

Diplomarbeit

Würdevolles Altern trotz Demenz

Erstellt im Schuljahr 2020/21 von:

Kandidat	Jahrgang	Thema	Unterschrift
Paul Kabas	5 AHK	Social Return on Investment Analyse an einer mobilen Demenzberatung	

Betreuerin:

Mag. Gerhild Lackner

eingereicht am:
Eingangsvermerk/Schulstempel:
Unterschrift Betreuerin:



Diplomarbeit

Würdevolles Altern trotz Demenz

Social Return on Investment Analyse an einer mobilen
Demenzberatung

Paul Kabas

Klasse 5 AHK

Schuljahr 2020/2021

Betreut von:

Mag. Gerhild Lackner

Eidesstaatliche Erklärung

„Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.“

Liezen, 14. Februar 2021



Paul Kabas

Abstract

The aim of this diploma thesis is a wake-up call for all those who are not aware of the major social and cultural challenges posed by dementia. It is intended to give an insight into the topic addressed and to inform about the most relevant background information with the beginning definition of the basics. The analyzed project "Lebenslinien" is an example for an attempt to counteract the negative effects of demographic change. In our society and especially in politics, however, projects like these encounter problems that arise due to old-fashioned ways of thinking and purely financial assessments.

The method used, attempts to demonstrate the urgent need for projects like this and to comprehensively show the social added value. Since the social return on investment analysis focuses on the services provided and the resulting social effects, it offered an optimal indicator for the project "Lebenslinien". The book "Praxishandbuch Social Return on Investment" by Schober/Then (2015) served as an orientation framework for the analysis.

At the beginning, the most important stakeholders had to be defined, i.e., the groups of people who are connected to the project and have a direct interest in its maintenance. The focus of the definition in this study was on the regional stakeholders, as this is a regionally limited advisory service. Six main stakeholders were identified, of which two groups were excluded from the calculation during the process of the analysis due to a lack of data.

The data collection included written surveys and telephone interviews with stakeholder representatives. From this data material, the impact chains of the essential stakeholder groups could be defined and their impacts subsequently monetarized. The aggregated monetized impact sum was then compared to the investments made and the quotient resulted in the SROI value. This calculation shows that each Euro invested in the project "Lebenslinien" in the period of 2020 had a social equivalent value of 2,26 Euros.

Table 1 on the following page presents an overall view of the SROI analysis and shows the investments made as well as the profits of the individual stakeholders.

Stakeholder	investments in "Lebenslinien"		Effects and profits through "Lebenslinien"		Share of profit
dementia patients	willingness to be advised and possible cost contributions	690,84 €	living at home is possible for a longer time, improvement of care quality, mental care	116.685,84 €	49,31 %
relatives	information, which make the consulting easier		training in dementia, psychological and emotional relief	94.273,56 €	39,84 %
employees "Lebenslinien"	time, knowledge		permanent employment and fixed income, positive feeling	16.163,40 €	6,83 %
SHV	costs, provision of work equipment	104.175,36 €	training for own employees	9.520,00 €	4,02 %
retirement and nursing homes	excluded				
hospitals	excluded				
SROI		104.866,20 €		236.642,80 €	2,26

Tabelle 1: Investments and profits: Overall view 2020

„Da mein Vater nicht mehr über die Brücke in meine Welt gelangen kann, muss ich hinüber zu ihm.“

Arno Geiger in „Der alte König in seinem Exil“ über seinen Vater der an Demenz gelitten hat

Vorwort

In den letzten 2 Jahren durfte ich als Pflegehilfsassistent in der Seniorenhoamat Lassing in einer Demenzstation, samstags aushelfen. Bis dahin hatte ich in meinem Leben kaum bis gar keine Erfahrungen mit der Krankheit, von der die dort wohnenden Personen betroffen sind. Jeden Tag, an dem ich dort war, konnte ich die Demenz in den verschiedensten Formen sehen, hören und spüren. Ohne Zweifel ist diese Krankheit ein unvorstellbares Leid für die Erkrankten sowie für all jene, die indirekt davon betroffen sind. Nichtsdestotrotz weckten all diese Erfahrungen, die ich dort machen durfte, eine gewisse Neugier und großes Interesse an der Demenz und dem Krankheitsbild in mir.

Kein Tag war wie der andere, jede Situation brachte neue Herausforderungen, auf die man sich nicht vorbereiten konnte. Das Ziel bei der Pflege von demenzkranken Menschen ist es nicht, die Krankheit zu besiegen. Das Ziel ist es, alle Schwierigkeiten des Tages zu überstehen und diesen für die Bewohner und Bewohnerinnen so erträglich wie möglich zu gestalten. Ich habe größten Respekt vor allen Personen, die diesen Beruf ausüben und die Verantwortung in der Betreuung und Pflege unserer alten und kranken Mitmenschen tragen.

Im Nachhinein bin ich sehr froh und unendlich dankbar, dass mir die Möglichkeit, dieser für mich lebensverändernden Arbeit, durch den Sozialhilfverband Liezen gegeben wurde.

Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Es wird aufgrund der Tatsache, dass im Pflegebereich überwiegend Frauen beruflich tätig sind, das generische Femininum verwendet, wobei beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mir Inspiration, Motivation und Unterstützung vor und während der Anfertigung dieser Diplomarbeit gegeben haben.

Zuerst gebührt mein Dank der Seniorenhoamat Lassing, in der ich als Pflegehilfsassistent zwei wundervolle und prägende Jahre aushelfen durfte. Speziell danken möchte ich dabei:

Herrn Christof Zamberger, dem Einrichtungsleiter der Seniorenhoamat Lassing.

Frau Verena Schnepfleitner, der Gruppenleiterin meiner Station dem s'Platzl.

Allen Mitarbeiterinnen der Seniorenhoamat, mit denen ich zusammenarbeiten durfte.

Und allen Bewohnerinnen der Seniorenhoamat Lassing, die ich kennenlernen und von denen ich soviel lernen durfte.

Ich bedanke mich bei Frau Mag. Gerhild Lackner, die meine Diplomarbeit betreut und begutachtet hat. Für die Erreichbarkeit, auf die ich mich stets verlassen konnte, und das Vertrauen, die Arbeit alleine zu verfassen, möchte ich mich herzlich bedanken.

Ein besonderer Dank gilt den beiden Mitarbeiterinnen der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“, der Projektleiterin Martina Kirbisser, MSc, und Monika Jörg. Ohne deren Unterstützung und Informationsbereitschaft hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Weitausmehr zu schätzen ist jedoch diese tolle und wichtige Arbeit, die diese beiden tagtäglich mit Freude und Leidenschaft leisten.

Ebenfalls möchte ich den Teilnehmern meiner Befragungen danken, die mir mit ihren Antworten, interessanten Beiträgen und generell ihrer Offenheit eine große Hilfe waren.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich stets zum Weiterarbeiten motiviert haben. Bei meiner Mutter Mag. Barbara Kabas für das Korrekturlesen. Bei meinem Vater Jakob Kabas, MBA, dem Geschäftsführer des Sozialhilfeverbandes Liezen, für die Unterstützung durch all die inspirierenden Ansätze und Gespräche, welche diese Arbeit geprägt haben.

Paul Kabas

Liezen, 14. Februar 2021

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	PROBLEMSTELLUNG.....	2
1.2	HYPOTHESEN UND ZIELSETZUNGEN	3
1.3	AUFBAU DER ARBEIT	4
2	GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN.....	5
2.1	ALTERN IN ÖSTERREICH.....	5
2.2	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN ÖSTERREICH	7
2.2.1	<i>Rechtliche Grundlage</i>	8
2.2.2	<i>Landesrechtliche Grundlagen</i>	9
2.2.3	<i>Betreuungsformen</i>	11
2.2.3.1	Mobile Pflege	11
2.2.3.2	Stationäre Einrichtungen	12
2.2.3.3	24h-Betreuung	12
2.2.3.4	Betreutes Wohnen	13
2.2.3.5	Tagesstrukturen	13
2.2.4	<i>Pflegegeld</i>	14
2.2.4.1	Voraussetzungen für das Pflegegeld	14
2.2.4.2	Fakten zum Pflegegeld	16
2.3	DEMENZ	17
2.3.1	<i>Krankheitsverlauf</i>	19
2.3.2	<i>Stadien der Demenz</i>	19
2.3.3	<i>Formen der Demenz</i>	21
2.3.3.1	Alzheimer	22
2.3.3.2	Vaskuläre Demenz.....	22
2.3.3.3	Lewy-Körperchen-Demenz.....	23
2.3.3.4	Frontotemporale Demenz.....	23
2.3.3.5	Sekundäre Demenz	23
2.3.4	<i>Demenz in Österreich</i>	24
2.3.4.1	Demenzstrategie: Gut leben mit Demenz.....	25
2.3.4.2	Statistische Betrachtung der Demenz.....	26
3	SOCIAL RETURN ON INVESTMENT ANALYSE	27
3.1	ERLÄUTERUNG DER ANGEWANDTEN ANALYSE.....	27
3.2	SROI-ANALYSE AN „LEBENSLINIEN“	31
3.3	LEBENSLINIEN – MOBILE DEMENZBERATUNG	32
3.4	DEFINITION DER STAKEHOLDER.....	34
3.5	DATENERHEBUNG	36
3.6	INVESTITIONEN IN DAS PROJEKT LEBENSLINIEN.....	37

3.7	STAKEHOLDER	37
3.7.1	<i>Dementiell Betroffene</i>	38
3.7.1.1	Wirkungskette dementiell Betroffene	39
3.7.1.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	40
3.7.2	<i>Zu- und Angehörige</i>	42
3.7.2.1	Wirkungskette Zu- und Angehörige	42
3.7.2.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen	43
3.7.3	<i>Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“</i>	45
3.7.3.1	Wirkungskette Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“	46
3.7.3.2	Berechnung stakeholder-spezifische Wirkungen	47
3.7.4	<i>Sozialhilfverband</i>	48
3.7.4.1	Wirkungskette Sozialhilfverband	48
3.7.4.2	Berechnung stakeholder-spezifische Wirkungen	49
3.7.5	<i>Alten- und Pflegeheime</i>	50
3.7.6	<i>Krankenhäuser</i>	50
3.8	ANMERKUNGEN ZUR ANALYSE UND DER MONETARISIERUNG	51
3.9	EMPIRISCHER TEIL: SROI-BERECHNUNG	51
4	ZUSAMMENFASSUNG	54
5	LITERATURVERZEICHNIS	55
6	BEGLEITPROTOKOLL	59
7	ANHANG	60
7.1	FOLDER DEMENZBERATUNG „LEBENSLINIEN“	60
7.2	PROJEKTANTRAG	61
7.3	STRUKTURPLAN	62
7.4	ARBEITSPROTOKOLL	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 0: (Deckblatt) Logo der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“	II
Abbildung 1: Pflegegeldbezieherinnen in den 7 Pflegestufen	17
Abbildung 2: Grafische Darstellung der DSM-IV-Demenz-Definition	18
Abbildung 3: Demenzstadien und Symptome	21
Abbildung 4: Häufigkeit der Demenzformen.....	21
Abbildung 5: Wirkungsziele der österreichischen Demenzstrategie	25
Abbildung 6: Überblick über die SROI-Analyse.....	28
Abbildung 7: Wirkungskette	29
Abbildung 8: Schritte der SROI-Analyse im Überblick	30
Abbildung 9: Wesentliche Stakeholder	34
Abbildung 10: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und dem Profit.....	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Investments and profits: Overall view 2020	V
Tabelle 2: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2019-2030	7
Tabelle 3: Pflegegeldstufen mit zugehörigen Beträgen 2021	14
Tabelle 4: Erwerbsfähige Bevölkerung im Verhältnis zu Demenzkranken (in 1.000)	27
Tabelle 5: Hauptgründe für Inklusion der Stakeholder	35
Tabelle 6: Engagement-Plan	36
Tabelle 7: Investitionssumme.....	37
Tabelle 8: Wirkungskette der dementiell Betroffenen	39
Tabelle 9: monetarisierte Wirkungen bei den dementiell Betroffenen	40
Tabelle 10: Wirkungskette der Zu- und Angehörigen	43
Tabelle 11: monetarisierte Wirkungen bei den Zu- und Angehörigen	44
Tabelle 12: Wirkungskette der Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“	46
Tabelle 13: monetarisierte Wirkungen bei den Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“	47
Tabelle 14: Wirkungskette des Sozialhilfeverbands.....	49
Tabelle 15: monetarisierte Wirkungen beim Sozialhilfeverband	49
Tabelle 16: Berechnung SROI-Wert.....	51
Tabelle 17: Investitionen und Profite von Lebenslinien: Gesamtbetrachtung 2020.....	52

Abkürzungsverzeichnis

ADI	Alzheimer's Disease International
APA	American Psychiatric Association
APH	Alten- und Pflegeheim
BGBL	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
i.e.,	in other words
LGBL	Landesgesetzblatt
Mrd.	Milliarden
PFG	Pflegefondgesetz
PGG	Pflegegeldgesetz
SHG	Sozialhilfegesetz
SHV	Sozialhilfeverband
SROI	Social Return on Investment
Std	Stunden
StPHG	Steirisches Pflegeheimgesetz
StSBBG	Steirisches Sozialbetreuungsberufegesetz
u. a.	unter anderen
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WIFO	Wirtschaftsforschungsinstitut
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Folge des demografischen Wandels in Österreich ist eine durchschnittlich ältere Bevölkerung und somit auch eine Zunahme an Menschen, die pflegebedürftig sein werden. Nach Westhoff (2012) bedeutet Pflegebedürftigkeit, dass die betroffene Person geistig, seelisch oder körperlich langfristig nicht mehr in der Lage ist, alltägliche Aktivitäten alleine zu bewältigen. Diese Veränderungen, fachlich auch als Multimorbidität bezeichnet, führen dazu, dass pflegebedürftige Menschen auf mehr oder weniger Unterstützung angewiesen sind. Diese Hilfe kommt meist in erster Linie aus dem eigenen Familien- und Freundeskreis.

Das Problem dabei ist, dass die wenigsten Menschen über das notwendige Wissen verfügen, um eine pflegebedürftige Person zu unterstützen und zu pflegen. Dazu kommen die persönlichen Einschränkungen, die eine derartig große Herausforderung für die Zu- und Angehörigen mit sich bringen. Gemeint ist die vorübergehende Aufgabe von Hobbys oder die Vernachlässigung der Freunde, und dies betrifft nur die Freizeit. Denn neben der Betreuung und Unterstützung der betroffenen Pflegebedürftigen darf der eigene Beruf nicht vernachlässigt werden. All das kann viel Zeit, Nerven und Anstrengung kosten, daher ist professionelle Unterstützung in jeglicher Form sehr wichtig.

Der Sozialhilfeverband Liezen ist eine Organisation, welche derartige professionelle Hilfe zur Verfügung stellt. Neben den sieben Pflegeeinrichtungen, die unter der Leitung des Verbandes stehen, gibt es weitere Angebote, die pflegebedürftigen Personen Hilfe leisten. Während in den Einrichtungen ein würdevolles Altwerden für unsere alten und kranken Mitmenschen ermöglicht wird, bietet der Sozialhilfeverband Liezen mit der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“ ein Beratungsangebot für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen an.

Ältere Menschen möchten so lange wie möglich in ihrem vertrauten Zuhause bleiben. Der Grundsatz dabei lautet: informelle vor stationärer Pflege. Doch die Aufgaben der häuslichen Pflege sind für die Angehörigen langfristig kaum ohne Hilfe bewältigbar. Daher ist eine professionelle Hilfe wie das Beratungsangebot „Lebenslinien“ essentiell und für die Zukunft von großer Bedeutung.

1.1 Problemstellung

„Alter ist keine Krankheit. Im Gegenteil: Wir fügen nicht nur dem Leben Jahre hinzu, sondern glücklicherweise den Jahren auch Leben [...]“¹

Fakt ist dennoch, dass die Personen aus den geburtenstarken Jahrgängen, aus den sogenannten Babyboom-Jahren, früher oder später in das Alter kommen, in dem sie pflegebedürftig sein werden. Laut Schätzungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz leben in Österreich derzeit zwischen 115.000 und 130.000 Menschen mit einer Form der Alterskrankheit und diese Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 verdoppeln.²

Daraus ist zu schließen, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie grundsätzlich an Pflegepersonal ebenfalls zunehmend steigen wird.

Es besteht derzeit bereits aufgrund verschiedener Faktoren ein Defizit bei der Deckung des Pflege- und Betreuungsbedarfes. Ein Grund dafür war die Aufhebung des Pflegeregresses im Jahr 2018, welche die Finanzierung einer stationären Unterbringung enorm verändert haben. „Seit 1. Jänner 2018 ist ein Zugriff auf Vermögen von in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommenen Personen [...] zur Abdeckung der Pflegekosten unzulässig.“³

Das bedeutet, dass die zu pflegende Person weniger und der Staat durch die Sozialhilfe mehr der jeweiligen Heimkosten zu tragen hat. Die stationäre Pflege wurde daraufhin für die Pflegebrauchenden und deren Zu- und Angehörige ökonomisch günstigster. Daraus entstand eine sehr hohe Nachfrage an Pflegeeinrichtungsplätzen, welche man an den langen Wartelisten in Pflegeheimen deutlich erkennen kann. Diese Nachfrage kann also derzeit schon nicht mehr gedeckt werden, und die Lage wird sich mit der zu erwartenden Steigung der Zahlen durchaus verschlechtern.

¹ Westhoff 2012, S. 11

² vgl. et al. Höfler 2015; Online abgefragt am 03.09.2020

³ Sozialministerium: Dienstleistungen/Soziale Dienste 2020; Online abgefragt am 03.09.2020

1.2 Hypothesen und Zielsetzungen

Das derzeitige Angebot an stationären Einrichtungsplätzen ist für die steigende Nachfrage und den Bedarf daran zu gering und ist auch aus wirtschaftlicher Sicht nur bedingt erweiterbar. Denn mehr Angebote an Pflegebetten bewirken eine steigende steuerliche Belastung der Bevölkerung. Die Folge des Mangels an Pflegeheimplätzen ist, dass viele der pflegebedürftigen Person zuhause, also in der informellen Pflege, betreut werden, solange dies möglich ist. „Bei der „informellen Pflege“ handelt es sich um Betreuung durch Personen aus dem Kreis der Angehörigen bzw. Freundinnen oder Nachbarinnen – all diejenigen Personen, die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe zur betreuten Person befinden.“⁴

Die Motive für das Übernehmen dieser schwierigen Aufgabe reichen von Liebe, Selbstverständlichkeit bis hin zu einem Gefühl der Verpflichtung. Auch wenn die Herausforderung informeller Pflege für die meisten eine Herzensangelegenheit ist, verlangt sie den Betroffenen einiges ab. Um eine pflegebedürftige Person liebevoll und so human wie möglich zu betreuen und zu pflegen, gibt es einige Voraussetzungen, die die pflegenden Zu- und Angehörigen haben sollten. Über dieses notwendige Wissen und das erforderliche Know-How verfügt jedoch nicht automatisch jeder. Vor allem die Demenz, eine Krankheit, bei der das Krankheitsbild viele Facetten hat, bringt viele Herausforderungen, die sich ständig ändern können, mit sich.

Entlastung bei der Aufgabe informeller Pflege wird auf verschiedenste Art und Weise angeboten, einige Beispiele dafür sind:

- Tagesbetreuungseinrichtungen: in denen die Pflegebedürftigen als Tagesgäste für die jeweils gewünschte Betreuungsdauer professionell betreut werden.
- 24-Stunden-Betreuung: bei der im eigenen Zuhause rund um die Uhr eine professionelle Pflegekraft anwesend ist.
- Finanzielle Unterstützung durch das Sozialministerium: unter der Voraussetzung einer gewisse Pflegestufe der pflegebedürftigen Person.
- Pflegekarenz oder Pflegezeit: kann von der pflegenden Zu- und Angehörigen beim Arbeitgeber beantragt werden.
- Demenzberatung: professionelle Beratung und Unterstützung bei den täglichen Herausforderungen, die die Demenz mit sich bringt.

⁴ et al. Höfler 2015; Online abgefragt am 03.09.2020

Die letzte genannten Entlastungsart wird auch vom Sozialhilfeverband Liezen für den ganzen Bezirk Liezen zusätzlich angeboten. Die Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“ beraten und begleiten nahezu kostenlos direkt betroffene Demenzerkrankte sowie Zu- und Angehörige, die indirekt betroffen sind. In der heutigen Wirtschaft wird alles immer anhand von Zahlen und Kosten bewertet, das zu einer negativen Bewertung und einer damit verbundenen politischen Kritik bei derartigen Leistungen führt.

Mithilfe der Social Return on Investment Analyse soll diese wirtschaftlich negative Bewertung entkräftet und der gesellschaftliche Mehrwert einer mobilen Demenzberatung berechnet und dargestellt werden. Denn eine soziale Leistung wie diese lässt sich nicht klassisch im Verhältnis Gewinn zu eingesetztem Kapital messen. Die errechnete Kennzahl soll beweisen, wie wichtig und notwendig derartige Hilfeleistungen für die Gesellschaft sind.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn werden die für diese Diplomarbeit essentiellen Grundlagen und Definitionen im Zusammenhang mit Demenz und dem damit verbundenen Pflegebereich erläutert und in Relation zueinander gesetzt. Dieser Bereich lässt sich in drei Hauptteile gliedern, wobei sich der erste Teil mit dem Altern speziell in Österreich befasst. Dabei wird auf die rechtlichen Grundlagen und die damit verbundenen Gesetze des Landes Steiermark im Bereich Pflege und Sozialhilfe eingegangen. Darauf folgen Definitionen der verschiedenen Betreuungsformen der Demenz und es werden Fakten zum Pflegegeld aufgezeigt.

Der zweite Hauptteil der Grundlagen beschreibt hauptsächlich die Demenz im Allgemeinen wobei eine genaue Erläuterung der verschiedenen Formen der Demenz gegeben wird. Dazu wird auch die Situation in Österreich erklärt und mit Statistiken dargestellt. Abschließend für diesen theoretischen Teil werden die Demenzstrategien sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene präsentiert.

Der letzte Hauptteil der Grundlagen befasst sich mit der Social Return on Investment Analyse und gibt dafür eine genauere Erklärung über deren Aufbau und Ablauf.

Nach diesem überwiegend theoretischen Teil der Diplomarbeit beginnt die empirische Arbeit, welche mit einer kurzen Vorstellung der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“ des Sozialhilfeverband Liezen eingeleitet wird. Begonnen wird die Durchführung der Sozialrendite-Analyse mit der Definition der Stakeholder und der sich daraus bildenden Wirkungsketten. Um das anschließende Monetarisieren der erbrachten Leistung so genau wie möglich durchzuführen, werden Interviews mit Vertreterinnen der betreffenden Stakeholder geführt, sowie vorhandene Daten analysiert. Daraus folgt dann die eigentliche Berechnung des SROI-Wertes und dessen Präsentation. Auf Basis dieser empirischen Forschungsmethode soll festgestellt werden, ob und um wie viel die dementsprechenden Stakeholder von einem derartigen Angebot und den damit verbunden Leistungen profitieren.

2 Grundlagen und Definitionen

2.1 Altern in Österreich

„Das Altern ist ein nicht mehr umkehrbarer biologischer Vorgang, dessen wesentliches Kennzeichen ein Überwiegen der Rückbildungsvorgänge im Organismus ist“⁵

Nicht zu vergleichen ist das Altern mit einer Krankheit, denn während bei einer Krankheit die Möglichkeit auf eine Heilung besteht, so ist das Altern ein Prozess, der nicht aufgehalten werden kann und von dem jedes Individuum auf unterschiedliche Art und Weise betroffen ist.

Typische Kennzeichen des Alterungsprozesses sind:⁶

- Abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit
- Energiestoffwechsel funktioniert nicht mehr fehlerfrei
- Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes
- Gedächtnis verliert an Leistungsfähigkeit
- Immunsystem wird anfälliger für Viren und Krankheitserreger

⁵ vgl. Alter, o. D.; Online abgefragt am 23.09.2020

⁶ vgl. Wenn der Körper altert, o. D.; Online abgefragt am 23.09.2020

All diese Kennzeichen und Veränderungen führen zu körperlichen und geistigen Einschränkungen im alltäglichen Lebens, sodass betroffene Personen im Laufe der Zeit immer mehr auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Die Aufgabe, das Altern zu erleichtern und eine würdevolles Altwerden zu ermöglichen, liegt vor allem in den Händen der Gesamtgesellschaft, also des Staates. Nicht nur mit rechtlichen Grundlagen und Gesetzen soll die ältere Bevölkerung geschützt und unterstützt werden, sondern auch mit Umweltfaktoren, wie dem Ausbau der Infrastruktur und der damit verbundenen Barrierefreiheit.

Österreich ist ein Staat, in dem auf die älteren Mitmenschen nicht vergessen wird, der diese respektiert und akzeptiert. Die älteren Menschen sollen nicht ausgegrenzt werden, sondern sich partizipieren können, partizipieren in wirtschaftlicher, kultureller, politischer und vor allem sozialer Hinsicht. Neben der Unterstützung versucht man dem Alterungsprozess auch mit dem Prinzip des „aktiven Alterns“ entgegenzuwirken, um die Lebensqualität kontinuierlich zu verbessern.⁷

„Aktives Altern bedeutet, Menschen dabei zu helfen, ihr Leben so lange wie möglich selbstständig zu führen und – wenn möglich – einen Beitrag zu Wirtschaft und Gesellschaft zu leisten.“⁸ Die Herausforderungen sind dabei nicht nur die körperlichen Einschränkungen der älteren Menschen, sondern auch die Voraussetzungen, die eine große Anzahl der älteren Personen mitbringen. Bildungslücken müssen gefüllt werden und dafür werden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten, beispielsweise durch Kurse im Bereich der Digitalisierung.

⁷ vgl. Sozialministerium, Altern und Zukunft: Bundesseniorenplan 2013, S. 10

⁸ Europäische Kommission, o. D.; Online abgefragt am 23.09.2020

2.2 Pflegebedürftigkeit in Österreich

Ein System, welches ein würdevolles Leben mit der dafür notwendigen Pflege und Betreuung im Alter ermöglicht, ist in einer langlebigen Gesellschaft, wie der der westlichen Länder, darunter auch Österreich, essentiell. Die Gewährleistung einer humanen und qualitativ hochwertigen Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf der Grundlage von aktueller Pflegewissenschaft und Medizin sowie die Unterstützung dieser Menschen und ihrer Angehörigen müssen in Österreich höchste Priorität haben.⁹

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre	Unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2019	8.877.637	1.717.820	5.478.294	1.681.523	19,3	61,7	18,9
2020	8.921.789	1.723.164	5.490.982	1.707.643	19,3	61,5	19,1
2021	8.960.853	1.729.466	5.492.410	1.738.977	19,3	61,3	19,4
2022	8.996.412	1.736.291	5.485.990	1.774.131	19,3	61,0	19,7
2023	9.028.774	1.742.441	5.475.851	1.810.482	19,3	60,6	20,1
2024	9.058.686	1.748.197	5.460.982	1.849.507	19,3	60,3	20,4
2025	9.087.974	1.753.280	5.442.480	1.892.214	19,3	59,9	20,8
2026	9.116.849	1.758.598	5.419.883	1.938.368	19,3	59,4	21,3
2027	9.145.100	1.764.196	5.393.378	1.987.526	19,3	59,0	21,7
2028	9.172.621	1.769.368	5.364.702	2.038.551	19,3	58,5	22,2
2029	9.199.379	1.774.048	5.335.076	2.090.255	19,3	58,0	22,7
2030	9.225.271	1.777.747	5.306.807	2.140.717	19,3	57,5	23,2

Tabelle 2: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2019-2030

Dabei ist vor allem die Berücksichtigung von langfristigen Zukunftsentwicklungen sehr wichtig. Eine immer größer werdende Bevölkerung bringt immer älter werdende Personen mit sich, welche früher oder später auf eine gewisse Hilfe angewiesen sein werden. Tabelle 2 visualisiert die Prognose der nächsten 80 Jahre über die Bevölkerungsstruktur, dabei liegt im Jahr 2020 der Anteil der über 65-jährigen Österreicherinnen bei 19,1 %, Statistik Austria schätzt jedoch bereits in 10 Jahren, also im Jahr 2030, mit einem Anteil der über 65-jährigen Österreicherinnen von 23,2 %. Somit wäre diese Altersgruppe die einzige, die ein Anteilswachstum erlebt. Dieser Trend setzt sich in der prognostizierten Zukunft weiter fort, was zu großen Schwierigkeiten im Bereich der Pflege, sowohl was Kostendeckung als auch Organisation betrifft, führen wird.

⁹ vgl. Bundesministerium für Soziales, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018 (2019)

2.2.1 Rechtliche Grundlage

Eine wesentliche Herausforderung in der Pflege stellt die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern da. Während der Bereich Gesundheit in der Verantwortung des Bundes liegt, sind die Länder für die Pflege zuständig. Der Bund kann im Bereich der Pflege nur mit Zustimmung der Länder Mindeststandards definieren, was zuletzt 1993 in der Pflegevereinbarung geschehen ist. Diese ist bis dato geltend und wurde in der Zwischenzeit kaum verändert bzw. kaum an die aktuellen Bedürfnisse der Pflege angepasst.

2.2.1.1 Die Pflegevereinbarung 1993

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Pflegevereinbarung um eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern. Der Bund wird vertreten durch die Bundesregierung und die Länder durch die Landeshauptleute der 9 Bundesländer Österreichs im Jahr 1993.

Inhalt der Vereinbarung sind gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen samt Anlagen. Diese sind eingeteilt in 13 Artikel:¹⁰

Artikel 1: Bundesweite Pflegevorsorge

Artikel 2: Geldleistung

Artikel 3: Sachleistungen

Artikel 4: Organisation

Artikel 5: Mindeststandards der Sachleistung

Artikel 6: Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

Artikel 7: Sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen

Artikel 8: Verfahren

Artikel 9: Gegenseitige Informationspflicht und Datenschutz

Artikel 10: Finanzierung

Artikel 11: Planung, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit

Artikel 12: Arbeitskreis für Pflegevorsorge

Artikel 13: Personal

¹⁰ vgl. BGBL 866, 1993

Vor dem Hintergrund der dieser Arbeit zugrunde liegenden Thematik wird nur auf zwei Artikel genauer eingegangen, die eine Notwendigkeit zeitgemäßer und lebensraumnaher Versorgungs- und Beratungsangebote unterstreichen: Artikel 1 zur bundesweit gleichen Voraussetzungen in der Pflegevorsorge und Artikel 4 der Organisation der Leistungsangebote. In Artikel 1 zur bundesweiten Pflegevorsorge heißt es in Absatz 4, dass unter gleichen Voraussetzungen gleiche Leistungen als Mindeststandards definiert werden sollen. Österreichweit hat aufgrund der Ansprüche auf Bundespflegegeld jede Pflegebedürftige die Chance, unter gleichen Voraussetzungen, das bedeutet unter einem gesetzlich klar definierten Pflegeaufwand von z. B. mehr als 160 Stunden monatlich, auch die gleiche Leistung an Pflegegeld zu erhalten. Wie sehr jedoch das, was sie dafür bekommt, also die Mindeststandards seit 1993, je nach Bundesland voneinander abweichen, kann anhand der Personalausstattung für Pflegeheime deutlich veranschaulicht werden. Der Bundesrechnungshof vergleicht in seinem Bericht zur Pflege in Österreich¹¹ die Mindestausstattung mit diplomiertem Personal. Er legt seinen Berechnungen ein Musterhaus mit 71 Plätzen und einer durchschnittlichen Pflegestufe von 4,7 zugrunde. Demnach sind dafür in Tirol 4,6 VZÄ an diplomiertem Personal erforderlich, in der Steiermark 6,2 und in Vorarlberg 13,75.

In Artikel 4 wurde vor 27 Jahren zwischen dem Bund und den Ländern vereinbart, dass alle angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste koordiniert und entsprechende Information und Beratung sichergestellt werden müssen. Allein die Tatsache, dass z.B. das Steiermärkische Sozialhilfegesetz erst im Jahr 2021 in ein zeitgemäßes Betreuungsgesetz umgewandelt werden soll oder Case- und Caremanagement als bedürfnis- und bedarfsgerechte Information und Beratung erst 2020 flächendeckend umgesetzt wurden, zeigt, wie deutlich hier die politische Realität den Alltagserfordernissen von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen nachhinkt.¹²

2.2.2 Landesrechtliche Grundlagen

Während der Bund im Bereich der Pflege mit Zustimmung der Länder, wie in der Pflegevereinbarung 1993, nur gewisse Mindeststandards festlegen kann, obliegt es den einzelnen Ländern, diese direkt zu übernehmen, oder, auf diese aufbauend, eigene Landesgesetze zu definieren.

¹¹ vgl. Bundesrechnungshof, 2020, S. 125

¹² vgl. BGBl 866, 1993

Beispiele in der Steiermark dafür sind:

- Steiermärkisches Pflegeheimgesetz, welches bei Pflegeheimen und Pflegeplätzen Anwendung findet und das Ziel definiert, Interessen, Bedürfnisse und die Menschenwürde der Heimbewohnerinnen zu achten.¹³
- Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz, welches die Arten der Sozialbetreuungsberufe definiert sowie die einzelnen Ausbildungen und Voraussetzungen dafür regelt.¹⁴

Im Rahmen dieser Arbeit ist jedoch speziell ein steiermärkisches Landesgesetz zu nennen und genauer zu erläutern:

2.2.2.1 Steiermärkisches Sozialhilfegesetz

Als Hauptaufgabe der Sozialhilfe wird darin die Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens für Personen, die dazu die Hilfe der Gemeinschaft benötigen, definiert. Dazu gehören Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs sowie Hilfe in besonderen Lebenslagen. Es sollen durch die Sozialhilfe bestehende Notlagen beseitigt und drohende Notlagen abgewendet werden.¹⁵

Demenz fällt offensichtlich unter eine Notlage, welche jedoch weder beseitigt noch abgewendet werden kann. Infolgedessen spielt gerade bei dieser Krankheit die Sozialhilfe eine große Rolle bei der Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens.

Besonders zwei Paragraphen sind im gegebenen Sachzusammenhang von Bedeutung:

- **§ 7 Lebensbedarf:**

Der ausreichende Lebensbedarf, welcher unter anderem die erforderliche Pflege beinhaltet, ist durch geeignete Maßnahmen zu sichern, und daher werden, je nach Bedarf, Geldleistungen und/oder Sachleistungen gewährt.

Geldleistungen gibt es in Form des Pflegegeldes, welches abhängig von der Pflegestufe des Betroffenen ist, und Sachleistungen in Form von z. B.: Medikamenten, Rollstühlen oder Rollatoren.¹⁶

¹³ vgl. LGBL – StPHG 2003, § 1

¹⁴ vgl. LGBL – StSBBG 2007, § 1

¹⁵ vgl. LGBL – SHG Fassung 2020, § 1

¹⁶ vgl. LGBL – SHG Fassung 2020, § 7

- **§ 9 Erforderliche Pflege:**

Wie im vorherigen Absatz genannt, gehört die erforderliche Pflege zum Lebensbedarf. Diese wird erforderlich, wenn aufgrund des körperlichen und/oder geistigen Zustandes einer Person die Bewältigung ihres Alltags nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist.¹⁷

Die erforderliche Pflege umfasst laut Sozialhilfegesetz zwei konkrete Betreuungsformen: die mobile Pflege und die Pflege in stationären Einrichtungen sowie die grundsätzliche Versorgung mit Pflegemitteln. Nicht berücksichtigt sind die weiteren Betreuungsformen, die seit der Stammfassung des Sozialhilfegesetzes von 1998 Teil der erforderlichen Pflege geworden sind, auf welche im nächsten Kapitel genauer eingegangen wird.

2.2.3 Betreuungsformen

2.2.3.1 Mobile Pflege

Ab einem gewissen Alter bzw. Gesundheitszustand werden die Aufgaben und Probleme des Alltages zu groß, um diese alleine zu bewältigen. Jedoch ist für die meisten Menschen in diesem Fall der Umzug in eine stationäre Einrichtung die letzte Wahl. Der Wunsch, zuhause zu bleiben, wird durch die Angebote der mobilen Pflege, auch informelle Pflege genannt, berücksichtigt und ein selbstbestimmter Verbleib in den eigenen vier Wänden wird dadurch möglich.

Bei der als private, familiäre und unentgeltliche Pflege bezeichneten Betreuungsform werden die Pflegebedürftigen von den eigenen Angehörigen zuhause gepflegt. Diese erhalten dabei professionelle Hilfe verschiedenster Anbieter und werden von der Hauskrankenpflege unterstützt. Die Unterstützung wird dabei von diplomierten Pflegepersonen, Pflegeassistentinnen sowie Heimhelferinnen durchgeführt und, je nach Pflegestufe der betroffenen Person, mit dem zugewiesenen Pflegegeld, welches im Kapitel Pflegegeld genauer erklärt wird, finanziell entlastet.¹⁸

Zusätzlich zu dem persönlichen Wunsch, in der gewohnten Umgebung zu bleiben, gilt auch das Prinzip „Ambulant vor stationär“, wonach alle Möglichkeiten der mobilen Pflege ausgeschöpft werden sollen, bevor eine Aufnahme in eine stationäre Einrichtung erfolgt.

¹⁷ vgl. LGBL – SHG Fassung 2020, § 9

¹⁸ vgl. Bundesministerium für Soziales, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008 (2010), S. 9

2.2.3.2 Stationäre Einrichtungen

Erst wenn alle Möglichkeiten der mobilen Pflege ausgeschöpft wurden, und eine Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Person auf diese Weise nicht ausreichend gewährleistet werden kann, kommt eine stationäre Einrichtung in Frage.

Bei einer stationären Einrichtung, z.B. einem Pflegeheim, handelt es sich um einen dauerhaften Aufenthaltsort für die pflegebedürftige Person, mit Pflege- und Betreuungsleistungen, welche von durchgehend präsentem Fachpersonal durchgeführt wird.¹⁹

Ein Pflegeheim ist im Normalfall die letzte Lebensstation eines dort wohnenden Menschen, es handelt sich dabei meistens um eine erzwungene Entscheidung, welche aufgrund der Lebenssituation getroffen werden muss. Einen richtigen Zeitpunkt für solch eine Entscheidung gibt es nicht, da sie, mit Ausnahmen, immer noch von der betroffenen Person selbst getroffen werden muss. Grundsätzlich gilt jedoch eher früher als zu spät.²⁰

Laut einer Studie des WIFO über den Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern, herrscht in den stationären Einrichtungen aller Bundesländer eine durchschnittliche Vollauslastung von 94 % (Stand 2014). Da die Nachfrage das Angebot an Heimplätzen übersteigt, existieren lange Wartezeiten in Wartelisten; dieser Zustand bestärkt das vorher erwähnte Prinzip „eher früher als zu spät“.²¹

2.2.3.3 24h-Betreuung

Ähnlich wie bei der mobilen Pflege wird auch bei der 24h-Betreuung der Wunsch vieler Pflegebedürftigen, so lange wie möglich zuhause zu bleiben, berücksichtigt. Der Unterschied zur mobilen Pflege ist jedoch, dass die Pflege dabei nicht ausschließlich durch die eigenen Angehörigen erfolgt, sondern von unselbstständig oder selbstständig Erwerbstätigen.

¹⁹ vgl. BGBL – PFG Fassung 2020, § 3, Abs. 5

²⁰ vgl. Westhoff 2012, S. 75

²¹ vgl. Firgo & Famira-Mühlberger 2014

Die Betreuungskräfte unterstützen und betreuen die ihnen anvertrauten Personen bei folgenden Tätigkeiten:

- **Hilfe beim Haushalt**
- **Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben**
- **Gesellschaft leisten**

Wie auch andere Betreuungsformen wird die 24h-Betreuung vom Sozialministerium finanziell unterstützt. Voraussetzungen dafür sind der Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder, bei einer Demenzerkrankung mit Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 1 oder 2 bei ständigem Betreuungsbedarf.²²

2.2.3.4 Betreutes Wohnen

Das Konzept des Betreuten Wohnens setzt sich aus 2 Hauptelementen zusammen: Der Verfügbarkeit von Unterstützung bei Bedarf und einer Unterkunft in Form einer Wohnung, die sowohl Privatsphäre als auch gemeinschaftliches Zusammenleben bietet.²³

Laut der in Österreich geltenden Önorm CEN/TS 16118 beinhaltet das Betreute Wohnen Betreuung, Beratungs- und Informationstätigkeiten sowie soziale Aktivitäten.²⁴ Der Unterschied zu einer stationären Einrichtung ist, dass Betreuungspersonal nicht durchgehend, sondern nur mehrmals wöchentlich und auf Anforderung anwesend ist. Dadurch soll die Fähigkeit der Selbstversorgung aufrecht erhalten bleiben und ein weiterhin autonomes Leben ermöglicht werden.

2.2.3.5 Tagesstrukturen

Zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, sowie zur Aufrechterhaltung des selbstständigen Lebens, bieten auch sozialpsychiatrische Tagesstrukturen eine Alternative zum monotonen Alltag einer noch zuhause lebenden pflegebedürftigen Person. Während die betroffene Person durch die vorhandene Gruppe in der Tagesstruktur ein positives Zugehörigkeitsgefühl erfährt, kommt es durch die temporäre Trennung bei den Angehörigen zu einer Stressentlastung.

²² vgl. Bundesministerium für Soziales, 24-Stunden-Betreuung zu Hause, 2020, S. 13

²³ vgl. Boggatz, 2019, S. 3

²⁴ vgl. Boggatz, 2019, S. 14

In der, vom Sozialhilfverband Liezen geführten, Seniorenhoamat Lassing bietet die Tagesbetreuung halb- oder ganztags Verpflegung und es werden viele Aktivitäten in den Bereichen Kreativität, Gedächtnis-, Sinnes- und Körpertraining angeboten, was emotionale Aufmunterung mit sich bringt.²⁵

2.2.4 Pflegegeld

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Unterstützung des Staates für Personen, die aufgrund von körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen bzw. Behinderungen auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. Es dient als pauschale Abgeltung des durch die Pflegebedürftigkeit entstandenen Mehraufwandes. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe, welche vom Pflegebedarf der betroffenen Person abhängig ist. Eingeteilt wird in sieben Pflegestufen, der zugehörige Pflegebedarf und die aktuellen Beträge sind in der nachstehenden Tabelle 3 ersichtlich.²⁶

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Stufe	Betrag in Euro (monatlich, 2021)
mehr als 65 Stunden	1	162,50
mehr als 95 Stunden	2	299,60
mehr als 120 Stunden	3	466,80
mehr als 160 Stunden	4	700,10
mehr als 180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	951,00
mehr als 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1327,90
mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzeitiger Zustand vorliegt	7	1745,10

Tabelle 3: Pflegegeldstufen mit zugehörigen Beträgen 2021

2.2.4.1 Voraussetzungen für das Pflegegeld

Unter den folgenden Voraussetzungen hat man Anspruch auf den Erhalt von Pflegegeld:

- aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung, die mindestens sechs Monate andauern wird, besteht ein ständiger Betreuungsbedarf,
- der Pflegebedarf beträgt monatlich mindestens 65 Stunden,
- der gewöhnliche Aufenthaltsort befindet sich in Österreich

Das Pflegegeld wird unabhängig von Alter und Ursache der Pflegebedürftigkeit gewährt.²⁷

²⁵ vgl. Sozialhilfverband Liezen o. D.; Online abgefragt am 03.01.2021

²⁶ vgl. BGBL – PGG Fassung 2021

²⁷ vgl. Bundesministerium für Soziales, Pflegegeld 2021; Online abgefragt am 15.01.2021

Es liegt ein Pflegebedarf vor, wenn bei Betreuungsmaßnahmen und auch bei Hilfsverrichtungen eine Unterstützung notwendig ist. Betreuungsmaßnahmen betreffen dabei den persönlichen Bereich und Hilfsverrichtungen den sachlichen Lebensbereich.

Beispiele für Betreuungsmaßnahmen und ihre typischen Zeitwerte sind:²⁸

- Körperpflege 2 x 25 min/Tag (25 Std/Monat)
- Hilfe beim An- und Auskleiden 2 x 20 min/Tag (20 Std/Monat)
- Kochen und Zubereitung von Mahlzeiten 60 min/Tag (30 Std/Monat)
- Hilfe bei der Einnahme von Mahlzeiten 60 min/Tag (30 Std/Monat)
- Unterstützung beim Toilettengang 4 x 15 min/Tag (30 Std/Monat)

Bei den Hilfsverrichtungen gibt es fünf bestimmte Tätigkeiten, welche sich mit folgendem Zeitwert berechnen lassen:²⁹

- Besorgung von Lebensmitteln, Medikamenten und Gebrauchsgüter des täglichen Lebens: 10 Std/Monat
- Reinigung von Wohnung und persönlichen Gegenständen: 10 Std/Monat
- Reinigung von Leib- und Bettwäsche: 10 Std/Monat
- Beheizung und Beschaffung des dafür notwendigen Heizmaterials für den Wohnraum: 10 Std/Monat
- Begleitung außer Haus beispielsweise bei Amtswegen oder dem Arztbesuch: 10 Std/Monat

Mithilfe der Zeitwerte der Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtungen wird der Pflegebedarf berechnet und somit einer Pflegestufe zugeordnet. Bei Personen mit einer demenziellen Erkrankung ist außerdem eine Erschwerniszulage von 25 Std/Monat zu berücksichtigen. Die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe erfolgt aufgrund eines Gutachtens über die betroffene Person und deren Lebenssituation. Dieses Gutachten wird bei einem Hausbesuch von einer Ärztin oder auch durch eine diplomierte Pflegefachkraft erstellt.³⁰

²⁸ vgl. Dr. Greifender 2018; Online abgefragt am 12.01.2021

²⁹ vgl. Dr. Greifender 2018; Online abgefragt am 12.01.2021

³⁰ vgl. Österreichisches Digitales Amt 2020, Voraussetzungen Pflegegeld; Online abgefragt am 12.01.2021

Anhand des folgenden Beispiels wird der Ablauf bei der Beurteilung der Pflegestufe dargestellt, dabei benötigt die betroffene Person Unterstützung bei:

der Körperpflege	25 Std/Monat
dem Einkaufen	10 Std/Monat
dem Wäschewaschen	10 Std/Monat
der Wohnungsreinigung	10 Std/Monat
der Beheizung	10 Std/Monat
der Begleitung außer Haus	10 Std/Monat
<hr/>	
Summe des Pflegebedarfs	75 Std/Monat
	= Pflegestufe 1

2.2.4.2 Fakten zum Pflegegeld

Das Pflegegeld wird pro Jahr 12-mal monatlich ausbezahlt und ist lohnsteuerfrei. Seit 1. Jänner 2020 wurde und wird das Pflegegeld genau wie die Pension jährlich erhöht.

Seit dem Jahr 1993, mit dem damals erlassenen Bundespflegegeldgesetz, gibt es in Österreich Pflegegeld und mit dem Pflegegeldreformgesetz von 2012 wurde die Verantwortung dafür von den Ländern auf den Bund übertragen.

Wenn während eines stationären Aufenthalts andere Einrichtungen für die Pflege aufkommen z. B. in einem Krankenhaus, erhalten betroffene Person für den Zeitraum Folgetag der Aufnahme bis Tag der Entlassung kein Pflegegeld. Mit dem Todestag der pflegebedürftigen Person erlischt der Anspruch auf Pflegegeld.³¹

Ende 2020 bezogen insgesamt 468.249 Personen Pflegegeld auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes. Der Jahresaufwand für das Pflegegeld betrug rund 2,72 Mrd. Euro, dies entspricht einer Zunahme von rund 2,26 % im Vergleich zum Vorjahr.

Nach dem Geschlecht betrachtet, waren gegen Ende 2020 63 % der pflegegeldbeziehenden Personen Frauen.³²

³¹ vgl. Bundesministerium für Soziales, Ein:Blick 5 – Pflege 2020

³² vgl. Statistik Austria, Bundespflegegeld 2020; Online abgefragt am 13.01.2021

In der folgenden Grafik ist die Anzahl der Bezieherinnen in den jeweiligen Pflegestufen des Jahres 2020 ersichtlich.

Anzahl BezieherInnen in den 7 Pflegestufen

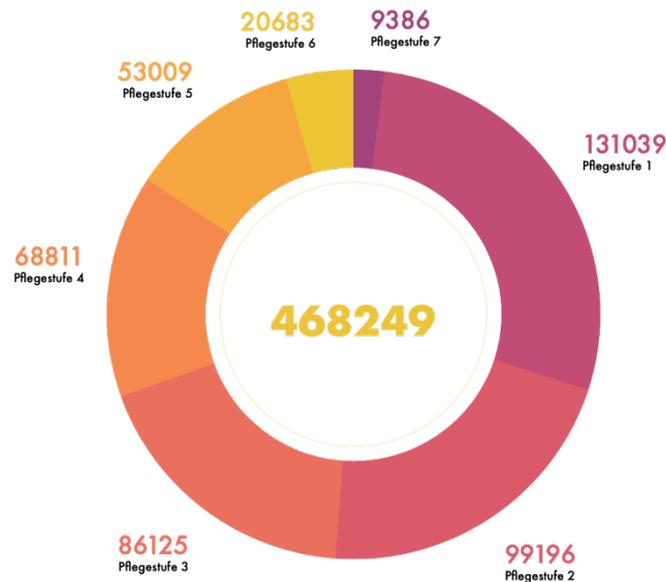


Abbildung 1: Pflegegeldbezieherinnen in den 7 Pflegestufen

2.3 Demenz

Als grundlegende Definition gilt, dass es sich bei Demenz um eine fortschreitende und kognitive Behinderung handelt³³. Fortschreitend bedeutet, dass sich der Zustand mit der Zeit verschlechtert und sich das Voranschreiten dieser Krankheit kaum vermeiden bzw. behandeln lässt. Neben den physischen Einschränkungen, die den Menschen im Alter bei den Verrichtungen des Alltags Probleme bereiten, kommt bei dementieller Erkrankung eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten hinzu. Grundfunktionen des Menschen, wie zum Beispiel Lernen, Erinnern, Denken oder Wissen, gehen im Laufe dieser Krankheit immer mehr verloren. Nach Bowlby Sifton (2008) handelt es sich bei Demenz nicht um eine Erkrankung oder eine Diagnose, sondern vielmehr um ein Syndrom, einen Oberbegriff für eine Vielzahl an Symptomen. Es gibt nicht die eine Demenz, sondern viele verschiedenen Arten und Formen, auf welche im nächsten Unterkapitel genauer eingegangen wird. Von all den Formen und verschiedenen Krankheitsbildern ist, die wohl bekannteste, Alzheimer, die häufigste.

³³ vgl. Bowlby Sifton, 2008, S. 116

Im Verlauf einer Demenzerkrankung kommt es zu Gedächtnisstörungen und zu Beginn wird das Kurzzeitgedächtnis betroffener Personen gestört. Im weiteren Verlauf gehen jedoch auch Inhalte des Langzeitgedächtnisses verloren, sodass sogar beim Wiedererkennen der eigenen Angehörigen Schwierigkeiten auftreten.³⁴ Jedoch handelt es sich bei der Demenz um mehr als nur den bekannten Gedächtnisverlust. Es kommt zu Problemen beim Sprechen und klaren Denken sowie zu Persönlichkeitsveränderungen und Beeinträchtigungen des Denkvermögens. Dies sind nur einige der vielen möglichen Symptome, die im Lauf einer Demenzerkrankung auftreten können. Demenz wird von der APA (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage 1995; DSM IV) in der nachstehenden Grafik folgendermaßen definiert. Laut dem DSM-IV führt die Gedächtnisstörung als Leitsymptom zusammen mit mindestens einer weiteren Störung zu einer Beeinträchtigung sozialer Kompetenzen³⁵.

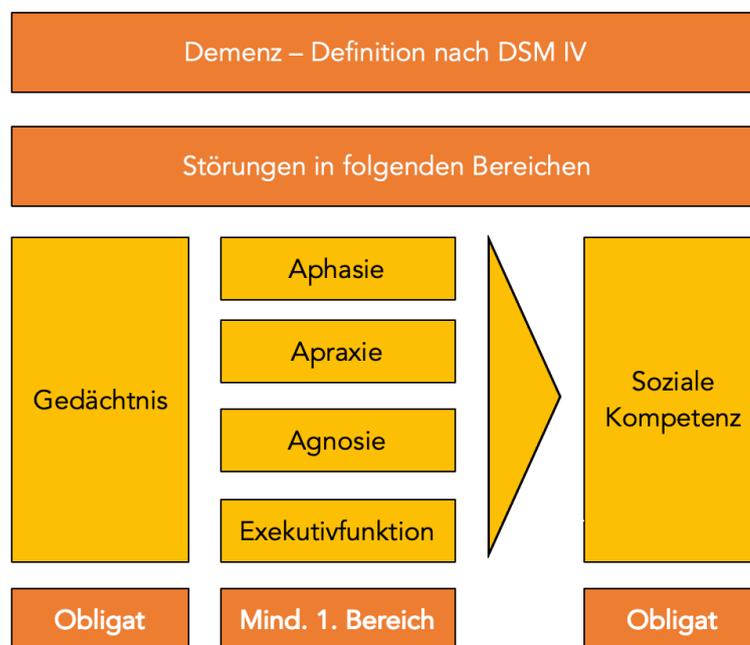


Abbildung 2: Grafische Darstellung der DSM-IV-Demenz-Definition

Möglich sind:

- Aphasie: Störung der Sprache
- Apraxie: Unfähigkeit, Bewegungen auszuführen
- Agnosie: Unfähigkeit, Dinge und Objekte zu identifizieren
- Störung der Exekutivfunktion: Unfähig, das eigene Handeln kontrolliert zu steuern³⁶

³⁴ vgl. Bowlby Sifton 2008, S.118

³⁵ vgl. Schröder 2006, S. 6

³⁶ vgl. Weissenberger-Leduc & Weiberg 2012, S. 7

2.3.1 Krankheitsverlauf

In diesem Unterkapitel wird der Inhalt hauptsächlich auf die am häufigsten auftretende Alzheimer-Krankheit bezogen. Ein großes Problem bei der Behandlung des Demenz-Syndroms ist die Tatsache, dass es sich dabei immer noch ein Tabu-Thema in den meisten Familien handelt. Die Krankheit bleibt oft sehr lange unentdeckt, da die betroffenen Personen versuchen, die ersten Symptome zu verbergen und die beginnenden Defizite zu kompensieren. Im Durchschnitt wird die Diagnose erst 4 Jahre nach dem ersten Auftreten von Symptomen gestellt³⁷. Eine Abnahme der Lernfähigkeit tritt bereits 5 bis 7 Jahre vor der Diagnose auf.³⁸ Die durchschnittliche Lebenserwartung nach dem Auftreten der ersten Krankheitsanzeichen liegt bei 8 bis 9 Jahren, kann aber individuell stark schwanken.³⁹ Tatsache ist, dass bis dato noch keine Heilungsmöglichkeiten vorhanden oder bekannt sind und es sich bei der Behandlung nur um eine Verzögerung des Voranschreitens der Krankheit handelt.

2.3.2 Stadien der Demenz

Grundsätzlich ist es schwer, genaue Stadien von der Alzheimer-Krankheit, aber auch von anderen Demenzen zu definieren, da die Symptome der Betroffenen variieren. Ebenfalls unterscheiden sich diese nicht nur von Mensch zu Mensch, sondern können beim Einzelnen auch stark zeitlich schwanken, zum Beispiel von Tag zu Tag.⁴⁰ Diese personenabhängigen Unterschiede und temporären Veränderungen erschweren die Pflege und Behandlung der Krankheit und machen eine Einteilung in verschiedenen Stadien nur begrenzt möglich. Dennoch ist die Aufteilung auf vier Stadien üblich:

2.3.2.1 Frühes – Mittleres – Spätes und Finales Stadium

Beim sogenannten frühen Stadium einer dementiellen Erkrankung handelt es sich um leichte Beeinträchtigungen, die in den meisten Fällen nicht sofort auffallen, was unter anderem auch den bereits genannten Grund des Nicht-Wahrhaben-Wollens hat. Typisch für das erste Stadium ist der Gedächtnisverlust, welcher im Alltag erste Probleme bereitet.

³⁷ vgl. Weissenberger-Leduc, Weiberg, 2012, S. 10

³⁸ vgl. Mahlberg, Gutzmann, 2009, S. 15

³⁹ vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 15; Online abgefragt am 17.01.2021

⁴⁰ vgl. Bowlby Sifton 2008, S. 131

Auf diese ersten Probleme und Ausfälle wird oft falsch reagiert, da Betroffene dadurch beginnen, sich zurückzuziehen, um diese zu vermeiden. Dies kann jedoch zur Vereinsamung und Verwahrlosung der betroffenen Personen führen, was ein schnelleres Voranschreiten der Krankheit begünstigen kann.

Beim mittleren Stadium handelt es sich um mäßige Beeinträchtigungen und die Probleme des frühen Stadiums prägen sich weiter aus. Zu den Gedächtnisverlusten, die nun die Lebensführung behindern, kommen leichte Verhaltensstörungen hinzu und die Demenz lässt sich von Mitmenschen eindeutig feststellen.⁴¹

Beim späten oder fortgeschrittenen Stadium sind betroffene Person körperlich und emotional von Pflegepersonen abhängig, da sie bereits an schweren Beeinträchtigungen leiden. Viele Symptome der Demenzen häufen sich im Alltag sowie die Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken, ist deutlich nachlassend, wodurch die Kommunikation enorm erschwert wird. Die Motorik geht verloren, wodurch der Körper zu verkümmern beginnt.⁴²

Oft wird auch noch das finale Stadium definiert, in dem jedoch das Leben kaum noch als solches definiert werden kann. Der betroffene Mensch hat so gut wie jede körperliche und geistige Fähigkeit verloren und ist komplett abhängig von den Pflegenden. Der Körper wird durch Sonderernährung ernährt und ein Austrocknen muss künstlich verhindert werden. Für Angehörige, aber auch für die Pflegekräfte, handelt es sich dabei um eine emotionale und schmerzvolle Situation.

Die auf der nächsten Seite stehende Abbildung 3 zeigt die 3 Hauptstadien und gibt einen Überblick über die typischen Symptome des Krankheitsverlaufes.

⁴¹ vgl. Öffentliches Gesundheitsportal 2021

⁴² vgl. Bowlby Sifton 2008, S. 134

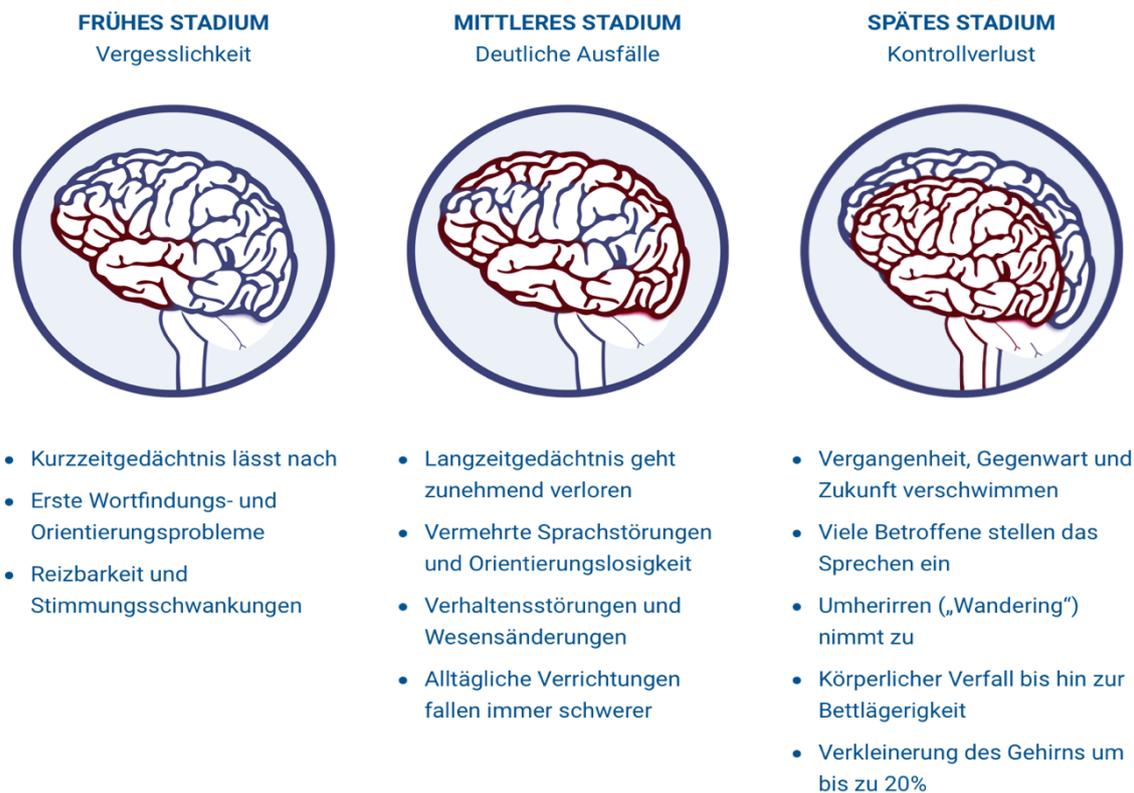


Abbildung 3: Demenzstadien und Symptome

2.3.3 Formen der Demenz

Grundsätzlich gibt es bei der Demenz zwei Arten, wobei die Unterscheidung hierbei aufgrund der Ursache für die Demenz erfolgt. Bei primären Demenzen, auch hirngorganische Demenzen genannt, beginnt die Erkrankung direkt im Gehirn, während bei sekundären Demenzen, die Demenz sich infolge einer Grunderkrankung ausprägt.⁴³

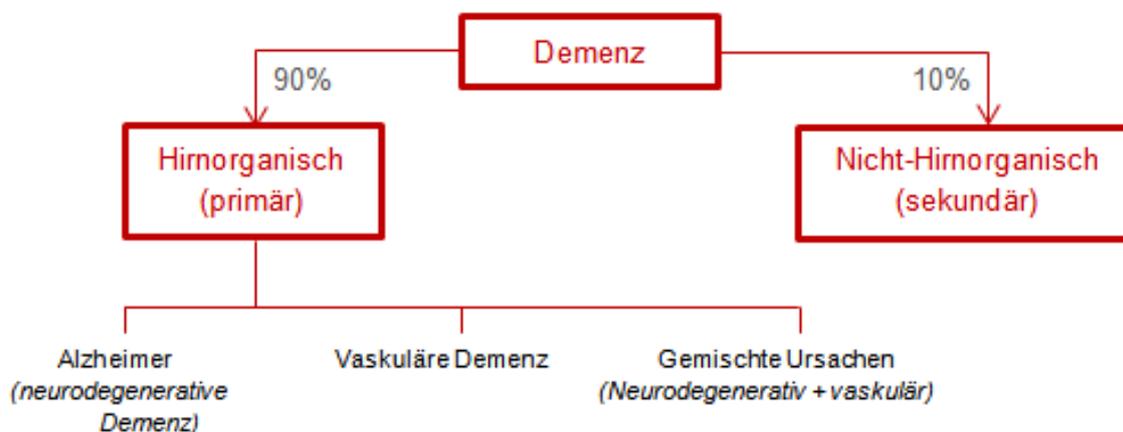


Abbildung 4: Häufigkeit der Demenzformen

⁴³ vgl. Caritas Pflege o. D.; Online abgefragt am 28.01.2021

2.3.3.1 Alzheimer

1906 das erste Mal von dem Arzt Alois Alzheimer beschrieben, handelt es sich bei der Alzheimer-Krankheit um eine neurodegenerative Erkrankung. Sie tritt meistens nach dem 65. Lebensjahr auf und ist mit ungefähr 60 Prozent die häufigste Form der Demenz.⁴⁴

Um die Ursache der Alzheimer-Krankheit zu erklären, ist die grundsätzliche Funktionsweise des Gehirns kurz zu erklären. Durch Gehirnnervenzellen, auch Neuronen genannt, und ihre Dendriten werden alle Befehle und Informationen von einem Teil des Gehirns an ein anderes und auch alle Teile des Körpers weitergeleitet.⁴⁵ Für den normalen Alterungsprozess ist es üblich, dass Neuronen täglich absterben, wodurch das Gehirn im Verlauf des Lebens schrumpft. Dennoch sind das Verlorengedenken von geistigen Fähigkeiten und der Verlust des Gedächtnisses nicht Teil des normalen Alterungsprozesses. Nur durch die Gehirnveränderungen, die durch die Alzheimer-Krankheit verursacht werden, kommt es zur Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten.⁴⁶ Bei den Gehirnveränderungen handelt es sich unter anderem um schädliche Eiweißablagerungen, die den Austausch der Neuronen behindern. Diese Ablagerungen werden Plaques genannt, und es handelt sich dabei um abgestorbenes Zellmaterial. Ebenfalls sterben durch die Erkrankung mehr Gehirnnervenzellen ab als beim durchschnittlichen normalen Alterungsprozess. Dies führt zu einer stärkeren Schrumpfung des Gehirns.⁴⁷

2.3.3.2 Vaskuläre Demenz

Vaskulär bedeutet die Blutgefäße betreffend, wonach eine vaskuläre Demenz aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn auftritt. Durch diese Durchblutungsstörung werden die einzelnen Hirnregionen durch den Blutmangel nicht mehr mit genügend Sauerstoff beliefert und dadurch können schnell große Schäden im Gehirn entstehen. Besonders Personen, die einen Schlaganfall oder Hirninfarkt erleiden, sind gefährdet an dieser Art der Demenz zu erkranken. Ein Schlaganfall kann eine bestehende Demenz ebenso verschlechtern.⁴⁸ Im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz betrifft diese Form mehr Männer als Frauen.

⁴⁴ vgl. Alzheimer-Krankheit, Wikipedia o. D.; Online abgefragt am 28.01.2021

⁴⁵ vgl. Pritzel, Brand & Markowitsch 2009, S. 39

⁴⁶ vgl. Bowlby Sifton 2008, S. 123

⁴⁷ vgl. Bowlby Sifton 2008, S. 123

⁴⁸ vgl. Fischer-Böroid & Zetl 2006, S.27-28

2.3.3.3 Lewy-Körperchen-Demenz

Es handelt sich dabei um die zweithäufigste neurodegenerative dementielle Erkrankung. Dabei sammeln sich Eiweißablagerungen, die sogenannten Lewy-Körperchen, in der Hirnrinde. Die Lewy-Körperchen sind, im Vergleich zu den Ablagerungen von Plaques bei der Alzheimer-Demenz, viel seltener. Neben den typischen Symptomen der Demenz treten dabei auch völlig neue Symptome wie Halluzinationen und parkinsonähnliche Symptomatik, wie Bewegungsstörungen, Depressionen und Schlafstörungen, auf.⁴⁹

2.3.3.4 Frontotemporale Demenz

Frontal- und Temporallappen bilden den vorderen Teil des Gehirns, somit handelt es sich bei der Frontotemporalen Demenz um eine Gehirnerkrankung, bei der zuerst die Gehirnnervenzellen im Stirn- und Schläfenbereich kontinuierlich weniger werden. Da dieser Bereich für soziales Verhalten und Gefühle zuständig ist, treten am Beginn der Erkrankungen meist Persönlichkeitsveränderungen der betroffenen Person auf. Aggressives Verhalten, Taktlosigkeit und Teilnahmslosigkeit sind ebenfalls typische Symptome.⁵⁰

2.3.3.5 Sekundäre Demenz

Im Gegensatz zu den primären Demenzen, welche hauptsächlich aus neurodegenerativen Demenzen bestehen, machen die sekundären mit circa 10 Prozent einen eher geringen Anteil der Demenzen aus. Die auslösende Ursache liegt bei diesen Formen außerhalb des Gehirns. Dabei kann die dementielle Erkrankung beispielsweise aufgrund von Tumoren, Depressionen, Stoffwechselerkrankungen oder AIDS erfolgen. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zu den primären Demenzen ist, dass es durch die Behandlung dieser Grunderkrankungen auch zu einem Rückgang der Demenzsymptomatik kommen kann.⁵¹

⁴⁹ vgl. Flöer 2016; Online abgefragt am 29.01.2021

⁵⁰ vgl. Bürscher 2018; Online abgefragt am 29.01.2021

⁵¹ vgl. Radenbach 2011, S. 20; Online abgefragt am 29.01.2021

2.3.4 Demenz in Österreich

Laut dem österreichischen Demenzbericht von 2014, mit der letzten Aktualisierung im Januar 2020, leben schätzungsweise um die 130.000 Personen in Österreich mit irgendeiner Form der Demenz. Aufgrund der immer höher werdenden Lebenserwartung wird diese Zahl in der Zukunft kontinuierlich steigen. Prognosen sagen eine Verdoppelung bis zum Jahr 2050 vorher.⁵²

Nachdem bis dato noch keine Heilung entwickelt wurde und mit den bestehenden Behandlungsmethoden der Krankheitsverlauf lediglich verlangsamt werden kann, ist eine Einstellung auf mehr Menschen mit Demenz in den nächsten Jahren essentiell. Mit der steigenden Anzahl der demenzbetroffenen Menschen steigt ebenso der Bedarf an Betreuung, Pflege und Unterstützung, auf welche diese Menschengruppe angewiesen ist.

Ohne die Pflegearbeit der eigenen Angehörigen wäre die Gewährleistung der Pflege und Betreuung in Österreich nicht möglich und nur dadurch ist die Situation derzeit noch relativ stabil. In Zukunft wird jedoch zu erwarten sein, dass weniger pflegebereite Angehörige zur Verfügung stehen werden. Nicht aufgrund einer Einstellungsänderung der jüngeren Generation diesbezüglich, sondern aufgrund der zahlenmäßigen Unterlegenheit der pflegenden Verwandten und Freunde der älteren Bevölkerung gegenüber. Dieser Entwicklung muss politisch gegengesteuert werden, denn „damit stehen Gesellschaft und Politik vor einer ihrer größten sozialen und kulturellen Herausforderungen“ (Österreichischer Demenzbericht 2014, zitiert nach Sütterlin u.a. 2011)

In diesem Sinne wurde 2015 im Auftrag des Bundes, vertreten durch die Bundesministerien für Gesundheit und Frauen sowie für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in Zusammenarbeit mit Stakeholdern und direkt und indirekt betroffenen Personen eine offizielle österreichische Demenzstrategie entwickelt.

⁵² vgl. et al. Höfler 2015; Online abgefragt am 29.01.2021

2.3.4.1 Demenzstrategie: Gut leben mit Demenz

Inhalt der Strategie sind 7 Wirkungsziele, welche anhand der 21 Handlungsempfehlungen erreicht werden sollen und in Abbildung 5 ersichtlich sind, um eine demenzfreundliche Zukunft in Österreich zu schaffen. Als konkrete Zielgruppen, welche von der Strategie profitieren sollen, werden folgende Gruppen definiert:

- Menschen mit demenzieller Beeinträchtigung
- An- und Zugehörige
- Bevölkerung
- Spezifische Berufsgruppen
- Gesundheits- und Sozialberufe und die Anbieter dieser Dienstleistungen
- (Politische) Entscheidungsträger



Abbildung 5: Wirkungsziele der österreichischen Demenzstrategie

Durch die Strategie soll vor allem die Teilhabe der demenzbetroffenen Menschen am gesellschaftlichen Leben, unter Berücksichtigung ihrer Beeinträchtigungen, ermöglicht und erleichtert werden. Diese Gruppe bildet den Mittelpunkt und die Priorität des Fahrplans, jedoch profitieren alle Bevölkerungsgruppen von einer Umsetzung der Handlungsempfehlungen.⁵³

⁵³ vgl. Bundesministerium für Soziales, Demenzstrategie Gut leben mit Demenz 2020

2.3.4.2 Statistische Betrachtung der Demenz

Laut Schätzungen des ADI leben derzeit über 50 Millionen Menschen weltweit mit einer Form von Demenz. In Österreich beläuft sich die Zahl auf circa 130.000 Betroffene. International wird sich die Zahl laut Prognosen bis 2050 verdreifachen, wobei zu beobachten ist, dass die größten Zunahmen vor allem in Ländern mit kleinem bis mittlerem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung zu verzeichnen sein werden.

Große Probleme im Kampf gegen die Demenz sind, wie in vielen anderen Bereichen, Falschinformationen bzw. zu wenig Wissen über das Syndrom. Zwei von drei Menschen glauben, dass es sich bei den Symptomen der Demenz um normale Alterserscheinungen handelt, dies ist daher ein weltweit verbreiteter Irrtum. Die Folge dessen ist, dass die tatsächliche Demenz-Diagnose in bis zu drei Viertel der internationalen Demenzfällen ausbleibt.⁵⁴

Auch aus finanzieller Sicht spielt Demenz eine wesentliche Rolle, denn von den jährlichen Sozialausgaben entfällt der größte Teil auf den Bereich Alter. Im Jahr 2019 betragen die Altersleistungen mit 51,2 Mrd. Euro 45 Prozent der gesamten Sozialleistungen. Die Ausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung liegen mit 30,3 Mrd. Euro an zweiter Stelle und auch dabei sind Kosten aufgrund von dementiellen Erkrankungen ein wesentlicher Faktor. Die in Österreich geleisteten Sozialleistungen bestehen zu einem Drittel aus Sachleistungen, wovon ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen mehr als 50 Prozent ausmachen.⁵⁵

Der weltweite Trend des Anstiegs dementiell betroffener Personen wird laut Schätzungen einer aktualisierten Prognose Demenzerkrankter in Europa von u. a. Wancata (2011) auch in Österreich stattfinden. Wie bereits erwähnt, wird sich die Zahl bis zum Jahr 2050 circa verdoppeln. Für die Zukunftsplanung bezüglich Budgets, Deckung des Pflegebedarfs und die Versorgungsleistungen ist jedoch nicht nur die absolute Zahl der Demenzbetroffenen ausschlaggebend, sondern vielmehr das Verhältnis zur erwerbsfähigen Bevölkerung.⁵⁶

⁵⁴ vgl. Alzheimer's Disease Int.; Online abgefragt am 01.02.2021

⁵⁵ vgl. Statistik Austria 2021; Online abgefragt am 01.02.2021

⁵⁶ vgl. et al. Höfler 2015; Online abgefragt am 01.02.2021

Als erwerbsfähige Bevölkerung werden alle 15- bis 65-Jährigen bezeichnet. Diese definierte Bevölkerungsgruppe wird bis zum Jahr 2050 laut Bevölkerungsvorausschätzungen eine markante Abnahme erleben. Mit den jeweiligen Zu- und Abnahmen dieser Personengruppen ändert sich auch die beschriebene Relation enorm, während derzeit circa 40 erwerbsfähige Personen einem demenzbetroffenen Menschen gegenüberstehen, werden es, wie in Tabelle 4 ersichtlich, um die Mitte des 21. Jahrhunderts nur mehr 17 Erwerbsfähige sein.⁵⁷

Jahr	Erwerbsfähige	Demenzbetroffene (Durchschnitt)	Erwerbsfähiger pro demenzbetroffener Person
2010	5.575	112,6	49,5
2020	5.490	139,2	39,4
2030	5.053	174,6	28,9
2040	4.672	216,1	21,6
2050	4.501	262,2	17,2

Tabelle 4: Erwerbsfähige Bevölkerung im Verhältnis zu Demenzkranken (in 1.000)

3 Social Return on Investment Analyse

3.1 Erläuterung der angewandten Analyse

Die Berechnung bestimmter Kennzahlen wird in der Betriebswirtschaft immer wieder durchgeführt, um die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens, einer Investition oder Ähnlichem zu bewerten und Aussagen über deren finanzwirtschaftliche Situation zu tätigen. Als Grundlage hierfür dienen meist die Bilanzen, die Gewinn- und Verlustrechnungen oder im allgemeinen Zahlen, die einander gegenübergestellt werden.

Diese übliche Art der Berechnung ist jedoch nicht geeignet für jede Art von Unternehmen, oder Investition. Nicht immer ergibt ein finanzieller Input einen finanziellen Output. Ein gutes Beispiel dafür sind Non-Profit-Organisationen, also Unternehmen, die nicht gewinnorientiert sind, in ihrem Handeln aber durchaus eine wichtige Rolle für die soziale oder ökologische Umwelt spielen.

⁵⁷ vgl. et al. Höfler 2015, S. 21; Online abgefragt am 02.02.2021

Der Output ist in solchen Fällen eine Reihe von sozialen Effekten, von denen viele bis alle profitieren. Um diese sozialen Effekte nicht-gewinnorientierter Organisationen oder Investitionen zu bewerten und darzustellen, gibt es Analysen, welche neben den betriebswirtschaftlichen Faktoren auch soziale Komponenten berücksichtigen.⁵⁸ Sehr häufig wird dabei die Social Return on Investment Analyse, kurz SROI-Analyse, verwendet, um den gesellschaftlichen Mehrwert zu berechnen und die erbrachten Leistungen zu monetarisieren, also in messbare Geldwerte umzurechnen. Der Output, in dem Fall die sozialen Effekte, wird in monetarisierter Form den getätigten Investitionen gegenübergestellt.⁵⁹

Der Fokus dieser Analyse liegt auf den Stakeholdern, also den Interessensgruppen, welche direkt oder indirekt in Verbindung mit der Investition stehen und den Wirkungen und Leistungen, die für sie durch die Investition generiert werden. Hierfür müssen zu Beginn die Stakeholder identifiziert werden, um anschließend die jeweiligen Wirkungen, die aus den Leistungen resultieren, zu definieren. Die nachstehende Abbildung 6 gibt einen Überblick über die Vorgehensweise bei der SROI-Analyse.

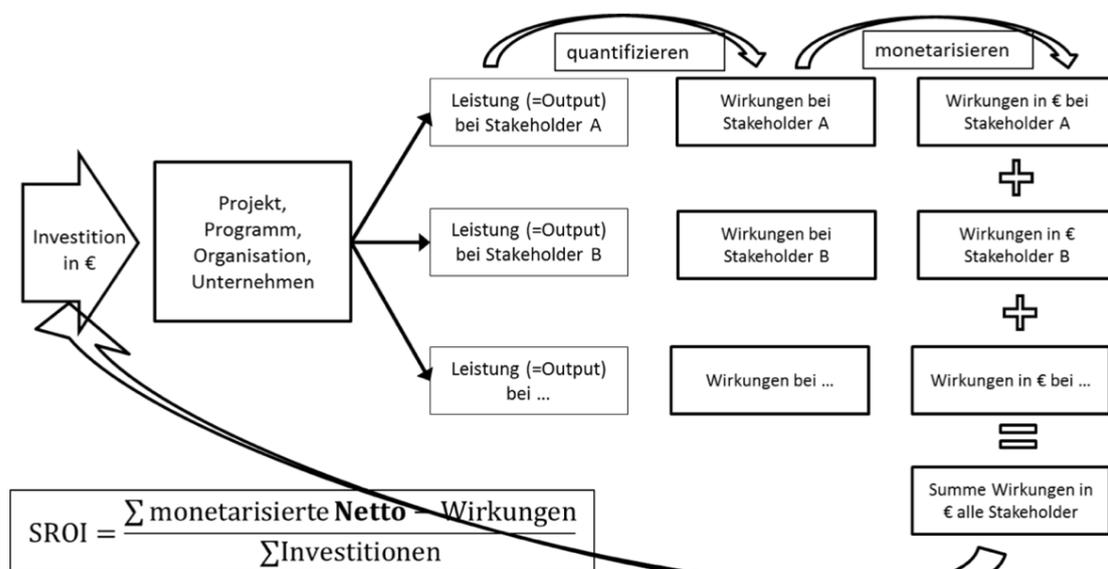


Abbildung 6: Überblick über die SROI-Analyse

⁵⁸ vgl. NPO & SE Kompetenzzentrum 2015, S. 6

⁵⁹ vgl. Schober & Then 2015, S. 1

Somit fließt eine Geldsumme als Investition in ein Projekt, Programm, eine Organisation oder ein Unternehmen, aus welcher dann Leistungen für die jeweiligen Stakeholder entstehen. Die Interessensgruppen profitieren in der Regel aus den Wirkungen, die aus diesen Leistungen resultieren. Das Grundkonzept der SROI-Analyse sind Wirkungsketten, solch eine ist in Abbildung 7 dargestellt.

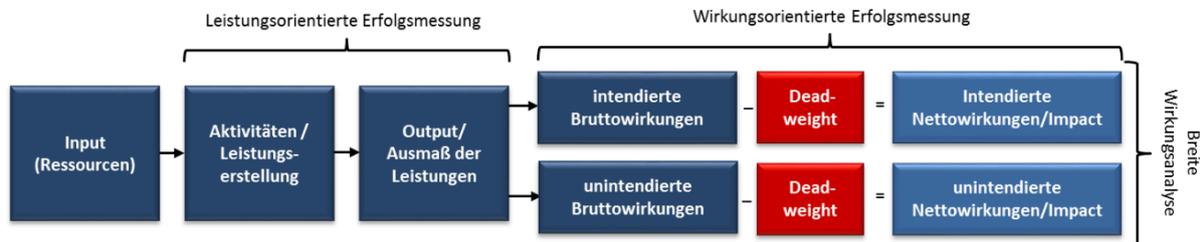


Abbildung 7: Wirkungskette

Die in das Projekt investierten Ressourcen stellen den Input der jeweiligen Interessensgruppen dar, dieser muss jedoch nicht zwingend finanziell sein. Mithilfe dieses Inputs werden Leistungen erstellt bzw. erbracht. Die Leistungen dienen rein der Erreichung der Mission, welche die Wirkungen definiert, des Projekts. Der Output ist das tatsächlich erbrachte Ausmaß der Leistungen. Die Wirkungen sind die Änderungen, die durch das Projekt bei den jeweiligen Interessensgruppen zu verzeichnen sind. In manchen Fällen wird davon der Deadweight abgezogen, wobei es sich um den Effekt handelt, der auch ohne die jeweilige Leistung eingetreten wäre. In Abbildung 7 wird zwischen intendierten und unintendierten Wirkungen unterschieden, dies bedeutet, dass es neben geplanten Wirkungen ebenfalls ungeplante gibt, welche einen bedeutsamen Einfluss haben können, positiv oder auch negativ.

Mithilfe verschiedener Methoden, welche sich in Komplexität enorm unterscheiden und abhängig von der einzelnen Wirkung sind, werden die Wirkungen anschließend monetarisiert. Die Summe dieser monetarisierten Wirkungen bei allen Stakeholdern kann dann klassisch der Investitionssumme gegenübergestellt werden und der berechnete Quotient ergibt den SROI-Wert.

Bei der SROI-Formel in Abbildung 6 werden im Zähler ebenfalls Wirkungen abgezogen, dies hat den Grund, dass nicht jede Wirkung positiv sein muss und dass gewisse Leistungen bei den Stakeholdern einen negativen Effekt bewirken. Diese negativen Wirkungen werden ebenfalls in Geld gemessen und verringern somit die monetarisierten Wirkungssumme.

Die Abbildung 8 verschafft einen Überblick über die erforderlichen Schritte zur Berechnung des SROI-Werts bei dieser stakeholderfokussierten Analyse.

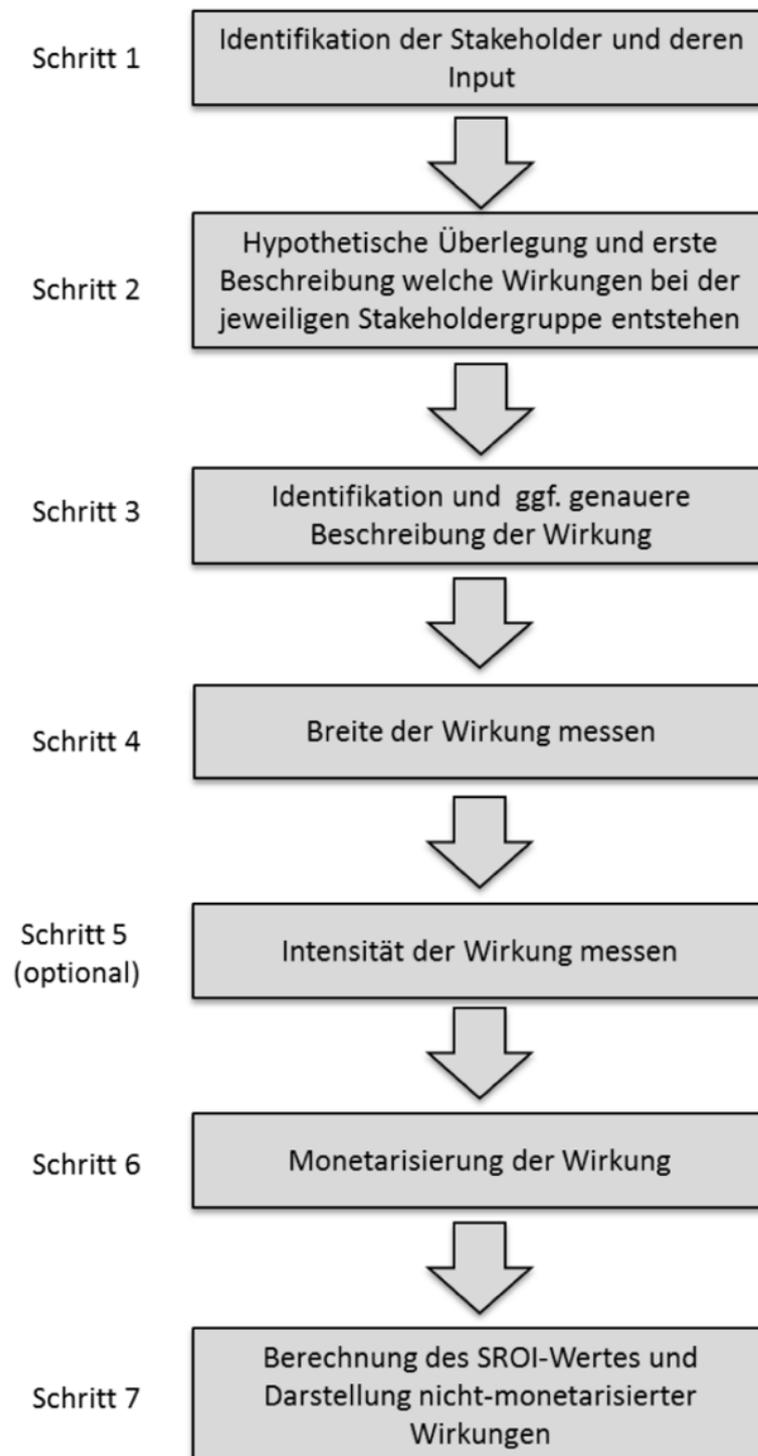


Abbildung 8: Schritte der SROI-Analyse im Überblick

3.2 SROI-Analyse an „Lebenslinien“

Das Projekt, welches in der vorliegenden Analyse bewertet wird, ist die mobile Demenzberatung „Lebenslinien“ des Sozialhilfeverbands Liezen. Eine genauere Beschreibung dieser Dienstleistung erfolgte im nächsten Kapitel. Die Analyse wird für das Jahr 2020 erstellt und die notwendigen Daten wurden, soweit vorhanden, aus diesem Zeitraum verwendet.

Als Leitfaden für die vorliegende Analyse wurde das von Schober und Then (2015) geschriebene „Praxishandbuch Social Return on Investment“ verwendet. Bei der Monitarisierung von Wirkungen sollen monetarisierte Werte aus vorhandenen Studien übernommen werden, insofern ein möglichst vergleichbarer Kontext gegeben ist.⁶⁰ Dies war in der vorliegenden Analyse bei einigen Wirkungen möglich. Als vorhandene Studie wurde dabei die SROI-Analyse von 2015 an Alten- und Pflegeheimen der Steiermark und Niederösterreich, welche im Auftrag des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs vom NPO & SE Kompetenzzentrum der WU Wien durchgeführt wurde, herangezogen.

Im Rahmen der durchgeführten Analyse wurden die folgenden Forschungsfragen gestellt und beantwortet:

Forschungsfrage 1: „Welche Leistungen und daraus resultierenden Wirkungen entstehen durch die mobile Demenzberatung „Lebenslinien“ für die jeweiligen Stakeholder?“

Forschungsfrage 2: „Lassen sich die Wirkungen bei den Stakeholdern, die durch die Demenzberatung „Lebenslinien“ entstehen, sinnvoll und ausschlaggebend monetarisieren?“

Forschungsfrage 3: „Wie hoch ist der gesellschaftliche monetarisierte Nutzen im Vergleich zu einem in die mobile Demenzberatung „Lebenslinien“ investierten Euro?“

Um diese Fragen zu beantworten wurde das Alternativszenario angenommen, dass es die mobile Demenzberatung „Lebenslinien“ nicht gibt.

⁶⁰ vgl. Schober & Then 2015, S. 125

3.3 Lebenslinien – Mobile Demenzberatung

3.3.1 Beschreibung der Dienstleistung

Die Demenzberatung des Sozialhilfeverbands Liezen ist ein mobiles Beratungsangebot für Menschen, welche direkt oder indirekt als Zu- und Angehörige von Demenz betroffen sind. Neben dieser Hauptzielgruppe richtet sich dieses Angebot auch an weitere Personenkreise. Es beinhaltet neben den Beratungsstunden auch Schulungen und interne sowie externe Fortbildungen, Informationsveranstaltungen und Vorträge, sowie das Betreiben der MemoryCafés. Beim letztgenannten Angebot handelt es sich um Treffpunkte für pflegende Zu- und Angehörige und Demenzbetroffene mit den Demenzexpertinnen der Lebenslinien viermal im Monat an jeweils vier verschiedenen Orten. All diese Leistungen werden von zwei Mitarbeiterinnen erbracht: der Projektleiterin Martina Kirbisser, MSc, und Monika Jörg.

Das Beratungsangebot ist kein einmaliges Gespräch, es handelt sich dabei vielmehr um eine individuelle Begleitung der Klientinnen auf dem Weg der Demenz und reicht vom Beginn bis hin zur letzten Lebensphase. In jedem Fall steht bei der Arbeit von Lebenslinien der Mensch immer vor der Diagnose und die demenzbetroffene Person soll am meisten davon profitieren. Es werden die einzelnen Probleme behandelt und Interventionen empfohlen, welche auf eine positive Veränderung abzielen. Das Erstgespräch wird meistens mit den Zu- und Angehörigen alleine durchgeführt, da so ein offenes Gespräch möglich ist, ohne die demenziell Betroffene zu verletzen, und da diese über die Situation am besten Bescheid wissen. Dabei werden die wichtigsten Faktoren erhoben, um die jeweiligen Familien zielführend beraten und begleiten zu können. Es wird geklärt, was eine bereits bestehende Demenzdiagnose und der Befund dazu überhaupt bedeuten, da eine Erklärung der diagnostizierenden Fachärztin in den meisten Fällen ausbleibt. Falls diese noch nicht erstellt wurde, wird das Verfahren der Demenzdiagnostik erklärt und unterstützt.

Mit all den einzelnen Leistungen sollen vor allem die Betreuung und Pflege durch die Zu- und Angehörigen möglich gemacht bzw. erleichtert werden, da in den meisten Fällen das erforderliche Wissen nicht vorhanden ist und generell Fehlinformationen eines der größten Probleme im Umgang mit der Demenz sind.

Die Pflege einer dementiell erkrankten Person kann für dessen Mitmenschen ohne Unterstützung eine große Last sein und dieser Überbelastung wird durch „Lebenslinien“ entgegengewirkt. Durch die Beratung kann dem Wunsch, solange wie möglich zuhause zu bleiben, nachgegangen werden und mit den unterschiedlichen Assistenzleistungen ist eine Pflege zu Hause auch bei zunehmend herausfordernden Veränderungen und Verhaltensweisen länger möglich.

Wie bereits erwähnt, werden ebenfalls Schulungen und Fortbildungen angeboten, diese richten sich intern an Mitarbeiterinnen des Sozialhilfeverbands in dessen Alten- und Pflegeheimen. Externe Personen können ebenfalls Schulungen im Bereich Demenz und den damit verbundenen Formen, Kommunikationsmethoden, der Validation oder des Verlaufes anfragen. Öfters wird auch Unterstützungsarbeit in den Einrichtungen des Sozialhilfeverbands geleistet, wobei zum Beispiel konkrete Fragen bezüglich der Bewohnerinnen geklärt werden oder Kontaktschwierigkeiten mit Zu- und Angehörigen beseitigt werden sollen. Eine weitere wichtige Tätigkeit, die nach außen hin kaum sichtbar ist, ist die Netzwerkarbeit mit anderen helfenden Organisationen im Bezirk.

Neben all diesen direkten Tätigkeiten betreibt Lebenslinien ebenfalls einen Newsletter, welcher das Thema Demenz immer aus verschiedenen Perspektiven behandelt. Es werden auch Listen mit unterschiedlichen Tipps bezüglich Sicherheit zu Hause, Mahlzeit für Menschen mit Demenz oder schlafen und wach sein erstellt und online zur Verfügung gestellt.

Das Beratungsangebot kann auf verschiedene Arten in Anspruch genommen werden. Es gibt die telefonische Beratung, direkte Sprechstunden in den einzelnen Gemeinden, aber auch Hausbesuche. Bis auf die zuletzt genannte Art entstehen den Klientinnen dabei keine Kosten und bei den Hausbesuchen setzen sich die Kosten aus dem Kilometergeld und einer Hausbesuchspauschale zusammen.

3.4 Definition der Stakeholder

Wie bereits im Kapitel Social Return on Investment erklärt, handelt es sich bei der vorliegenden Analyse um eine stakeholderfokussierte. Aus diesem Grund werden im ersten Schritt die Stakeholder identifiziert bzw. definiert. Mit Stakeholdern sind die Personengruppen gemeint, die Interesse an dem Projekt haben und vom Beratungsangebot der Lebenslinien direkt oder indirekt profitieren.

Nach erster Begutachtung des vorhandenen Datenmaterials wurden die relevanten Stakeholder definiert. Im Laufe der Durchführung sind Exklusion einzelner Interessensgruppen aufgrund von einem nicht existenten nennenswerten Nutzen oder einer Überschreitung des Ausmaßes der Analyse möglich. In Abbildung 9 sind die wesentlichen Stakeholder dargestellt.



Abbildung 9: Wesentliche Stakeholder

Die jeweiligen Gründe für die Einbeziehung der einzelnen Stakeholder sind in der nachfolgenden Tabelle 5 ersichtlich.

Stakeholder	Hauptgründe für Inklusion (Nutzen)
Dementiell Betroffene	Profitieren durch die angestrebten Lebenserleichterungen des Beratungsangebots.
Zu- und Angehörige	Profitieren durch Know-how und die professionelle Begleitung im Umgang mit der Demenz.
Mitarbeiterinnen Lebenslinien	Profitieren durch ein festes Einkommen.
Sozialhilfeverband	Profitiert durch zusätzliche erforderliche Ausbildungsmöglichkeiten und Schulungen, für die nicht extra bezahlt werden muss.
Alten- und Pflegeheime	Profitieren durch die Empfehlung im Falle eines, als notwendig erachtetem, Einzuges.
Krankenhäuser	Profitieren von einer Reduktion der Aufenthaltskosten nach einem Unfall zuhause.

Tabelle 5: Hauptgründe für Inklusion der Stakeholder

Der tatsächliche Nutzen, der auf Basis der vorhandenen Daten ermittelt wurde, ist ausführlicher im Kapitel 3. 7 „Stakeholder“ dargestellt.

3.5 Datenerhebung

Der nachfolgend dargestellte Engagement-Plan in Tabelle 6 gibt die Methode an, welche bei den jeweiligen Stakeholdern für die Datenerhebung angewendet wurde. Neben dem Hauptdatenmaterial, welches aus Befragung an Vertreterinnen der Interessensgruppen sowie Interviews mit Betroffenen entstanden ist, wurde ebenso eine Sekundärforschung durchgeführt.

Die wertvollsten Daten konnten durch eine schriftliche Befragung gewonnen werden, welche mit zwei Zielen und somit in zwei Teilen erstellt wurde. Gerichtet war diese Primärforschung an die Projektleiterin der mobilen Demenzberatung, die mit ihren Antworten im ersten Teil der Befragung Aufschluss über die Wirkungen bei den wesentlichsten Stakeholdern gab. Der zweite Teil verfolgte das Ziel der Definition der Leistungen und daraus resultierenden Wirkungen bei den Stakeholdern Mitarbeiter, SHV und Gemeinden. In einem weiteren telefonischen Gespräch wurde der beantwortete Fragenkatalog ergänzt und ausstehende erforderliche Daten konnten ermittelt werden.

Um die getätigten Antworten aus dem oben erwähnten Fragenkatalog zu bestätigen und weitere eventuell relevante Daten zu erheben, wurden 5 Personen, welche das Beratungsangebot der „Lebenslinien“ in Anspruch nehmen, telefonisch interviewt. Bei den befragten Personen handelt es sich um Angehörige, die in einem sehr nahen Verhältnis zu einer dementiell erkrankten Person stehen und diese selbst betreuen oder betreut haben.

Stakeholder	Methode zur Informationsgewinnung
Dementiell Betroffene	Fragenkatalog, telefonische Interviews, Beratungsprotokolle, Recherche
Zu- und Angehörige	Fragenkatalog, telefonische Interviews, Recherche
Mitarbeiterinnen Lebenslinien	Fragenkatalog, Dokumentanalyse, Recherche
Sozialhilfeverband	Telefonisches Interview, Recherche
Alten- und Pflegeheime	Fragenkatalog, Recherche
Krankenhäuser	Fragenkatalog, Recherche

Tabelle 6: Engagement-Plan

3.6 Investitionen in das Projekt Lebenslinien

Bei der Berechnung des SROI-Werts wird die monetarisierte Wirkungssumme den getätigten Geldleistungen gegenübergestellt. Die Investitionen werden getätigt, um das Beratungsangebot aufrecht zu erhalten und zu verbessern. Die Kosten bestehen aus dem Sachaufwand sowie dem Personalaufwand. Das benötigte Zahlenmaterial wurden vom Sozialhilfeverband Liezen zur Verfügung gestellt.

Die nachfolgende Tabelle 7 zeigt die Aufwände und Erträge, die im Jahr 2020 verbucht wurden. Die Zahlung der Differenz war die Investition, die in diesem Jahr für die Aufrechterhaltung des Projekts „Lebenslinien“ notwendig war.

Art des Aufwands/Ertrags	Höhe des Aufwands /Ertrags
Sachaufwand:	9.781,48 €
+Personalaufwand:	95.084,72 €
Summe = Investition	104.866,20 €
- Einnahmen: Hausbesuchspauschalen	690,84 €
Erforderlicher Kostenausgleich durch SHV	104.175,36 €

Tabelle 7: Investitionssumme

Der Sachaufwand im Jahr 2020, setzte sich aus den Aufwendungen für die Firmenfahrzeuge, Werbekosten, Druckkosten sowie sonstigen Kosten zusammen. Der Personalaufwand ergibt sich aus den Gehaltskosten der beiden Mitarbeiterinnen der mobilen Demenzberatung. Die Einnahmen werden aus Kilometergeld, einer Hausbesuchspauschale bei Hausbesuchen, externen Firmenschulungen und sonstigen Einnahmen erzielt.

3.7 Stakeholder

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Stakeholder genauer erläutert und deren Wirkungskette dargestellt. In weiteren Schritten erfolgt die Berechnung der stakeholderspezifischen Wirkungen in monetarisierter Form.

3.7.1 Dementiell Betroffene

Eine der beiden bedeutendsten Interessensgruppen der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“ ist die der dementiell betroffenen Personen.

Im Jahr 2020 wurden von den beiden Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“ insgesamt 118 Familien betreut, wobei die Betreuung aufgrund der Covid-19 Situation in diesem Jahr überwiegend nur durch Telefonberatungen möglich war. Diese Anzahl der betreuten Familien lässt sich wie folgt differenzieren:

- 98 Familien mit mindestens 2 Terminen, bei denen die Pflege des/der dementiell Betroffenen zuhause erfolgt
- 4 Familien, die trotz eines Einzugs in ein APH weiterhin beraten werden
- 11 Familien, die im Laufe des Jahres die Beratung abgebrochen haben, da der/die dementiell Betroffene verstorben ist
- 5 Familien mit nur einem Termin bzw. ohne Folgetermin

Für die Berechnung des SROI-Wertes für das Jahr 2020 wurden nur die Familien herangezogen, bei denen sich die Beratung über das ganze Jahr erstreckte.

Aus dem Fragenkatalog und den Interviews konnte eine Regelmäßigkeit der Beratungstermine festgestellt werden, wonach im Durchschnitt mindestens alle drei bis vier Wochen ein Gespräch erfolgte. Demzufolge wurden im Jahr 2020 bei den Familien, die mindestens einen Folgetermin hatten, eine durchschnittliche Anzahl von circa 15 Terminen pro Familie ermittelt. Laut Angaben der Projektleiterin dauert eine Sitzung mindestens 1,5 Std. Bei 102 derartig betreuten Familien würde dies im Jahr 2020 eine Gesamtanzahl von 1.530 Terminen mit einer Zeitaufwandssumme von 2.295 Stunden betragen.⁶¹

Die überwiegende Mehrheit der beratenen dementiell Betroffenen wird zuhause von den eigenen Zu- und Angehörigen gepflegt und betreut. Viele davon werden dabei neben der mobilen Demenzberatung ebenfalls von Vereinen unterstützt, deren Ziel die Sicherstellung der mobilen Pflege ist. Demnach zählt die Wirkung der Ermöglichung eines längeren Verbleibs Zuhause zu einer der bedeutendsten für die dementiell Betroffenen. Die Unterstützung, welche durch die mobile Demenzberatung in diesem Fall gegeben wird, erfolgt überwiegend auf der psychologischen Ebene.

⁶¹ Die Berechnungen erfolgten hierbei jeweils mit den Mittelwerten, da die Anzahl der benötigten Beratungstermine und die damit verbundenen Termindauern sich sehr unterschiedlich verteilten.

Vor allem aus finanzieller Hinsicht bietet die Unterstützung beim Antrag auf Pflegegeld eine essentielle Wirkung. In circa drei Viertel der Fälle wurde ein Antrag auf Pflegegeld trotz eines bestehenden, gerechtfertigten Anspruchs noch nicht gestellt. Beim Erlangen einer Pflegestufe bietet „Lebenslinien“ hier eine administrative Hilfe.

Psychologische Unterstützung wird im Rahmen der Beratung und Begleitung geleistet, indem offen über jegliche Probleme und eventuelle Depressionen gesprochen wird und Vorschläge zum Umgang mit solchen Problemen gemacht werden. Das Risiko eines Unfalls zuhause wird durch Sicherheitstipps zur Verbesserung der Wohnsituation bezüglich Barrierefreiheit vermindert.

3.7.1.1 Wirkungskette dementiell Betroffene

Tabelle 8 zeigt den Input der dementiell Betroffenen, dieser ist zum einen die Bereitschaft, sich beraten zu lassen und die Ehrlichkeit bzw. Offenheit und zum anderen der finanzielle Input, der jedoch nur bei Hausbesuchen in Form der Hausbesuchspauschale verlangt wird. Die Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“ bieten dabei Beratung und Begleitung, was eine Anzahl an Beratungssitzungen und -stunden zur Folge hat.

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Bereitschaft sich beraten zu lassen Ehrlichkeit und Offenheit + eventuell Kostenbeitrag	Beratung und Begleitung	Anzahl der Beratungssitzungen und der Beratungsstunden	Übersetzung Diagnose Befund Unterstützung beim Antrag auf Pflegegeld Wohnen zuhause länger möglich Sozialer Kontakt Depressionen behandeln: Psychologische Beratung Weniger Stürze durch Sicherheitstipps: Verbesserung der Wohnsituation	Anzahl der dementiell Betroffenen, die auch ohne die „Lebenslinien“ diese Wirkungen erzielt hätten

Tabelle 8: Wirkungskette der dementiell Betroffenen

3.7.1.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen

Den dementiell Betroffenen kommen durch die Demenzberatung „Lebenslinien“ monetarisierte Wirkungen von 116.685,84 € zugute. Die Zusammensetzung dieser ist in der nachfolgenden Tabelle 9 ersichtlich.

Dementiell Betroffene	Monetarisierte Wirkung
Übersetzung Diagnose Befund Anzahl Klientinnen, bei der Übersetzung des Befundes notwendig ist, multipliziert mit verrechnetem Stundenlohn einer Fachärztin	3.941,82 €
Unterstützung beim Antrag auf Pflegegeld Anzahl der dementiell Betroffenen ohne Pflegestufe multipliziert mit jährlichem Pflegegeld in durchschnittlicher Stufe 3 abzüglich Deadweight	35.412,30 €
Wohnen zuhause länger möglich Anzahl der dementiell Betroffenen, die in ein APH eingezogen sind multipliziert mit den selbst zutragenden Kostenbeiträgen in einem APH für 6 Monate	38.327,52 €
Sozialer Kontakt Zeitverwendung für soziale Kontakte der Beratungstermine multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer Österreicherin	12.534,20 €
Depressionen behandeln: Psychologische Beratung Durchschnittliche Kosten einer Psychotherapie multipliziert mit Anzahl der beratenen dementiell Betroffenen, die unter Depressionen leiden	8.470,00 €
Weniger Stürze durch Verbesserung der Wohnsituation Folgekosten einer Schenkelhalsfraktur multipliziert mit Anzahl der Klientinnen, die einen Sturz hatten (bereinigt nach der Wahrscheinlichkeitsreduzierung und der Wahrscheinlichkeit einer medizinischen Betreuung bei dementiell Betroffenen)	18.000,00 €
Gesamtprofit der dementiell Betroffenen	116.685,84 €

Tabelle 9: Monetarisierte Wirkungen bei den dementiell Betroffenen

Bei der Monetarisierung der Übersetzung des Diagnosebefundes Demenz wird aus den Befragungen hochgerechnet, dass bei 60 Prozent der Familien eine Übersetzung erforderlich oder gewünscht war. Multipliziert wurde diese Anzahl der Klientinnen mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie von 34,38 € (finanz.at).

Circa 75 Prozent der beratenen Klientinnen hatten vor der Beratung noch kein Pflegegeld beantragt, demzufolge wurde angenommen, dass der Antrag mithilfe der Demenzberatung ein Monat früher eingereicht wurde.

Aufgrund der Tatsache, dass sich die beratenen dementiell Betroffenen im Durchschnitt auf Pflegestufe 3 befinden bzw. befinden würden, wurde das monatliche Pflegegeld auf dieser Stufe aus dem Jahr 2020 mit der Anzahl der dementiell Betroffenen ohne Pflegestufe multipliziert.

Aufgrund von Aussagen zur Wirkung „Wohnen zuhause länger möglich“ der interviewten Personen wird angenommen, dass der Einzug in ein Altenpflegeheim 6 Monate nach Inanspruchnahme des Beratungsangebotes erfolgte. Die Kosten für einen Heimaufenthalt von 6 Monaten betragen 19.163,76 EUR (Tarifliste: Seniorenhoamat Lassing). Laut Angaben des Geschäftsführers des SHVs werden diese im Schnitt zur Hälfte von den Bewohnerinnen selbst getragen. Diese Kosten wurden multipliziert mit der Anzahl der Klientinnen, die trotz des Einzugs in ein APH weiterhin betreut werden.

Durch die Beratungen haben die dementiell Betroffenen einen zusätzlichen sozialen Kontakt. Von den durchschnittlichen 15 Terminen, die im Jahr 2020 bei den jeweiligen Familien stattgefunden haben, wird angenommen, dass 10 davon unter anderem dem sozialen Kontakt dienen. Dieser Wert wird mit der Anzahl der zuhause wohnenden Klientinnen und dem durchschnittlichem Bruttostundenlohn einer Österreicherin von 12,79 EUR (Statistik AUSTRIA) multipliziert.

Sehr oft, angenommen wurden 75 Prozent, leiden die dementiell Betroffenen an Depressionen oder ähnlichen psychischen Belastungen, diese werden im Laufe der Beratung besprochen und aufgearbeitet. Zu vergleichen ist diese Leistung laut der SROI-Analyse an den stationären Einrichtungen in der Steiermark und Niederösterreich mit einer Psychotherapiesitzungen, die Kosten von 110 EUR pro Einheit verursachen.

Eine häufige Verletzung infolge eines Sturzes ist die Schenkelhalsfraktur, die Folgekosten von 11.250 EUR hat. Es wird angenommen, dass durch die Sicherheitstipps und Vorschläge für die Barrierefreiheit das Risiko eines Unfalls um 50 Prozent verringert werden kann. 20 Prozent der Befragten gaben an, dass bereits ein Unfall der dementiell Betroffenen erfolgt war und ein solcher Sturz bedarf mit einer 80-prozentigen Wahrscheinlichkeit einer medizinischen Betreuung. Die Werte wurden aus der oben genannten Studie übernommen.

3.7.2 Zu- und Angehörige

Bei den meisten der Zu- und Angehörigen handelt es sich um die Lebenspartnerin der dementiell betroffenen Person oder Verwandte ersten oder zweiten Grades. Es wird angenommen, dass alle betreuten, dementiell Betroffenen mindestens eine Zu- und Angehörige haben, die ebenfalls durch „Lebenslinien“ beraten wird, und aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit die Anzahl der dementiell Betroffenen auch als Anzahl für die Zu- und Angehörigen herangezogen. Somit ergibt sich im Jahr 2020 eine Gesamtanzahl der betreuten Zu- oder Angehörigen von mindestens 102 Personen.

Aufgrund der Tatsache, dass alle von den fünf interviewten Zu- und Angehörigen bereits pensioniert sind, wird angenommen, dass ungefähr 80 Prozent der herangezogenen hauptbetreuenden Zu- oder Angehörigen nicht mehr beruflich tätig sind.

80 Prozent der interviewten Personen gaben an, dass sie vor der Inanspruchnahme des Beratungsangebotes über wenig bis gar kein Wissen im Bereich Demenz verfügten. Die Aufklärungen bezüglich Ursachen, Formen und generell über die Krankheit Demenz halfen ihnen beim Verstehen der Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen ihrer geliebten Mitmenschen.

Zwei befragte Zu- und Angehörige waren besonders dankbar für die Tipps und Hilfestellungen bei den alltäglichen Pflgetätigkeiten wie z. B. eine rückschonende Art, der dementiell Betroffenen beim Aufstehen zu helfen. Ebenfalls erwähnt wurde die große Erleichterung, die der neue Rollstuhl, welcher mithilfe der „Lebenslinien“ besorgt wurde, bei den pflegerischen Tätigkeiten mit sich brachte.

Alle der interviewten Zu- und Angehörigen sind sehr zufrieden mit der Beratung und den damit verbundenen Leistungen und sind mehr als dankbar für die Arbeit der beiden Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“.

3.7.2.1 Wirkungskette Zu- und Angehörige

In Tabelle 10 werden, wie bei den dementiellen Betroffenen, ebenfalls die Bereitschaft, sich beraten zu lassen, sowie Ehrlichkeit und Vertrauen als Input dargestellt. Zusätzlich essentiell sind jedoch die Informationen, die die Zu- und Angehörigen den Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“ vor allem im Erstgespräch geben, da mithilfe dieses Informationsstandes die Beratung von Anfang an leichter fällt. Output sind ebenfalls die Anzahl der Beratungssitzungen und der Beratungsstunden.

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Bereitschaft, sich beraten zu lassen Ehrlichkeit und Vertrauen Informationen, die die Beratung erleichtern	Beratung und Begleitung	Anzahl der Beratungssitzungen und den Beratungsstunden	Aufklärung über Thema Demenz Schulung im Bereich Kommunikation/ Validation und Pflegebetreuung bei Demenz Risikominimierung einer Überbelastung Verbesserte Beziehung zum Angehörigen durch Qualitätssteigerung der Betreuung und Pflege mehr Zeit für andere Dinge	Anzahl der Zu- und Angehörigen, die auch ohne Lebenslinien diese Wirkungen erzielt hätten

Tabelle 10: Wirkungskette der Zu- und Angehörigen

3.7.2.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Den Zu- und Angehörigen kommen durch die Demenzberatung „Lebenslinien“ monetarisierte Wirkungen von 94.273,56 € zugute. Die Zusammensetzung dieser ist in Tabelle 11 auf der nächsten Seite ersichtlich.

Zu- und Angehörige	Monetarisierte Wirkung
Aufklärung über Thema Demenz Zeitaufwand für Recherche über Demenz multipliziert mit durchschnittlichem Bruttostundenlohn einer Österreicherin multipliziert mit der Anzahl der Zu- und Angehörigen, die nichts über Demenz wussten	2.097,56 €
Schulung im Bereich Kommunikation/ Validation und Pflegebetreuung bei Demenz Seminarkosten für Demenzschulung multipliziert mit Anzahl der Zu- und Angehörigen	9.180 €
Geringere physische Belastung Folgekosten von Rückenschmerzen multipliziert mit Anzahl der Zu- und Angehörigen, die sich physisch überlastet fühlen	46.060 €
Verbesserte Beziehung zum Angehörigen Dauer einer systemischen Familientherapie multipliziert mit Stundensatz einer Familientherapie abzüglich Deadweight	4.200,00 €
durch Qualitätssteigerung der Betreuung und Pflege mehr Zeit für andere Dinge Anzahl der Zu- und Angehörigen, die durch die Beratung mehr Zeit für Hobbys haben multipliziert mit durchschnittlichen jährlichen Ausgaben für Freizeit und Hobby einer Österreicherin	32.736 €
Gesamtprofit der dementiell Betroffenen	94.273,56 €

Tabelle 11: Monetarisierte Wirkungen bei den Zu- und Angehörigen

Der Zeitaufwand für die Recherche im Bereich Demenz nimmt nach eigener Erfahrung mindestens 2 Stunden in Anspruch. 80 Prozent der Interviewten gaben an, dass sie vor dem Beratungsgespräch so gut wie nichts über das Thema Demenz wussten. Die 2 Stunden Zeitaufwand wurden mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer Österreicherin von 12,79 EUR (Statistik Austria) und der Anzahl der Zu- und Angehörigen, die zuvor kein Wissen im Bereich Demenz hatten, multipliziert.

Für die Schulung im Bereich Kommunikation/Validation und Pflegebetreuung bei Demenz wurden die durchschnittlichen Kosten einer Demenzschulung von 90 EUR pro Person mit der Gesamtanzahl der Zu- und Angehörigen multipliziert.

20 % der befragten Zu- und Angehörigen haben durch die Tipps für die richtige Pflege weniger Rückenschmerzen. Als Folgekosten von Rückenschmerzen wurden dabei die Kosten einer Physiotherapie in Höhe von 2.303,00 EUR von der SROI-Studie des NPO&SE Kompetenzzentrums übernommen.

Durch das Beratungsangebot wussten 20 % der Zu- und Angehörigen besser, wie sie mit schwierigen Alltagssituationen, vor allem im Bereich Kommunikation, umgehen können, wodurch die Beziehung zum Betroffenen durch die Demenz nicht leiden muss. Als Indikator wurden dabei die Kosten für eine systemische Familientherapie von 210 EUR mit der entsprechenden Anzahl der Zu- und Angehörigen multipliziert. (minimed.at)

Durch die Qualitätssteigerung der Betreuung und Pflege bleibt den Zu- und Angehörigen mehr Zeit für die Ausübung eventueller Hobbys. Dabei gaben 20 Prozent der Interviewten an, dass sie durch den verbesserten Umgang mit der Pflege tatsächlich wieder Zeit für andere Dinge haben. Die hochgerechnete Anzahl dieser Zu- und Angehörigen wurde mit den durchschnittlichen jährlichen Freizeitausgaben (abzüglich Kosten für Reisen) einer Österreicherin multipliziert. (wien.gv.at)

3.7.3 Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“

Das Team der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“ besteht, wie bereits erwähnt, aus zwei Mitarbeiterinnen, die sich die gesamte Arbeit gemäß ihres Beschäftigungsausmaßes aufteilen. Die Projektleiterin Martina Kirbisser, MSc, beschäftigt sich laut eigenen Angaben zu 70 bis 75 Prozent ihres Vollzeitausmaßes mit der Klientinnenberatung und der Rest der Zeit verteilt sich auf die Fortbildungen sowie Vor- und Nachbereitungen der MemoryCafes. Für die Kollegin Monika Jörg, welche mit 20 Wochenstunden beschäftigt ist, steht die Klientinnenberatung im Vordergrund. Die betreuten Familien bleiben von Anfang bis Ende der Beratung bei derselben Beraterin.

Aus der Befragung deutlich zu erkennen war die Freude und Leidenschaft, mit der die Arbeit bei der Demenzberatung des SHVs verrichtet wird. Neben dieser positiven Berufseinstellung ist auch das Gefühl, tatsächlich etwas Gutes zu tun, als Wirkung zu definieren. Der zentrale Nutzen für diese Interessensgruppe ist der fixe Arbeitsplatz, der mit einem festen Erwerbseinkommen verbunden ist. Die Definition der Wirkung der eigenen höheren Sensibilisierung für das Älterwerden lässt sich am besten mit einem Zitat aus der Befragung begründen:

„Die Arbeit beeinflusst mich emotional in meiner Lebensführung, im Bereich dessen: wahrzunehmen, mein Leben aktiv zu führen, mit dem Wissen, dass ich beispielsweise Konflikte jetzt bearbeiten MUSS, denn wenn ich eine dementielle Veränderung bekomme, kann ich diese ungelösten Konflikte nicht mehr verdrängen, diese drängen sich mir dann auf!“

(Martina Kirbisser, MSc, schriftliche Befragung, Liezen, 09. Februar 2021)

Eine wesentliche negative Wirkung, die aus der schriftlichen Befragung hervorging, ist die erhöhte psychomentale Belastung, die aufgrund der schwierigen und oftmals schmerzvollen Erfahrungen der beratenen Familien entsteht.

3.7.3.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“

Die Mitarbeiterinnen investieren ihre Arbeitszeit in die Demenzberatung und verwenden dabei ihre Expertise und ihr Know-how. Durch „Lebenslinien“ wird für sie ein Arbeitsplatz geschaffen und der Output wird in der auf der nächsten Seite stehenden Tabelle 12 als die Anzahl der bezahlten Arbeitsstunden beschrieben.

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Arbeitszeit Know-How und Expertise	Schaffung eines Arbeitsplatzes	Anzahl an bezahlten Stunden	fixe Beschäftigung und festes Einkommen erhöhte psychomentale Belastung positives Gefühl höherer Sensibilisierung für das Älterwerden (speziell mit Demenz) Freude und Leidenschaft bei der Arbeit	Möglichkeiten eines alternativen Jobs

Tabelle 12: Wirkungskette der Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“

3.7.3.2 Berechnung stakeholder-spezifische Wirkungen

Den Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“ kommen durch die Demenzberatung „Lebenslinien“ monetarisierte Wirkungen von 16.163,40 € zugute. Die Zusammensetzung dieser ist in der nachfolgenden Tabelle 13 ersichtlich.

Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“	Monetarisierte Wirkung
fixe Beschäftigung und festes Einkommen jährliches Nettoeinkommen der beiden Mitarbeiterinnen abzüglich Deadweight	14.071,03 €
erhöhte psychomentale Belastung Folgekosten Burnout bereinigt durch Burnout-Rate im Pflegebereich	-11.121 €
positives Gefühl Gehaltsunterschied zwischen Nonprofit- und Profitbereich multipliziert mit Anzahl der Mitarbeiterinnen	5.201,88 €
höherer Sensibilisierung für das Älterwerden Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem APH multipliziert mit Anzahl der Mitarbeiterinnen	2.635,49
Freude und Leidenschaft bei der Arbeit Durchschnittliche Ausgaben für Freizeit einer Österreicherin multipliziert mit Anzahl der Mitarbeiterinnen	5.376,00 €
Gesamtprofit der dementiell Betroffenen	16.163,40 €

Tabelle 13: Monetarisierte Wirkungen bei den Mitarbeiterinnen „Lebenslinien“

Bei der Monetarisierung der Wirkung „fixe Beschäftigung und festes Einkommen“ wurden die beiden Nettogehälter mithilfe der vorgelegten Personalkosten ungefähr berechnet. Abgezogen wurde dabei der Deadweight, dieser ergibt sich aus den jährlichen Nettogehältern eines Alternativjobs (DGKP). (SHV: Jobausschreibung)

Durch die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen erhöht sich durch die teils schwierigen Erfahrungen der Klientinnen die psychomentale Belastung. Die beiden Faktoren der Multiplikation wurden aus der SROI-Studie übernommen. Dabei handelt es sich um einen Mischindikator der Folgekosten eines Burnouts bei früher, zeitverzögerter und später Diagnose von 16.850 EUR. Dieser Wert wurde um die Burnout-Rate im Pflegebereich von 33 Prozent bereinigt und auf die beiden Mitarbeiterinnen hochgerechnet.

Die wesentliche Wirkung des positiven Gefühls durch diese Arbeit wurde mit dem Gehaltsunterschied einer diplomierten Krankenpflege zwischen Nonprofit- und Profit-Unternehmen auf die beiden Mitarbeiterinnen hochgerechnet.

Bei der Monetarisierung der höheren Sensibilisierung für das Älterwerden wurde angenommen, dass eine ähnliche Wirkung bei einem zweimonatigen Praktikum in einem APH erzielt werden kann. Der Verdienstentgang, der dadurch bei den beiden Mitarbeiterinnen entstehen würde, wird als monetarisierte Wirkung verwendet. Dabei musste vom derzeitigen Nettogehalt das Nettogehalt einer Praktikantin in einem APH abgezogen werden.

Freude und Leidenschaft können vergleichsweise bei der Ausübung der persönlichen Hobbys erreicht werden. Aus diesem Grund wurden die durchschnittlichen jährlichen Freizeitausgaben einer Österreicherin mit der Anzahl der Mitarbeiterinnen multipliziert.

3.7.4 Sozialhilfeverband

Der Sozialhilfeverband ist der Arbeitgeber der Mitarbeiterinnen der „Lebenslinien“ und somit der eigentliche Anbieter der mobilen Demenzberatung. Der Verband wird von 27 Gemeinden vertreten und das wichtigste Organ des Verbandes ist die Verbandsversammlung, die von 48 Gemeindevertreterinnen gebildet wird. Neben dem Zusatzangebot „Lebenslinien“ ist die Hauptaufgabe des SHVs Liezen die Leitung von sieben öffentlich-rechtlichen Alten- und Pflegeheimen im Bezirk. Die entstehenden Aufwendungen und Kosten werden unter anderem von den verbandsangehörigen Gemeinden getragen und somit werden auch die Kosten der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“ vom SHV, also den Gemeinden, getragen.

Die bedeutendste Wirkung für den Sozialhilfeverband ist die Übernahme von gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen bzw. Fortbildungen der eigenen Mitarbeiterinnen, vor allem in den stationären Einrichtungen, durch die Projektleiterin der „Lebenslinien“. Diese Schulungen müssen dadurch nicht extra zugekauft werden. Der Verband profitiert ebenfalls durch die Verbindung, die zwischen den beratenen Klientinnen und dem SHV durch die Inanspruchnahme des Beratungsangebots entsteht. Durch diese Verbindung wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, im Falle eines notwendigen Einzugs in ein Altenpflegeheim, neben der Berücksichtigung anderer Kriterien, eher eine Einrichtung des SHVs zu wählen.

3.7.4.1 Wirkungskette Sozialhilfeverband

In Tabelle 14 ist die Wirkungskette des SHVs dargestellt, in der neben dem Ausgleich der Differenz von Einnahmen und Ausgaben auch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, Arbeitsmitteln und Dienstfahrzeugen als Input definiert werden. Durch „Lebenslinien“ wird das Unterstützungsangebot für dementiell Betroffene in der Region erweitert und es werden Fortbildungen und Schulungen bei den eigenen Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Output sind die Anzahl der Personen, die das Beratungsangebot in Anspruch nehmen, und die Anzahl der Schulungstage bzw. Schulungsstunden an den eigenen Mitarbeiterinnen.

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Ausgleich der Differenz von Einnahmen und Ausgaben	Zusatzangebot für dementiell Betroffene in der Region	Anzahl der Personen, die das Angebot in Anspruch nehmen	erforderliche Fortbildung der eigenen Mitarbeiterinnen, die nicht extra zugekauft werden muss	Anzahl der Personen, die sich ohne Lebenslinien dennoch für ein APH des SHVs entschieden hätten
Bereitstellung der Räumlichkeiten	Fortbildungen und Schulungen für die eigenen Mitarbeiterinnen	Anzahl der Schulungsstunden an den eigenen Mitarbeiterinnen	Klientinnen, bei denen ein Einzug in ein APH notwendig ist, entscheiden sich eher für APH des SHVs	
Bereitstellung von Arbeitsmitteln				
Bereitstellung von Dienstfahrzeugen				

Tabelle 14: Wirkungskette des Sozialhilfeverbands

3.7.4.2 Berechnung stakeholder-spezifische Wirkungen

Dem Sozialhilfeverband kommen durch die Demenzberatung „Lebenslinien“ monetarisierte Wirkungen von 9.520,00 € zugute. Die Zusammensetzung dieser ist in der nachfolgenden Tabelle 15 ersichtlich.

Sozialhilfeverband	Monetarisierte Wirkung
Erforderliche Fortbildung der eigenen Mitarbeiterinnen, die nicht extra zugekauft werden muss Seminarkosten für eine Demenzschulung multipliziert mit der Anzahl der Schulungen, die im Jahr 2020 durchgeführt wurden	9.520,00 €
Klientinnen, bei denen ein Einzug in ein APH notwendig ist, entscheiden sich eher für APH des SHVs	Datenmaterial nicht ausreichend
Gesamtprofit der dementiell Betroffenen	9.520,00 €

Tabelle 15: Monetarisierte Wirkungen beim Sozialhilfeverband

Laut Angaben der Projektleiterin finden pro Einrichtung des SHVs 2-mal jährlich Schulungen bzw. Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtungen statt. Es wurde davon ausgegangen, dass pro Tag die übliche Arbeitszeit von 8 Stunden für diese Schulungen verwendet wurde. Multipliziert wurde dieser jährlicher Stundenaufwand mit den, von den „Lebenslinien“ verrechneten Schulungskosten pro Stunde bei Unternehmen von 85 EUR.

Für die Monetarisierung der Wahrscheinlichkeitserhöhung für den Einzug in ein APH des SHVs fehlen konkrete Aufzeichnungen und ebenfalls zu erwähnen ist, dass andere Kriterien, wie zum Beispiel die Nähe zu Zu- und Angehörigen, bei der Wahl für ein APH zu Verzerrungen führen könnten.

3.7.5 Alten- und Pflegeheime

Im Bezirk Liezen befinden sich insgesamt 17 Alten- und Pflegeheime und sieben stehen davon unter der Leitung des SHVs Liezen. Im Laufe der Durchführung der Analyse konnte bei dieser Interessensgruppe zwar eine Wirkung definiert werden, jedoch stellte sich heraus, dass das vorhandene Datenmaterial für eine aussagekräftige Monetarisierung nicht ausreichend ist. Aus diesem Grund werden die Alten- und Pflegeheime bei der Berechnung des SROI-Werts exkludiert.

3.7.6 Krankenhäuser

Die Krankenhäuser wurden als Stakeholder definiert, da diesen durch eine Leistung der „Lebenslinien“ Kosten erspart bleiben. Die Mitarbeiterinnen der Demenzberatung geben ihren Klientinnen Hilfestellungen und Tipps im Bereich Sicherheit und Barrierefreiheit im eigenen Zuhause. Durch diese Leistung soll das Risiko für eventuelle Unfälle innerhalb der eigenen vier Wände verringert werden. Diese Wirkung konnte bei den demenziell Betroffenen in ähnlicher Form aufgrund vorhandener Werte monetarisiert werden. Bei den Krankenhäusern konnte dafür jedoch nach langer Recherche kein vertretbarer Wert gefunden werden, wodurch die Stakeholdergruppe bei der Berechnung des SROI-Wertes exkludiert werden musste.

3.8 Anmerkungen zur Analyse und der Monetarisierung

Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei „Lebenslinien“ um ein regional begrenztes Angebot handelt, wurde bei der Wahl der Stakeholder der Fokus ebenfalls auf die Region gesetzt.

Anzumerken ist, dass bei der Monetarisierung, ähnlich wie beim Niederstwertprinzip, immer die niedrigsten Werte angenommen wurden, um der politischen Kritik bzw. Anzweiflung der Aussagekraft der verwendeten Analyse möglichst keinen Spielraum zu gewähren. Wie auch bei den meisten anderen wirtschaftlichen Analysen beruht die Social Return on Investment Analyse in manchen Fällen stark auf Annahmen und Schätzungen, die auf Grundlage der durchgeführten Datenerhebung und des daraus entstandenen Datenmaterials getroffen wurden.

3.9 Empirischer Teil: SROI-Berechnung

Der letzte Schritt ist die Berechnung des konkreten SROI-Wertes, also die Gegenüberstellung der monetär bewerteten sozialen Wirkungen und der finanziellen Investitionen für den festgelegten Zeitraum 2020.

Diese Gegenüberstellung der gesamten Investitionen zu der Summe der monetarisierten Wirkungen ergibt für das Jahr 2020 einen SROI-Wert von 2,26. Das bedeutet, dass jeder in die „Lebenslinien“ investierte Euro einen monetarisierten gesellschaftlichen Gegenwert von 2,26 EUR schafft.

Investitionen 2020	104.866,20 €
monetarisierte Wirkungen 2020	236.642,80 €
SROI gesamt	2,26

Tabelle 16: Berechnung SROI-Wert

Die Tabelle 17 auf der nachfolgenden Seite stellt eine Gesamtbetrachtung der SROI-Analyse dar und zeigt die getätigten Investitionen sowie Profite der einzelnen Interessensgruppen.

Stakeholder	Investitionen in Lebenslinien		Wirkungen und Profite durch Lebenslinien		Anteil am Profit
Dementiell Betroffene	Bereitschaft, sich beraten zu lassen, und eventuelle Kostenbeiträge	690,84 €	z. B. Wohnen zuhause länger möglich, Verbesserung der Pflegequalität, psychische Betreuung	116.685,84 €	49,31 %
Zu- und Angehörige	Informationen, die Beratung erleichtern		z. B. Schulung im Bereich Demenz, psychische und emotionale Entlastung	94.273,56 €	39,84 %
Mitarbeiterinnen Lebenslinien	Zeit, Wissen		z. B. feste Beschäftigung und fixes Einkommen, positives Gefühl	16.163,40 €	6,83 %
SHV	Kosten, Bereitstellung Arbeitsmittel	104.175,36 €	z. B. Fortbildungen für eigenen Mitarbeiter	9.520,00 €	4,02 %
Alten- und Pflegeheime	Exkludiert				
Krankenhäuser	Exkludiert				
SROI		104.866,20 €		236.642,80 €	2,26

Tabelle 17: Investitionen und Profite von Lebenslinien: Gesamtbetrachtung 2020

Die Tabelle 17 stellt neben der Gesamtbetrachtung der SROI-Analyse ebenfalls die Anteile der Stakeholder an dem monetären Profit dar. Die nachfolgende Abbildung 10 visualisiert diesen Anteil am Profit sowie den Anteil an den getätigten Investitionen der einzelnen Interessensgruppen.

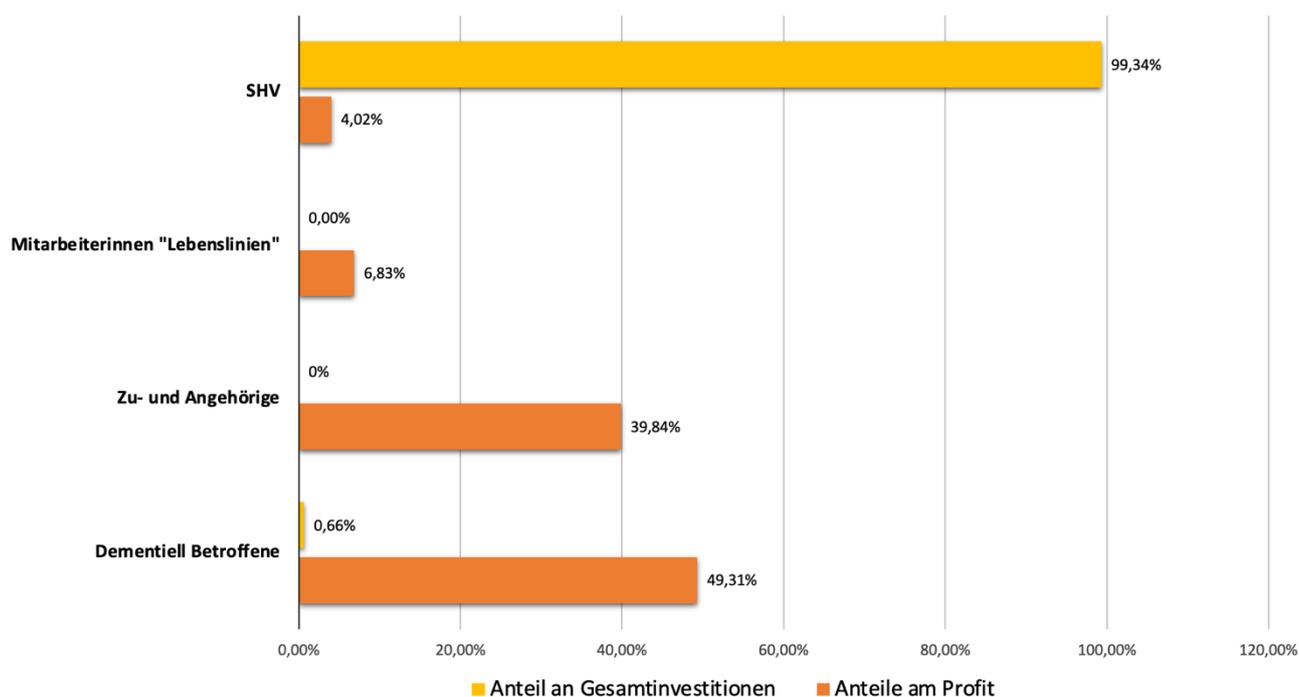


Abbildung 10: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und dem Profit

Es ist eindeutig zu erkennen, dass die beratenen Familien am meisten von der mobilen Demenzberatung „Lebenslinien“ profitieren. Diese Abbildung bestätigt ebenfalls die Aussage der Projektleiterin, dass in erster Linie die dementiell Betroffenen vom Beratungsangebot profitieren und an zweiter Stelle ihre Zu- und Angehörigen. Das Diagramm stellt den SHV als Hauptkostenträger dar, der jedoch selbst den kleinsten Anteil am Profit hat. Dies bestärkt die Vision des Sozialhilfeverbandes, in der der pflegebedürftige Mensch im Vordergrund steht:

„Unsere Gesellschaft scheint sich dorthin zu entwickeln, dass die Wertschätzung pflegebedürftiger und älterer Menschen in Frage gestellt wird, da unser Dasein über den Nutzen und nicht über den Lebenswert definiert wird. [...] Wir wollen offen sein für das, was der Mensch ist und nicht für das, was der Mensch hat.“

(Ausschnitt aus dem Leitbild des Sozialhilfeverbandes Liezen; Online: <https://www.shv-liezen.at/pflegeeinrichtungen/irdning/leitbild-irdning>) [Abgefragt am 17. Februar 2021]

4 Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist ein Weckruf für all jene, die sich der großen sozialen und kulturellen Herausforderungen durch die Demenz nicht bewusst sind. Sie soll einen Einblick in die angesprochene Thematik geben und mit der Definition der Grundlagen über die relevantesten Hintergründe informieren. Mit dem dabei analysierten Projekt „Lebenslinien“ wird versucht, den negativen Auswirkungen des demografischen Wandels entgegenzuwirken. In unserer Gesellschaft, und vor allem in der Politik, stoßen Projekte wie dieses jedoch auf Kritik, welche aufgrund von altmodischen Denkweisen und rein finanzwirtschaftlichen Bewertungen entstehen.

Mit der angewandten Methode wurde versucht, die dringende Notwendigkeit von Projekten wie diesen aufzuzeigen und den gesellschaftlichen Mehrwert umfassend darzustellen. Da bei der verwendeten Social Return on Investment Analyse der Fokus auf den erbrachten Leistungen und den daraus resultierenden sozialen Wirkungen liegt, bot sich diese als die optimale Kennzahl für das Projekt „Lebenslinien“ an. Als Orientierungsrahmen für die Analyse diente dabei das „Praxishandbuch Social Return on Investment“ von Schober/Then (2015).

Zu Beginn mussten die wesentlichsten Stakeholder definiert werden, also die Personengruppen, welche in Verbindung mit dem Projekt stehen und unmittelbares Interesse an dessen Aufrechterhaltung haben. Der Fokus bei der Definition lag in der vorliegenden Arbeit auf den regionalen Interessensgruppen, da es sich hierbei um ein regional-eingegrenztes Beratungsangebot handelt. Dabei konnten sechs wesentliche Stakeholder eruiert werden, wovon jedoch im Lauf der Analyse zwei Gruppen, aufgrund von fehlenden Daten, bei der Berechnung exkludiert wurden.

Die Datenerhebung erfolgte unter anderem aus schriftlichen Befragungen und telefonischen Interviews mit Vertreterinnen der Stakeholder. Aus diesem Datenmaterial konnten die Wirkungsketten der jeweiligen Interessensgruppen definiert und deren Wirkungen anschließend monetarisiert werden. Die aggregierte monetarisierte Wirkungssumme wurde abschließend den getätigten Investitionen gegenübergestellt und der Quotient ergab den SROI-Wert. Diese Berechnung zeigt, dass jeder im Zeitraum 2020 in das Projekt „Lebenslinien“ investierte Euro einem gesellschaftlichen Gegenwert von 2,26 EUR entspricht.

5 Literaturverzeichnis

- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. (2021). *Demenz: Die verschiedenen Stadien*. Von <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf> abgerufen
- Österreichisches Digitales Amt. (2020). *Pflegegeld*. Von <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4.html> abgerufen
- Alter. (o. D.). *Definition Altern*. Von <https://www.lecturio.de/lexikon/altern#definition> abgerufen
- Alzheimer-Krankheit. (o. D.). *Wikipedia*. Von <https://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit> abgerufen
- Alzheimer's Disease International. (o. D.). *Dementia facts & figures*. Von <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/> abgerufen
- Bürscher, B. (2018). *Demenz*. Von <https://www.minimed.at/medizinische-themen/gehirn-nerven/demenz/> abgerufen
- BGBL - PFG 2011. (2020). *Pflegefondgesetz Fassung 2020*.
- BGBL - PGG Fassung 2021. (2021). *Bundespflegegeldgesetz*.
- BGBL 866. (1993). *Bundesgesetzblatt 866: Pflegevereinbarung*. Wien: Verlagspostamt Wien.
- Boggatz, T. (2019). *Betreutes Wohnen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bowlby Sifton, C. (2008). *Das Demenz-Buch*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bundesministerium für Soziales. (2021). *Pflegegeld*. Von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html> abgerufen
- Bundesministerium für Soziales. (2010). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008*. BMASK.
- Bundesministerium für Soziales. (2019). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018*. Von <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=719> abgerufen
- Bundesministerium für Soziales. (2020). *24-Stunden-Betreuung zu Hause*. BMSGPK.
- Bundesministerium für Soziales. (2020). *Demenzstrategie Gut leben mit Demenz*. Wien: BMSGPK.
- Bundesministerium für Soziales. (2020). *Ein:Blick 5 - Pflege*. BMSGPK.
- Bundesrechnungshof. (2020). *Mindestausstattung im Vergleich, Pflege in Österreich*. Wien.
- Caritas Pflege. (o. D.). *Formen von Demenz*. Von <https://www.caritas-pflege.at/ratgeber/demenz/formen-von-demenz/> abgerufen
- Deutscher Ethikrat. (2012). *Demenz und Selbstbestimmung*. Von https://www.marienkrankehaus-soest.de/fileadmin/hospitalverbund/print/ethik/DER_StnDemenz_Online.pdf abgerufen

- Dr. Greifender, M. (2018). *Pflegegeld*. Von https://www.selbsthilfe-ooe.at/pdf/gastreferat_wissenswertes_zum_pflegegeld.pdf abgerufen
- Europäische Kommission. (o. D.). *Aktives Altern*. Von <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=de> abgerufen
- Firgo, M., & Famira-Mühlberger, U. (2014). *Studie: Ausbau der Stationären Pflege in den Bundesländern*. Wien: WIFO.
- Fischer-Böroid, C., & Zettl, S. (2006). *Demenz*. Hannover: Schlütersche.
- Flöer, C. (2016). *Lewy-Body-Demenz*. Von <https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/lewy-koerper-demenz/> abgerufen
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Griebler, R. (Jänner 2015). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Von Bundesministeriums für Gesundheit und des Sozialministeriums: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=277> abgerufen
- LGBL - SHG Fassung 2020. (2020). *Steiermärkisches Sozialhilfegesetz*.
- LGBL - StPHG 2003. (2003). *Steiermärkisches Pflegeheimgesetz*.
- LGBL - StSBBG 2007. (2007). *Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz*.
- Mahlberg, R., & Gutzmann, H. (2009). *Demnzerkrankung erkennen, behandeln und versorgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Pritzel, M., Brand, M., & Markowitsch, H. (2009). *Gehirn und Verhalten*. Berlin: Springer Spektrum.
- Radenbach, J. (2011). *Aktiv trotz Demenz*. Von <http://bsimgx.schluetersche.de/upload1116416883630621347.pdf> abgerufen
- Schober, C., & Then, V. (2015). *Praxishandbuch Social Return on Investment*. Stuttgart: Schäffer Poeschel Verlag.
- Schröder, S. G. (2006). *Psychopathologie der Demenz*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Sozialhilfverband Liezen. (o. D.). *Leitbild Sozialhilfverband Liezen*. Von <https://www.shv-liezen.at/pflegeeinrichtungen/irdning/leitbild-irdning> abgerufen
- Sozialhilfverband Liezen. (o. D.). *Tagesbetreuung Seniorenhoamat Lassing*. Von <https://www.shv-liezen.at/pflegeeinrichtungen/lassing/tagesbetreuung> abgerufen
- Sozialministerium. (September 2013). *Altern und Zukunft: Bundesseniorenplan*. Wien: BMASK.
- Sozialministerium. (2020). *Dienstleistung/Soziale Dienste*. Von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Dienstleistungen-Soziale-Dienste.html> abgerufen
- Statistik Austria. (2020). *Bundespflegegeld*. Von https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html abgerufen

Statistik Austria. (2021). *Sozialausgaben*. Von https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialschutz_nach_eu_konzept/sozialausgaben/index.html abgerufen

Weissenberger-Leduc, M., & Weiberg, A. (2012). *Gewalt und Demenz*. Berlin: Springer Verlag.

Wenn der Körper altert. (o. D.). *Körperliche Veränderungen im Alter*. Von <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/gesund-im-alter/inhalt> abgerufen

Westhoff, A., & Westhoff, J. (2012). *Pflege daheim oder Pflegeheim*. Wien: Linde Verlag.

Abbildungen

Abbildung 0 auf Deckblatt: Logo der mobilen Demenzberatung

Quelle: Online: https://www.meinbezirk.at/liezen/c-lokales/lebenslinien-demenzberatung_a3205143 [Abgefragt am 17.02.2020]

Abbildung 1: PflegegeldbezieherInnen in den 7 Pflegestufen, Stand: November 2020

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Grafische Darstellung der DSM-IV-Demenz-Definition

Quelle: In Anlehnung an Schröder, 2006, S. 6

Abbildung 3: Demenzstadien und Symptome

Quelle: Online: <https://demenz.behandeln.de/demenz-verlauf.html> [Abgefragt am 28.01.2021]

Abbildung 4: Häufigkeit der Demenzformen

Quelle: Online: <https://der-pflegeblogger.de/das-pflegealphabet/buchstabe-d/demenz/> [Abgefragt am 28.01.2021]

Abbildung 5: Wirkungsziele der österreichischen Demenzstrategie

Quelle: Online:

<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=325> [Abgefragt am 01.02.2021]

Abbildung 6: Überblick über die SROI-Analyse

Quelle: Schober & Then, 2015, S. 8

Abbildung 7: Wirkungskette

Quelle: Schober & Rauscher, 2014, S. 9

Abbildung 8: Schritte der SROI-Analyse im Überblick

Quelle: Schober & Then, 2015, S. 221

Abbildung 9: Wesentliche Stakeholder

Abbildung 10: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und dem Profit

Quelle: Eigene Darstellung

Tabellen

Tabelle 1: Investments and profits: Overall view 2020

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 2: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2019-2030

Quelle: In Anlehnung an Online:

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html [Abgefragt am 07.02.2021]

Tabelle 3: Pflegegeldstufen mit zugehörigen Beträgen 2021

Quelle: Online: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html> [Abgefragt am 15.01.2021]

Tabelle 4: Erwerbsfähige Bevölkerung im Verhältnis zu Demenzkranken (in 1.000)

Quelle: In Anlehnung an Online: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf [Abgefragt am 02.02.2021]

Tabelle 5 – Tabelle 17

Quelle: Eigene Darstellung

6 Begleitprotokoll

Name des Schülers:	Paul Kabas
Name der Betreuerin:	Mag. Gerhild Lackner
Thema der Diplomarbeit:	Würdevolles Altern trotz Demenz

Datum	Art der Besprechung/Tätigkeit	Inhalt der Besprechung/Tätigkeit
12. Juni 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Vorstellung der Idee, Anfrage auf Alleinarbeit bei der Diplomarbeitsverfassung
13. Juni 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Vereinbarung für Besprechung
18. Juni 2020	Besprechung in der Schule	Erklärung der geplanten Idee
25. Juni 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Zusendung des fertigen Inhaltsverzeichnisses
02. Juli 2020	Besprechung in der Schule	Genauere Erläuterung des Themas und des geplanten Ablaufes
15. Sep. 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Hochladen der ersten 5 Seiten und Rückmeldung nach der ersten Korrekturarbeit
26. Sep. 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Anfrage auf Anlegung der Arbeit auf der Diplomarbeitsdatenbank
28. Sep. 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Benachrichtigung über ausgefüllten Antrag
29. Sep. 2020	Besprechung in der Schule	Rückmeldung zum fertigen Antrag
04. Nov. 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Fortschrittsmitteilung
24. Nov. 2020	Microsoft-Teams Nachricht	Fortschrittsmitteilung
30. Jan. 2021	Microsoft-Teams Nachricht	Vereinbarung Besprechungs- und Abgabetermin
12. Feb. 2021	Microsoft-Teams Besprechung	Erläuterung des Ablaufes der letzten Schritte und Vereinbarung Abgabetermin der 1. Rohfassung
18. Feb. 2021	Treffen in der Schule	Abgabe der der 1. Rohfassung
27. Feb. 2021	Treffen in der Schule	Rückgabe der korrigierten Arbeit

7 Anhang

7.1 Folder Demenzberatung „Lebenslinien“

7.2 Projektantrag

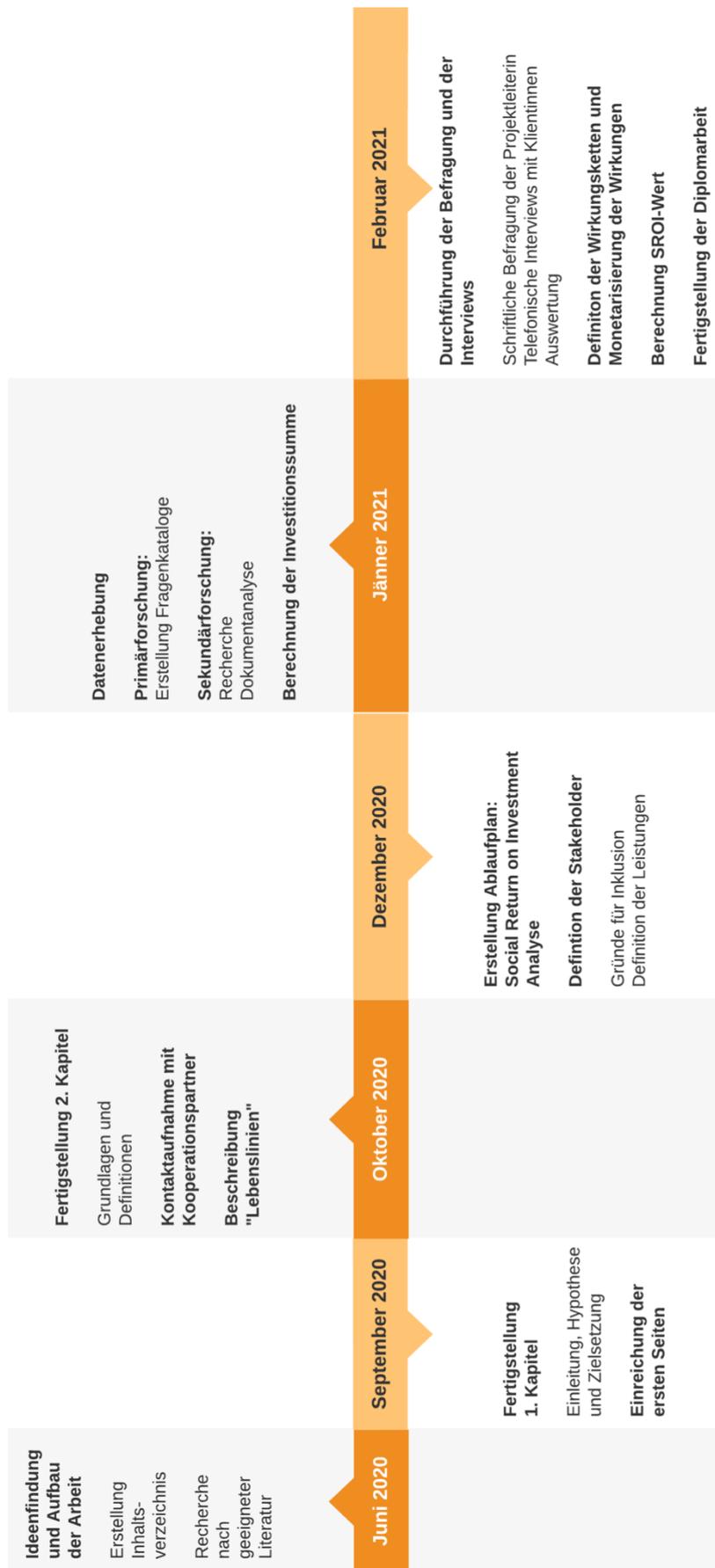
Diplomarbeit

Schule: BHAK/BHAS Liezen

Jahrgang/Klasse: 5 AHK

Name des Schülers/der Schülerin	Paul Kabas
Thema der Diplomarbeit	Würdevolles Altern trotz Demenz Social Return of Investment Analyse an einer mobilen Demenzberatung des Sozialhilfverbands Liezen
Ausgangslage für die Themenstellung der gesamten Diplomarbeit	Die Folge des demografischen Wandels ist eine zunehmend ältere Bevölkerung, was eine große Herausforderung im Bereich der Pflege mit sich bringt. Die Plätze in den Betreuungsreinrichtungen sind begrenzt und zum Teil schon voll ausgelastet. Eine Erhöhung deren Kapazitäten ist aus rein finanzieller Sicht schwer möglich, weswegen die informelle Pflege die Alternative bildet. Diese ist jedoch ohne professionelle Hilfe kaum bewältigbar. Eine derartige Hilfe bietet Lebenslinien, eine Mobile Demenzberatung des SHV Liezen.
Vorgehensweise, Untersuchungsanliegen, Forschungsmethoden, Ziele	Theoretischer Teil: <ul style="list-style-type: none"> ○ Situation Altern in Österreich ○ Betreuungsformen ○ Demenz und deren Formen ○ Beschreibung Lebenslinien ○ Beschreibung SROI Analyse Empirischer Teil: <ul style="list-style-type: none"> ○ Berechnung des SROI-Wertes
Kooperationspartner	Sozialhilfverband Liezen
Unterschrift des Kandidaten	
Unterschrift des Kooperationspartners	
Betreuerin der Diplomarbeit	Mag. Gerhild Lackner
Unterschrift der Betreuungslehrerin	
Unterschrift des Schulleiters	

7.3 Strukturplan



7.4 Arbeitsprotokoll

Datum	Arbeitszeit in Stunden	Leistung
24. Juni 2020	4,0 h	Erstellung Inhaltsverzeichnis
25. Juni 2020	1,0 h	Vorstellung und Erklärung des Themas bei Betreuerin
02. Juli 2020	1,0 h	Erläuterung des geplanten Ablaufes
09. September 2020	6,0 h	Brainstorming, Einleitung, Vorwort
13. September 2020	4,0 h	Problemstellung, Hypothese und Zielsetzung
14. September 2020	3,0 h	Bibliotheksbesuch: Quellensuche
15. September 2020	4,0 h	Projektantrag, Aufbau der Arbeit
20. September 2020	2,0 h	Recherche
21. September 2020	1,0 h	Gespräch mit Kooperationspartner
23. September 2020	3,0 h	Beginn 2. Kapitel: Altern in Österreich
30. November 2020	2,0 h	Formatierung
07. Dezember 2020	3,0 h	Rechtliche Grundlagen
08. Dezember 2020	3,0 h	Pflegevereinbarung und Landesrechtliche Grundlagen
09. Dezember 2020	3,0 h	Pflegebedürftigkeit in Österreich, Mobile Pflege
29. Dezember 2020	4,0 h	Stationäre Pflege
03. Januar 2021	5,0 h	24h-Betreuung, Betreutes Wohnen, Tagesstrukturen
12. Januar 2021	4,0 h	Pflegegeld, Voraussetzungen Pflegegeld
13. Januar 2021	3,0 h	Fakten zum Pflegegeld
14. Januar 2021	4,0 h	1. Planung über Ablauf der Analyse mit Recherche
17. Januar 2021	3,0 h	Demenz, Krankheitsverlauf
28. Januar 2021	2,0 h	Stadien der Demenz
30. Januar 2021	3,0 h	Formen der Demenz

31. Januar 2021	4,0 h	Demenz in Österreich
02. Februar 2021	5,0 h	Statistische Betrachtung Demenz, SROI
03. Februar 2021	3,0 h	SROI, SROI an Lebenslinien
04. Februar 2021	3,0 h	Fragenformulierung, Formatierung DA
05. Februar 2021	3,0 h	Gespräch mit Stakeholdervertreter, Datenerhebung
06. Februar 2021	4,0 h	Identifizierung Stakeholder, Gründe für Inklusion
07. Februar 2021	6,0 h	Layout, Verzeichnisse, Eidesstaatliche, Deckblatt
08. Februar 2021	4,0 h	Stakeholder, Investition, Beschreibung Dienstleistung
09. Februar 2021	6,0 h	Analyse Fragenkatalog, Definition erster Leistungen
10. Februar 2021	6,0 h	Definition der Wirkungen, Erstellung Wirkungsketten
11. Februar 2021	4,0 h	Interviewplanung, Einholung der Kontaktdaten
12. Februar 2021	8,0 h	Durchführung Interviews, Nachbesprechung
13. Februar 2021	6,0 h	Analyse Interviews, Monetarisierung der Wirkungen
14. Februar 2021	4,0 h	Erklärung Stakeholder, Wirkungsketten, Danksagung
15. Februar 2021	4,0 h	Monetarisierung
16. Februar 2021	6,0 h	Monetarisierung, Berechnung SROI-Wertes
17. Februar 2021	6,0 h	Fertigstellung des ersten Entwurfes
27. Februar 2021	5,0 h	Fertigstellung der Diplomarbeit
02. März 2021	2,0 h	Letzten Arbeitsschritte, Abgabe der Diplomarbeit
Gesamt	158,0 h	