP: € 40 mal 1.040 VZÄ	
			Zusätzlich verfügbare Steuereinnahme für BD: € 42 mal 92 VZÄ	
			Zusätzlich verfügbare Steuereinnahme für Verwaltung: € 60 mal 404 VZÄ	

	Einsparung von Förderung für 24h-Pflege	Höhe der eingesparten 24h-Pflege-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550	BMASK 2012
KH	Weniger Procuratiofälle	Kosten eines Krankenhaustages für Procuratio-Fälle und Anzahl der Procuratio-Fälle, die durch MD übernommen werden	Kosten eines Procuratio-Falles: € 713,20 Zusätzliche Procuratio-Fälle: 1.000	Rechnungshofbericht 2011/2, eigene Berechnung
	Geringerer verwaltungstechnischer Aufwand	<b>Proxy:</b> Verdoppelung der Anzahl der Entlassungsmanagerin mit durchschnittlichen Personalkosten	44,32 VZÄ MitarbeiterInnen im Entlassungsmangement € 54.329 Personalaufwand pro VZÄ	PIK Projektbericht, Erhebung Organisation, eigene Berechnung
AMS	Einsparung von Arbeitslosengeld/Notstandshilfe u. Krankenkassenbeiträgen	Höhe des eingesparten Arbeitslosengeldes bzw. der eingesparten Notstandshilfe	Höhe der eingesparten ALG/NH: für HH: € 10.753 mal 2.349 VZÄ für HKP: € 11.558 mal 1.040 VZÄ für BD: € 10.205 mal 92 VZÄ für Verwaltung: € 11.947 mal 404 VZÄ  Höhe der eingesparten Krankenkassenbeiträge: für HH: € 823 mal 2.349 VZÄ für HKP: € 884 mal 1.040 VZÄ für BD: € 781 mal 92 VZÄ für Verwaltung: € 914 mal 404 VZÄ	AMS 2012a, eigene Berechnung
	Einsparung von (Re-) Qualifizierungskosten	Höhe der eingesparten Qualifizierungsförderung für Beschäftigte im Pflege- und Sozialbereich berechnet	Qualifizierungsförderung für Beschäftigte für 2010: € 705.882,35	AMS-waff-Erhebung

<b>Bund</b>	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	Höhe der zusätzlichen Steuer- u. Abgabeneinnahmen	Zusätzliche Steuer- u. Abgabeneinnahmen: für HH: € 1.808+ 1.510 mal 2.349 VZÄ für HKP: € 2.849+1.476 mal 1.040 VZÄ für BD: € 274+ 928 mal 92 VZÄ für Verwaltung: € 5.665 mal 404+1.639 VZÄ	
	Einsparung von Förderung für 24h-Pflege	Höhe der eingesparten 24h-Pflege-Förderung	Förderhöhe pro Monat: € 550	BMASK 2012
	Einsparung von Beiträgen für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Höhe der eingesparten Beiträge für die Selbstversicherung für pflegende Angehörige	Höhe des Beitrages der Selbstversicherung pro Angehörigen: € 358,04	Erhebung BMASK
<b>SV &amp; MVK</b>	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung und MVK	Höhe der zusätzlich generierten SV- und MVK-Beiträge	Zusätzliche SV-Beiträge: für HH: € 17.655 mal 2.349 VZÄ für HKP: € 17.125 mal 1.040 VZÄ für BD: € 11.234 mal 92 VZÄ für Verwaltung: € 13.569 mal 404 VZÄ  Zusätzliche MVK-Beiträge: für HH: € 380,41 mal 2.349 VZÄ für HKP: € 461,99 mal 1.040 VZÄ für BD: € 240,44 mal 92 VZÄ für Verwaltung: € 670,56 mal 404 VZÄ	Interview, eigene Berechnung, BMASK 2010a, Erhebung Organisationen

<b>LieferantInnen</b>	Zusätzliche Aufträge	Erlöse aus Material und sonstige bezogene Leistungen	Materialaufwand, bezogene Leistungen, EDV: € 693.125 Restliche Aufwendungen: € 11.885.062	Tarifikalkulationsmodell 2010, Interviews
<b>ÄrztInnen</b>	Weniger Hausbesuche	<b>Proxy:</b> Anzahl der eingesparten Stunden mit Differenz zwischen Stundensatz für Hausbesuch Stundensatz der Praxis	Stundensatz Hausbesuch: € 37 Stundensatz Praxis: € 61,59 Anzahl Hausbesuche: 105.804	Initiative Elga ,Interviews
<b>EigentümerInnen</b>	Verlust, Auflösung Rückstellungen	Differenz Erlöse/Kosten, Höhe der aufgelösten Rückstellungen		Tarifikalkulationsmodell 2010, eigene Berechnungen
<b>VermieterInnen</b>	Verwahrlosung der Wohnung verhindern	<b>Proxy:</b> Räumungs- und Reinigungskosten einer verwahrlosten Wohnung	Räumungs- und Reinigungskosten: € 2.000 Anzahl verwahrloste Wohnungen: 804	Interviews, eigene Berechnungen
	Entgangener Mietgewinn	<b>Proxy:</b> Mieterhöhung bei Altmietzins Mietverträgen bei Übergabe an Verwandte mit Mietzins einer Kategorie A-Wohnung und bei Übergabe an Dritte mit Richtwert des Mietzins 2010 plus durchschn. Zuschläge	Altmietzins: € 0,97 Mietzins einer Kategorie A-Wohnung: 3,08 Richtwert Mietzins 2010: € 4,91 Durchschn. Zuschläge: € 3,5	Interviews, eigene Berechnungen, Recherche
<b>Einsatzorganisationen</b>	Weniger Einsätze	<b>Proxy:</b> Verrichtungen mit Anzahl der KlientInnen, die sonst einen Krankentransport benötigen würden mit Kosten eines Krankentransportes	Kosten Krankentransport: € 85 Anzahl Krankentransporte: 36.533	Interviews, eigene Berechnung

<b>Sachwalter- Innen</b>	Zeitersparnis	<b>Proxy:</b> Anzahl Sachwalter, die Klienten bei MD haben mit Zeitersparnis und durchschnittlichem Stundensatz eines österr. Angestellten und eines Rechtsanwaltes	Zeitersparnis/Monat: 1,5 h Bruttostundensatz österr. Angestellter: € 15,09 Stundensatz Rechtsanwalt: € 180 Anzahl Sachwalter: 3.210	Statistik Austria 2010, Interviews, Anwalt Veith
<b>Allgemeine Wiener Bevölkerung</b>	Sicherheitsgefühl	<b>Proxy:</b> Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: €530 Personen über 40 Jahre in Wien: 879.568	Uniq, Statistik Austria 2011

Tabelle 9-3: Annahmen HH-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
bis 8h/Monat (nur PG 1+2)	25,0% alleine 25,0% Angehörige 50,0% Zukaufen
bis 13,5h/Monat (alle PG 2)	10,0% alleine 25,0% Angehörige 65,0% Zukaufen
bis 26h/Monat (PG 2+3)	5,0% alleine 20,0% Angehörige 75,0% Zukaufen
über 26h/Monat (PG 3)	2,5% alleine 20,0% Angehörige 77,5% Zukaufen
über 26h/Monat (PG 4)	0,0% alleine 20,0% Angehörige 80,0% Zukaufen
über 26h/Monat (PG 5-7)	0,0% alleine 15,0% Angehörige 85,0% Zukaufen

Tabelle 9-4: Annahmen HKP-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
bis 8h/Monat (nur PG 1-4)	10% alleine 25% Angehörige 65% Zukaufen
bis 20h/Monat (PG 2-5)	25% Angehörige 75% Zukaufen
bis 52h/Monat (PG 2-4)	10% Angehörige 90% Zukaufen
bis 52h/Monat (PG 5-7)	15% Angehörige 85% Zukaufen
über 52h/Monat bis BE (PG 4-5)	15% Angehörige 85% Zukaufen
über 52h/Monat über BE (PG 4-5)	15% Angehörige 0% Zukaufen 85% 24h-Betreuung
über 52h/Monat bis BE (PG 6-7)	25% Angehörige 75% Zukaufen
über 52h/Monat über BE (PG 6-7)	25% Angehörige 0% Zukaufen 75% 24h-Betreuung

Tabelle 9-5: Annahmen BD-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
(nur PG 0+1+2)	50,0% alleine
	25,0% Angehörige
	25,0% Zukaufen
(PG 3)	30,0% alleine
	20,0% Angehörige
	50,0% Zukaufen
(PG 4 und höher)	5,0% alleine
	40,0% Angehörige
	55,0% Zukaufen

Tabelle 9-6: Annahmen HH/BD-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
bis 18h/Monat (nur PG 1+2)	25,0% alleine
	25,0% Angehörige
	50,0% Zukaufen
bis 31h/Monat (alle PG 2+3)	10,0% alleine
	20,0% Angehörige
	70,0% Zukaufen
bis 57h/Monat (PG 2-4)	5,0% alleine
	20,0% Angehörige
	75,0% Zukaufen
über 57h/Monat (PG 3-6)	2,5% alleine
	20,0% Angehörige
	77,5% Zukaufen

Tabelle 9-7: Annahmen HKP/HH/BD-Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
bis 52h/Monat (nur PG 1-4)	10% alleine
	25% Angehörige
	65% Zukaufen
bis 79h/Monat (PG 2-5)	3% alleine
	20% Angehörige
	78% Zukaufen
bis 102h/Monat (PG 2-5)	20% Angehörige
	80% Zukaufen
über 102h/Monat bis BE (PG 4-6)	25% Angehörige
	75% Zukaufen
über 102h/Monat bis BE (PG 7)	25% Angehörige
	0% Zukaufen
günstiger	75% 24h-Betreuung
über 102h/Monat über BE	25% Angehörige

(PG 4-6)	0% Zukaufen 75% 24h-Betreuung
über 102h/Monat über BE (PG 7)	25% Angehörige 0% Zukaufen 75% 24h-Betreuung

Tabelle 9-8: Annahmen HKP/HH -Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
bis24h/Monat (nur PG 1-4)	15% alleine 25% Angehörige 60% Zukaufen
bis 47h/Monat (PG 2-5)	5% alleine 25% Angehörige 70% Zukaufen
bis 81h/Monat (PG 2-4)	20% Angehörige 80% Zukaufen
bis 81h/Monat (PG 5-7)	15% Angehörige 85% Zukaufen
über 81h/Monat bis BE (PG 4-5)	20% Angehörige 80% Zukaufen
über 81h/Monat über BE (PG 4-5)	20% Angehörige 0% Zukaufen 80% 24h-Betreuung
über 81h/Monat bis BE (PG 6-7)	25% Angehörige 75% Zukaufen
über 81h/Monat über BE (PG 6-7)	25% Angehörige 0% Zukaufen 75% 24h-Betreuung

Tabelle 9-9: Annahmen HKP/BD -Dienst - Alternativszenario KlientInnenverteilung

Kategorien	Annahmen
bis23h/Monat (nur PG 1-3)	15% alleine 25% Angehörige 60% Zukaufen
bis 46h/Monat (PG 2-5)	5% alleine 25% Angehörige 70% Zukaufen
bis 93h/Monat (PG 2-5)	20% Angehörige 80% Zukaufen
über 93h/Monat bis BE (PG 3-5)	20% Angehörige 80% Zukaufen

über 93h/Monat über BE (PG 3-5)	20% Angehörige 0% Zukaufen 80% 24h-Betreuung
über 93h/Monat bis BE (PG 6-7)	25% Angehörige 75% Zukaufen
über 93h/Monat über BE (PG 6-7)	25% Angehörige 0% Zukaufen 75% 24h-Betreuung

## INFOS UND KONTAKT

### **NPO-Kompetenzzentrum**

Nordbergstraße 15, 1090 Wien

T +43-1-313 36-5878

F +43-1-313 36-5824

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

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