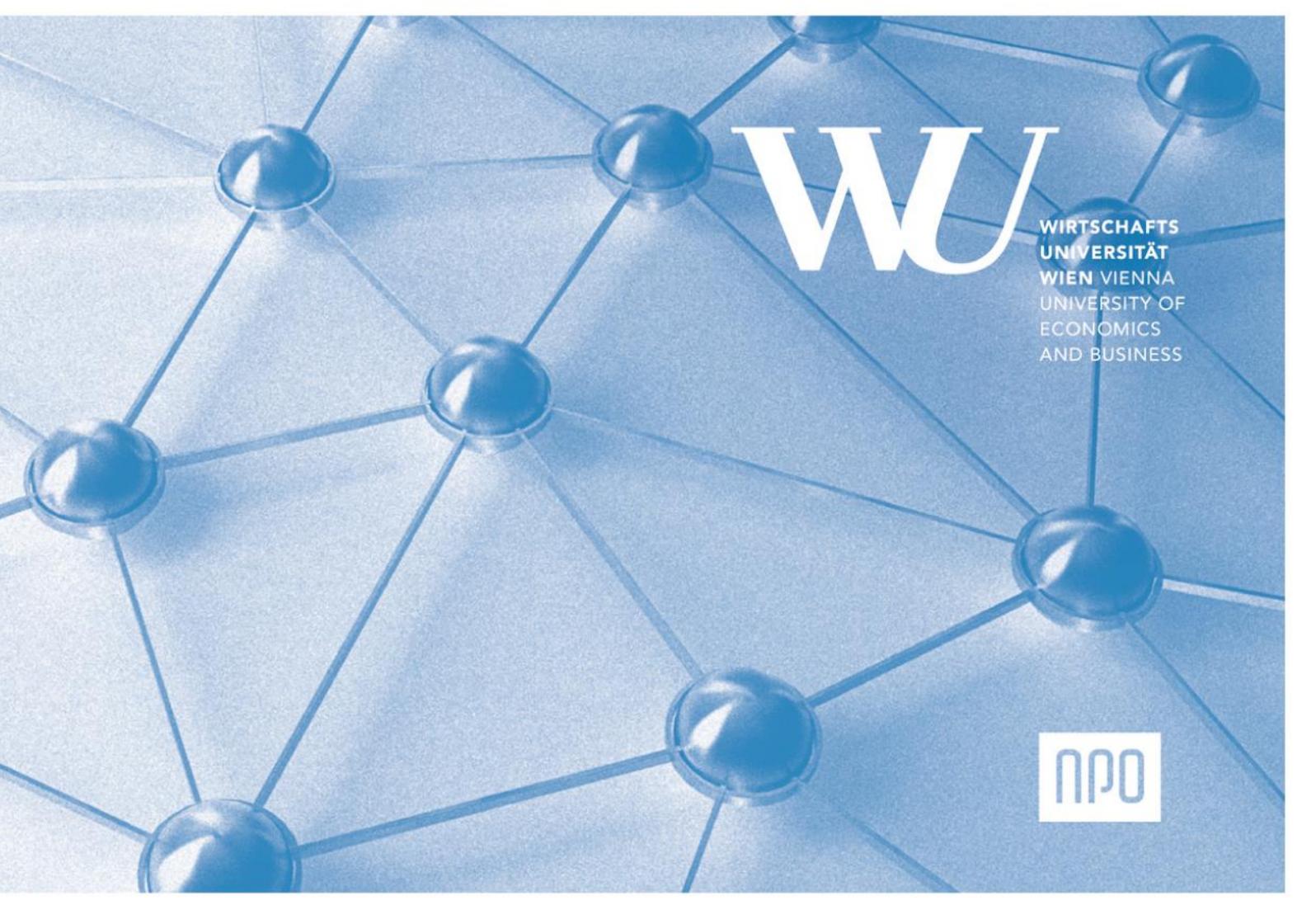


# Studie

zum gesellschaftlichen Mehrwert der  
VKKJ – Verantwortung und  
Kompetenz für besondere Kinder und  
Jugendliche, mittels einer Social  
Return on Investment (SROI) -  
Analyse

Ena Pervan, MSc  
Dr. Christian Schober  
Mag. Ina Pervan Al-Soqauer



**WU**

WIRTSCHAFTS  
UNIVERSITÄT  
WIEN VIENNA  
UNIVERSITY OF  
ECONOMICS  
AND BUSINESS







Impressum:

NPO & SE Kompetenzzentrum

Welthandelsplatz 1  
1020 Wien  
Tel.: 01 31336 5539  
Fax: 01 31336 5539  
[www.npo.or.at](http://www.npo.or.at)

Wien, September 2015

Kontakt: Ena Pervan, MSc, [ena.pervan@wu.ac.at](mailto:ena.pervan@wu.ac.at)

Copyright © NPO & SE Kompetenzzentrum



## VORBEMERKUNG

Die vorliegende Studie wurde vom NPO & SE Kompetenzzentrum der WU Wien im Auftrag der VKKJ erstellt. Die Studie bedient sich der Methode der Social Return on Investment (SROI)-Analyse.

Die Ergebnisse beruhen auf Daten, die im Rahmen von Interviews und quantitativen Datenerhebungen ermittelt wurden. In diesem Zusammenhang danken wir all jenen, die hier mitgewirkt haben, allen voran den PatientInnen der Ambulatorien, den KlientInnen des Tagesheims und deren Angehörigen, mit denen wir im Rahmen der leitfadensorientierten Interviews sehr umfassende Gespräche geführt haben und die uns einen spannenden Einblick in ihren Alltag gewährten.

Allen VertreterInnen der Arbeitsgruppe, darunter, in alphabetischer Reihenfolge, Fr. Dr. Helga Belcher-Döllner, Fr. Prim. Evita Diel, Fr. Martina Ecker, Hr. Prim. Dr. Markus Hartmann, Fr. Ursula Kleibel, Hr. Dr. Oliver Schumy, Hr. Stefan Stadler, Hr. Mag. Andreas Steuer und Hr. Prim. Dr. Klaus Vavrik sei herzlichst für die stets sehr produktive Zusammenarbeit in angenehmer Atmosphäre gedankt.

Auch Frau Fr. Eveline Rehak, ehemalige Leiterin des Tagesheims in Wiener Neustadt ist uns mit umfassenden Informationen behilflich gewesen.

Nicht zuletzt sei all den befragten MitarbeiterInnen, ÄrztInnen, LehrerInnen und KooperationspartnerInnen für die informativen Interviews gedankt.

Ohne das Zutun all dieser Personen wäre diese Studie von deutlich minderer Qualität.

Auf Seiten der AutorInnen war es ein spannendes und erkenntnisreiches Projekt. Es war eine Freude im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit ein Projekt abzuwickeln.

Wien, am 31. Juli 2015

Ena Pervan, MSc

Dr. Christian Schober

Mag. Ina Pervan-Al Soquauer

# INHALT

<b>Executive Summary .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>4</b>
1.1 Ausgangssituation .....	4
1.2 VKKJ – Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche .....	4
1.3 Exkurs: Therapieformen .....	6
1.4 Die Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich.....	11
1.5 Ziel der Studie .....	13
1.6 Aufbau des Berichts .....	13
<b>2 Methodisches Vorgehen.....</b>	<b>14</b>
2.1 Wirkungsanalyse .....	14
2.2 Social Return On Investment – Analyse.....	16
<b>3 Umfang der Analyse .....</b>	<b>19</b>
3.1 Konzeptionalisierung.....	19
3.2 Identifizierung der Stakeholder .....	19
3.3 Datenerhebung .....	22
<b>4 Analyse der Einnahmen und Ausgaben .....</b>	<b>24</b>
<b>5 Berechnung der Wirkungen .....</b>	<b>25</b>
5.1 Alternativszenario.....	25
5.2 PatientInnen der Ambulatorien.....	27
5.2.1 Wirkungsmodell .....	30
5.2.2 Wirkungskette PatientInnen .....	34
5.2.3 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	34
5.3 Angehörige .....	40
5.3.1 Wirkungskette Angehörige.....	44
5.3.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	44
5.4 KlientInnen des Tagesheims .....	46
5.5 Hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter .....	48
5.5.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.....	49
5.5.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	50
5.6 Krankenhäuser.....	52
5.6.1 Wirkungskette Krankenhäuser.....	52
5.6.2 Berechnung stakeholderspezifische monetarisierte Wirkungen.....	52
5.7 Bund.....	53
5.7.1 Wirkungskette Bund.....	53

5.7.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen.....	54
5.8	<i>Land Niederösterreich und Wien</i> .....	54
5.8.1	Wirkungskette Länder Niederösterreich und Wien .....	55
5.8.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen.....	55
5.9	<i>Sozialversicherungsträger</i> .....	55
5.9.1	Wirkungskette Sozialversicherungsträger.....	56
5.9.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen.....	56
5.10	<i>AMS</i> .....	57
5.10.1	Wirkungskette AMS .....	57
5.10.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	58
5.11	<i>Lieferantinnen und Lieferanten</i> .....	58
5.11.1	Wirkungskette LieferantInnen .....	58
5.11.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	59
5.12	<i>Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte</i> .....	59
5.12.1	Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte .....	59
5.12.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	60
5.13	<i>Die VKKJ</i> .....	61
5.13.1	Wirkungskette der VKKJ.....	61
5.13.2	Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen .....	61
5.14	<i>KooperationspartnerInnen</i> .....	62
<b>6</b>	<b>SROI-Wert – Gesamtberechnung .....</b>	<b>64</b>
<b>7</b>	<b>Auswirkung der Inklusion von langfristigen Wirkungen in die Analyse</b>	<b>67</b>
7.1	<i>Szenario 1 – höheres Einkommen</i> .....	67
7.2	<i>Szenario 2 – bessere Bildungskarriere</i> .....	67
7.3	<i>Szenario 3 – Inanspruchnahme von Assistenzleistungen</i> .....	68
7.4	<i>Szenario 4 – geringere soziale Belastungen der Eltern</i> .....	69
<b>8</b>	<b>Resümee.....</b>	<b>70</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>72</b>
<b>10</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>78</b>
10.1	<i>Wirkungsbündel</i> .....	79
10.2	<i>Wirkungsketten</i> .....	89
10.3	<i>Datentabelle</i> .....	94

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 2-1: Wirkungskette.....	14
Abbildung 2-2: SROI-Analyse im Überblick .....	16
Abbildung 2-3: Grundlegende Schritte der SROI-Analyse.....	18
Abbildung 3-1: Keystakeholder .....	20
Abbildung 6-1: Stakeholderanteile an der Gesamtinvestition und den Profiten .....	66
Abbildung 10-1: verbesserte Biorhythmen.....	79
Abbildung 10-2: weniger Infektionen .....	80
Abbildung 10-3: Schmerzreduktion.....	81
Abbildung 10-4: Verbesserung der orofacialen Funktionen.....	82
Abbildung 10-5: Verbesserung von Tonus und Haltung .....	83
Abbildung 10-6: Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung und des Umfelds .....	84
Abbildung 10-7: sich angenommen, wertgeschätzt, ernst genommen fühlen.....	85
Abbildung 10-8: Verbesserung der Fein- und Grobmotorik.....	86
Abbildung 10-9: Wissen zum Krankheitsverlauf.....	87
Abbildung 10-10: Erlernen von Copingstrategien.....	87
Abbildung 10-11: Verbesserung der kognitiven Funktionen.....	88
Abbildung 10-12: Zuordnung von Daten und Quellenangaben .....	94

## **TABELLENVERZEICHNIS**

Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der VKKJ – Gesamtbetrachtung .....	2
Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse.....	19
Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder.....	20
Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder .....	21
Tabelle 3-4: Engagement-Plan .....	22
Tabelle 4-1: Erträge .....	24
Tabelle 4-2: Aufwände.....	24
Tabelle 5-1: Wirkungsmodell - Leistungen .....	30
Tabelle 5-2: Wirkungsmodell - unmittelbare Wirkungen auf 1. Ebene.....	31
Tabelle 5-3: Wirkungsmodell - mittelbare Wirkungen auf 2. Ebene .....	32
Tabelle 5-4: Wirkungsmodell - mittelbare Wirkungen auf 3. Ebene .....	33
Tabelle 5-5: Wirkungsmodell - langfristige Wirkungen.....	33

Tabelle 5-6: Wirkungskette PatientInnen .....	34
Tabelle 4-5-7: monetarisierte Wirkungen der PatientInnen .....	35
Tabelle 4-5-8: Wirkungskette Angehörige .....	44
Tabelle 4-5-9: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen.....	44
Tabelle 5-10: Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter .....	50
Tabelle 4-5-11: monetarisierte Wirkungen der MitarbeiterInnen .....	50
Tabelle 5-12: Wirkungskette der Krankenhäuser .....	52
Tabelle 5-13: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser .....	53
Tabelle 5-14: Wirkungskette des Bundes .....	54
Tabelle 5-15: monetarisierte Wirkungen des Bundes .....	54
Tabelle 4-5-16: Wirkungskette der Länder Niederösterreich und Wien .....	55
Tabelle 4-5-17: monetarisierte Wirkungen der Länder Niederösterreich und Wien .....	55
Tabelle 4-5-18: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger .....	56
Tabelle 4-5-19: monetarisierte Wirkungen der Sozialversicherungsträger .....	56
Tabelle 4-5-20: Wirkungskette des AMS .....	57
Tabelle 4-5-21: monetarisierte Wirkungen AMS .....	58
Tabelle 4-5-22: Wirkungskette der LieferantInnen .....	59
Tabelle 4-5-23: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen .....	59
Tabelle 4-5-24: Wirkungskette der ÄrztInnen.....	60
Tabelle 4-5-25: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen.....	60
Tabelle 4-5-26: Wirkungskette der VKKJ .....	61
Tabelle 4-5-27: monetarisierte Wirkungen der VKKJ .....	61
Tabelle 4-6-1: Berechnung SROI-Wert .....	64
Tabelle 4-6-2: Investitionen und Profite der VKKJ Gesamtbetrachtung 2013 .....	64
Tabelle 7-1: langfristige Wirkungen - Szenario 1 .....	67
Tabelle 7-2: langfristige Wirkungen - Szenario 2 .....	68
Tabelle 7-3: langfristige Wirkungen - Szenario 3 .....	68
Tabelle 7-4: langfristige Wirkungen - Szenario 4 .....	69
Tabelle 10-1: Wirkungsketten .....	89

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

AMS	Arbeitsmarktservice
VKKJ	Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche
iHv	in Höhe von
N/A	Nicht vorhanden
SROI	Social Return on Investment
TZ	Teilzeit
VZÄ	Vollzeitäquivalent

## EXECUTIVE SUMMARY

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt von der VKKJ – Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche, den Auftrag die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der VKKJ in Niederösterreich und Wien zu analysieren. Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2013.

**Die Evaluation erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die VKKJ geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten.** Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen der Organisation messen. Die vorliegende Analyse orientiert sich am von Schober/Then (2015) herausgegebenen „Praxishandbuch Social Return on Investment“. Ein wesentlicher Punkt ist die Identifikation der wichtigsten Stakeholder zu Beginn. Für jede Stakeholdergruppe wird der investierte Input dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) in einer Wirkungskette gegenübergestellt. Die solcherart identifizierten Wirkungen werden verifiziert, ergänzt, quantifiziert und zum Schluss soweit möglich und sinnvoll in Geldeinheiten bewertet. Somit kann letztlich der monetäre Wert der aggregierten Wirkungen dem gesamten in Geldeinheiten vorliegenden Input gegenübergestellt werden. Die sich ergebende Spitzenkennzahl ist der SROI-Wert, der als Verhältniskennzahl angibt, wie die monetarisierten Wirkungen proportional zu den investierten Geldern sind. Ein Wert von 1:2 signalisiert doppelt so wertvolle gesellschaftliche Wirkungen wie Investitionen.

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

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfaltet die VKKJ bei den relevanten Stakeholdergruppen?“*

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

Die **Forschungsfrage 3** lautet: *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die VKKJ investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine VKKJ gibt. Die PatientInnen der Ambulatorien und KlientInnen des Tagesheims müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Dies wären andere Ambulatorien oder niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen für die PatientInnen der Ambulatorien. KlientInnen des Tagesheims könnten, soweit Kapazitäten vorhanden, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung beziehungsweise in anderen Tagesheimen unterkommen. Nachdem nicht alle PatientInnen und KlientInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden Angehörige ebenfalls einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand übernehmen müssen.

Die Studie zeigt welche vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten die VKKJ erfüllt. Sie identifiziert darüber hinaus vor allem Wirkungen für unterschiedliche Gruppen, die mit der VKKJ in Kontakt stehen, sogenannten Stakeholdern. Als Stakeholder wurden folgende Gruppen identifiziert: PatientInnen der Ambulatorien, KlientInnen des Tagesheimes, Angehörige, MitarbeiterInnen, Krankenhäuser, Bund, die Bundesländer Niederösterreich und Wien, Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice, LieferantInnen, niedergelassene ÄrztInnen, die VKKJ, SpenderInnen und KooperationspartnerInnen.

Im Verlauf der Studie zeigte sich relativ rasch, dass aufgrund der Datenlage bei den VKKJ sowie einer zufriedenstellenden Datenlage im Sekundärmaterialbereich vielfach eine sinnvolle Quantifizierung und Monetisierung der Wirkungen möglich ist.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2013 **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von rund 151 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von rund 14 Mio. Euro**. Durch die Gegenüberstellung

der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2013 zur Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 10,67**. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 10,67 Euro schafft. Die Investitionen kommen somit als positive gesamtgesellschaftliche Wirkungen mehr als zehnfach wieder zurück. Dies ist ein vergleichsweise extrem hoher Wert. Hauptgrund hierfür ist der stark präventive Charakter der Leistungen von VKKJ. Hierbei sind langfristige Wirkungen noch nicht einbezogen.

Die bedeutendsten positiven Wirkungen entstehen für die **PatientInnen**, gefolgt von den **Angehörigen**. Beide Stakeholder vereinen gemeinsam um die **98% der Gesamtwirkungen auf sich**.

**Zusammenfassend wird deutlich, dass die Arbeit von VKKJ extrem wirkungsvoll ist. Die monetarisierten Wirkungen der Organisationen, bezogen auf das Jahr 2013, waren rund 10,7 Mal so hoch wie die getätigten finanziellen Investitionen.**

**Werden einzelne langfristige Wirkungen in die Analyse miteinbezogen, liegt der SROI-Wert je nach Szenario zwischen 11,17 und 21,21.**

Nachstehende Tabelle 0-1, stellt eine Gesamtbetrachtung der Investitionen und Profite (monetarisierte Wirkungen) der VKKJ für das Jahr 2013 dar:

**Tabelle 0-1: Investitionen und Profite der VKKJ – Gesamtbetrachtung**

Stakeholder	Investitionen in VKKJ	Wirkungen und Profite von VKKJ	Anteil am Profit
<b>PatientInnen</b>	Zeit, Vertrauen	- z.B. weniger Schmerzen, erhöhtes physisches und psychisches Wohlbefinden, Verbesserung der Mobilität	€ 116.765.390 77,5%
<b>Angehörige</b>	private Behandlungsbeiträge	€ 2.599 z.B. psychische Entlastung, Zeitersparnis, Kostenersparnis	€ 31.448.977 20,9%
<b>MitarbeiterInnen</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	- z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	€ 848.508 0,6%
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an VKKJ, Beratung und Austausch	- Zeitersparnis für Diagnostik und Nachsorge	€ 614.962 0,4%
<b>VKKJ</b>	Auflösung von Rücklagen, Mitgliedsbeiträge	€ 342.556 Erfüllung der Vereinsziele/ Zufallsüberschuss für projektbezogene Rücklagen	€ 340.706 0,2%
<b>SV</b>	Subventionen und Zuschüsse	€ 6.402.996 zusätzliche Beiträge, Erfüllung des Versorgungsauftrages	€ 213.315 Erfüllung des Versorgungsauftrages bei PatientInnen berücksichtigt 0,1%

<b>AMS</b>	-	-	Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 199.914	0,1%
<b>Bund</b>	-	-	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen	€ 153.290	0,1%
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	Beratung und Austausch		Zeitersparnis	€ 81.460	0,1%
<b>LieferantInnen</b>	-	-	zusätzliche Aufträge	€ 7.478	0,0%
<b>Land NÖ und Wien</b>	Subventionen und Zuschüsse	€ 6.441.700	Erfüllung des Versorgungsauftrages	bei PatientInnen berücksichtigt	0,0%
<b>Sonstige</b>	Spenden, sonstige Einnahmen, interne Verrechnung	€ 927.603	-	-	0,0%
<b>KlientInnen und Angehörige des Tagesheims</b>	Zeit, Vertrauen		- z.B. Erlernen von Selbstständigkeit, Freunde finden, psychische Entlastung	wurde nicht monetär bewertet	-
<b>KooperationspartnerInnen</b>	Zeit, Kooperationsbereitschaft		- z.B. Arbeits erleichterung, zufriedener KundInnen	wurde nicht monetär bewertet	-
<b>SROI</b>		<b>€ 14.117.454</b>		<b>€ 150.674.000</b>	<b>10,67</b>

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 AUSGANGSSITUATION

---

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt von der VKKJ den Auftrag die gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der Einrichtungen der VKKJ in Niederösterreich und Wien zu evaluieren. Dabei soll der soziale Mehrwert für die Gesellschaft sichtbar gemacht werden, der durch die neun Ambulatorien und das Tagesheim generiert werden konnte.

Um die Wirkung der angebotenen Dienstleistungen in der gewünschten Breite messen und analysieren sowie darstellen zu können, wurde entschieden eine Social Return on Investment (SROI) Analyse durchzuführen. Die Analyse wurde für das Jahr 2013 erstellt und hat den sogenannten SROI-Wert als Spitzenkennzahl zum Ergebnis. Diese Kennzahl basiert auf einer komplexen Erhebung und Analyse der Wirkungen bei den einzelnen Stakeholdern des analysierten Projekts, Programms bzw. der Organisation.

In der Betriebswirtschaft ist die Berechnung von ökonomischen Kennzahlen zur Bestimmung von Werten ein gängiges Vorgehen. Um auch das gesamte Tätigkeitsfeld sowie die erzeugten sozialen Effekte nicht-gewinnorientierter Organisationen abbilden zu können, wurden Modelle entwickelt, die neben betriebswirtschaftlichen auch soziale Faktoren berücksichtigen. In den vergangenen Jahren kam hierfür zunehmend die SROI-Analyse zum Einsatz, die versucht, den sozialen bzw. breiteren gesellschaftlichen Nutzen von Investitionen in Organisationen und Projekten umfangreich greifbar zu machen und weitgehend zu monetarisieren. Der soziale Ertrag des Projekts bzw. die sozialen Profite für die Stakeholder können mittels dieser Analyse somit aggregiert den finanziellen Investitionen gegenübergestellt werden. Diese wiederum können damit vergleichsweise umfangreicher und besser beurteilt werden.

Bei der Erstellung des vorliegenden Berichts wurde höchster Wert darauf gelegt, gründlich und umfangreich zu recherchieren und die über das Internet und die wissenschaftliche Literatur zur Verfügung stehenden Informationen möglichst akkurat zu berücksichtigen. Aufgrund der Komplexität des Feldes und der damit verbundenen Wirkungen besteht jedoch immer die Möglichkeit Relevantes nicht beachtet zu haben. Falls somit den geschätzten LeserInnen relevante, nichtberücksichtigte Analysen, Studien oder Daten bekannt sind, würden sich die AutorInnen über eine Übermittlung derselben oder Hinweise darauf freuen. Solcherart können zukünftige Analysen verfeinert werden.

## 1.2 VKKJ – VERANTWORTUNG UND KOMPETENZ FÜR BESONDERE KINDER UND JUGENDLICHE

---



Entwicklungsbeeinträchtigte Kinder, Kinder mit Behinderung oder mit psychischen Störungen haben einen hohen medizinisch-therapeutischen Versorgungsbedarf. Vor allem Kinder und Jugendliche mit schweren und/oder mehrfachen Behinderungen benötigen oft jahrelang eine Behandlung in spezifischen Ambulatorien.

Der Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit aus dem Jahr 2014 konstatiert, dass in Österreich vielen Kinder und Jugendlichen die Chance auf eine kostenfreie Behandlung durch Logopädie, Physio- oder Ergotherapie,

Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie verwehrt bleibt. Es fehlen österreichweit zumindest 60.000 Therapieplätze für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen und Erkrankungen, bei Wartezeiten von bis zu einem Jahr und mehr (Kinderliga 2014). Dies führt dazu, dass Kinder zum Teil zu spät diagnostiziert werden und oftmals keine adäquate und kontinuierliche Betreuung erhalten. Dadurch kann es bei den betroffenen Kindern zu sekundären Schäden kommen.



Der Verein VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche) wurde im Jahr 1975 als privater, gemeinnütziger Verein von betroffenen Eltern gegründet, welche eine entsprechende Betreuung ihrer körperlich und mehrfach behinderten Kinder sicherstellen wollten. Heute betreibt die VKKJ bereits 9 Ambulatorien zur Entwicklungsdiagnostik, Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ein Tagesheim für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Ein multidisziplinäres Team von ÄrztInnen und TherapeutInnen stellte im Jahr 2013 für insgesamt 7.219 PatientInnen eine medizinisch-therapeutische Diagnostik, Behandlung und Betreuung sicher. Davon

wurden rund 50% der PatientInnen in Wien und 50% in Niederösterreich betreut. Im Tagesheim der VKKJ wurden im selben Jahr 39 KlientInnen betreut. Insgesamt waren 2013 rund 278 MitarbeiterInnen bei der VKKJ beschäftigt.

Die Ambulatorien der VKKJ werden an 9 Standorten in Wien und Niederösterreich angeboten. Dort erfolgt eine medizinisch-therapeutische Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren. Das Ambulatorium Liesing bietet Diagnostik und Therapie für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 30 Jahre an. Zusätzlich führt der Verein ein Tagesheim für erwachsene Menschen mit Behinderung. Die Standorte der VKKJ sind folgende:

- Ambulatorium Wiental, 1150 Wien
- Ambulatorium Liesing, 1230 Wien
- Ambulatorium Fernkorngasse, 1100 Wien
- Ambulatorium Strebersdorf, 1210 Wien
- Ambulatorium Wiener Neustadt
- Ambulatorium Amstetten
- Ambulatorium Eggenburg
- Ambulatorium Mistelbach
- Ambulatorium Neunkirchen
- Tagesheim für Menschen mit besonderen Bedürfnissen in Wiener Neustadt



Im Zentrum des Betreuungsangebotes der VKKJ-Ambulatorien steht ein interdisziplinärer Ansatz, der eine große Bandbreite an unterschiedlichen Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten gewährleistet. MedizinerInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen aus verschiedenen Berufsgruppen entwickeln gemeinsam individuelle, maßgeschneiderte Behandlungskonzepte für jeden Patienten bzw. jede Patientin. Dadurch wird die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen gefördert und ein wesentlicher Beitrag zur medizinisch-therapeutischen Versorgung geleistet. Die Angebote der Ambulatorien der VKKJ richten sich an Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsverzögerungen,

Entwicklungsgefährdungen, Verhaltensauffälligkeiten und Behinderungen, wobei den Angehörigen und ÄrztInnen, aber auch Kindergartenpersonal und Lehrkräften eine ganz

entscheidende Bedeutung zukommt. Die Erfahrungen zeigen, dass durch den frühzeitigen Einsatz gezielter Therapien und begleitender Maßnahmen die Entwicklung der Kinder unterstützt wird und somit eine bessere Partizipation des betroffenen Kindes und der Familien in vielen Lebensbereichen zu erzielen ist. Früherkennung ist daher ein ganz entscheidender Erfolgsfaktor, dem die VKKJ auch durch die Betreuung Frühgeborener Rechnung trägt. Das Leistungsangebot der VKKJ umfasst folgende Therapien:

- Sozial- und Entwicklungspädiatrische, Neuropädiatrische und Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung und Therapie
- Psychologische Diagnostik, Beratung und Behandlung
- Psychotherapie
- Physiotherapie (inkl. Hippotherapie und Behinderten-Schwimmen)
- Ergotherapie (inkl. sensorische Integrationsbehandlung)
- Logopädie
- Unterstützte Kommunikation
- Musiktherapie
- Heilpädagogische Diagnostik, Beratung und Begleitung
- Frühförderung
- Rhythmik
- Sozialberatung, Sozialarbeit
- Elterngruppen
- Geschwistergruppen
- Einzeltherapie oder (Klein-)Gruppentherapie
- Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans Sommerlager oder Intensivtage

Ein weiterer Schwerpunkt ist die heilpädagogische Unterstützung entwicklungsgefährdeter Kinder. Großes Augenmerk gilt auch der Beratung von Eltern und Geschwistern betroffener Kinder und Jugendlicher.

Die Finanzierung des laufenden Betriebs der Einrichtungen erfolgt durch Verträge mit den Sozialversicherungsträgern sowie Vereinbarungen mit den Ländern, in Wien mit dem „Fonds Soziales Wien“ und in Niederösterreich mit der Sozialabteilung der Landesregierung. Für die Finanzierung von größeren Anschaffungen, Umbauten oder besonderen Projekten ist die VKKJ auf Spenden und Subventionen angewiesen. Die Angebote der VKKJ können von den Betroffenen mittels e-card in Anspruch genommen werden. Ermöglicht wird dies durch eine vertragliche Vereinbarung zwischen der VKKJ und den Sozialversicherungsträgern sowie des Fonds Soziales Wien bzw. der Sozialabteilung des Landes Niederösterreich. Die Überweisung kann durch die niedergelassenen ÄrztInnen oder ein Krankenhaus erfolgen. Auch Kindergärten, Schulen, Kinderheime, Abteilungen der Jugendwohlfahrt und niedergelassene TherapeutInnen empfehlen die Vorstellung und Behandlung in einem Ambulatorium. Betroffene Angehörige können sich aber auch direkt mit einem der Ambulatorien der VKKJ in Verbindung setzen und einen Termin vereinbaren.

### **1.3 EXKURS: THERAPIEFORMEN**

---

Im diesem Kapitel werden einzelne Therapieformen, die in den Ambulatorien der VKKJ angewandt werden, vorgestellt und deren Wirkweise knapp und cursorisch beschrieben. Dies soll den fachkundigen LeserInnen die Möglichkeit geben einen knappen Überblick über die Inhalte und Wirkungen der angewandten Therapieformen zu bekommen. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, reicht das Leistungsangebot von fachärztlicher Diagnostik über psychologische Testung und Beratung, Physio-, Psycho- und Ergotherapie bis hin zu Logopädie, Musiktherapie, Rhythmik und computergestützter Kommunikation. Ein weiterer Schwerpunkt ist die heilpädagogische Unterstützung entwicklungsgefährdeter Kinder. Großes Augenmerk gilt auch der Beratung von Eltern und Geschwistern betroffener Kinder und Jugendlicher.

Im Rahmen der **Logopädie** werden Störungen des Sprachverständnisses, der Mundfunktionen, des Sprechens, des Schluckens, der Atmung, der Stimme, des

Hörvermögens, der gesprochenen und geschriebenen Sprache und der Wahrnehmung, die in allen Altersgruppen auftreten können, untersucht, diagnostiziert und behandelt (Logopädie Austria 2015). Im Mittelpunkt der logopädischen Arbeit steht die Erhaltung, Verbesserung beziehungsweise Wiederherstellung der menschlichen Kommunikation im verbalen und nonverbalen Bereich. Die logopädische Therapie ist vornehmlich an medizinisch-technischen Grundkenntnissen ausgerichtet, mit dem primären Ziel der Verbesserung der Gesamtgesundheitssituation des/der PatientIn. Die Arbeit der Logopädie konzentriert sich auf die Förderung des Hörens und Sprechens. Sind die Möglichkeiten des/der PatientIn hierfür begrenzt, werden ergänzende Kommunikationssysteme, beispielsweise durch den Einsatz von Hörsystemen und anderen technischen Hilfsmitteln, eingesetzt. Kinder und Jugendliche mit Hör- und Sprachentwicklungsstörungen leiden dabei zusätzlich an anderen Problemen, wie Wahrnehmungsstörungen, Lernproblemen, Aufmerksamkeitsstörungen, Lese- und Rechtschreibproblemen, psychosozialen Problemen und Ähnlichem. Dies führt oft zu einer Potenzierung der Symptomatik, was bedeutet, dass meist sehr komplexe Fälle einer Langzeitbetreuung bedürfen. Im Rahmen einer logopädischen Therapie wird an Grundlagen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration gearbeitet und alle Sinnesbereiche mit dem Schwerpunkt Hören und Hörerziehung gefördert. Des Weiteren wird auf den Sprachaufbau und die Artikulationskorrektur hin gearbeitet. Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln wie Hörgeräten wird erlernt und das soziale Umfeld, insbesondere Eltern und LehrerInnen, miteinbezogen. Außerdem umfasst die Arbeit einer/eines LogopädIn auch die Verbesserung der Mundfunktion, wie saugen, kauen und schlucken, Spezialtherapien nach Castillo Morales, gestützte Kommunikation und vielem mehr (vgl. LZH 2012).

Die Arbeit von Rosar (2010) belegt nicht nur die Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten durch logopädische Therapien. Das Hauptergebnis zeigt, dass logopädische Therapie bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen einen signifikanten Zuwachs in den persönlichen Kompetenzen sowie in Bezug auf Sprache und Spielverhalten hat.

Ist eine Verzögerung beziehungsweise Störung der Entwicklung in Bezug auf Motorik und Wahrnehmung gegeben, beziehungsweise die Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder ein Kind von Behinderung bedroht oder betroffen, wird eine **Ergotherapie** empfohlen. Die Förderung der Kinder und Jugendlichen erfolgt dabei nach Möglichkeit in spielerischer Form. Typische Therapiegeräte der ErgotherapeutInnen sind Plattformschaukel, Hängematte, Rollbrett, Sandsäcke, Reiterschaukel, Trampolin und Fingerfarben. Durch die Auseinandersetzung mit diesen Materialien kann die Entwicklung der PatientInnen voranschreiten. Im Rahmen einer Ergotherapie werden die Bewegungsabläufe, Tonusregulierung und Koordination verbessert. Zusätzlich verbessern sich die Sinneswahrnehmungen, die Körperwahrnehmung, die Raumorientierung, die Feinmotorik, die Gleichgewichtsfunktionen, die Auge-Hand-Koordination, die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Gedächtnis, Problemlösungsfähigkeit, etc. Außerdem werden sozio-emotionale Kompetenzen (Motivation, Selbstvertrauen, Kreativität, Frustrationstoleranz, Regelverständnis und Ähnliches) entwickelt. Somit ist die Integration in Kindergarten, Schule, Familie und Umwelt möglich. Bleibende Defizite werden durch das Entwickeln von verschiedenen Strategien oder durch den Einsatz von Hilfsmitteln kompensiert (vgl. LZH 2012).

Bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen gilt die **Physiotherapie** als ein zentraler Bestandteil der Behandlung. Die zerebralen Bewegungsstörungen werden als Oberbegriff für alle Störungen von Körperhaltung und Bewegung verstanden, die auf einer Erkrankung, Schädigung oder Aufbaustörung (Anomalie) des Gehirns beruhen. Wesentlicher Bestandteil der Physiotherapie ist die Generierung von möglichst normalen Bewegungsabläufen und die Vermeidung von abnormen Bewegungsmustern bzw. „Ersatz-Mustern“. Physiotherapie soll nicht nur die Vermeidung und Reduktion von sekundären Komplikationen wie Muskelschwäche, Kontrakturen, Gelenkfehlstellung, Wirbelsäulenasymmetrie oder Hüftgelenkluxation bewirken. Im Mittelpunkt stehen dabei der Erwerb von Fähigkeiten, die für den Alltag relevant sind und die Förderung der Teilhabe am sozialen Leben. Ziel der Therapie ist es, weitgehend normale Bewegungsabläufe und Körperhaltungsmuster im Gehirn zu speichern, um sie bei

eigenständigen Handlungsabläufen zu nutzen. Physiotherapie soll Bewegung, Haltung und Stabilität sowie Bewegungsablauf und Muskelkräfte anregen und unterstützen. Dabei wird nicht nur auf das Muskelskelettsystem eingewirkt, sondern auch auf sensible sensorische und vegetative Funktionen und die psychische Situation Einfluss genommen. Es sollen Funktionseinschränkungen gemindert oder ihre Verschlimmerung vermieden sowie die Mobilität und Leistungsfähigkeit gesteigert werden mit dem Ziel, eine größere Selbstständigkeit und eine Integration in die Familie und Gesellschaft zu erreichen. Wesentliche Techniken sind die Anregung von aktiven Bewegungen mit und ohne unterstützende Geräte und von Halten, von Gehen (Gangschulung) und Atemfunktion. Passive Techniken der Lagerung, der Mobilisierung oder der Traktion gehören ebenfalls zu den allgemeinen Behandlungstechniken. Die Behandlung wird durch eine sinnvolle Beratung der Bezugspersonen und des Kindes, über die Art der bestehenden Erkrankung, die Ziele und Grenzen therapeutischer Interventionen, die Möglichkeiten der Integration in Kindergarten, Schule und Beruf und Freizeit, ergänzt. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit speziell erfahrenen Personen anderer Berufsgruppen (Medizin, Ergotherapie, Logopädie, Pädagogik, Orthopädietechnik usw.) ist i.d.R. notwendig. Ein weiteres Ziel der Therapie ist es, geeignete Orthesen und Hilfsmittel (von einfachen Hilfen bei der Lagerung bis hin zur geeigneten Rollstuhlversorgung) zu finden, welche die Mobilität und Selbstständigkeit im täglichen Leben verbessern können, und die Kinder dabei anzuleiten. Bis heute ist ungeklärt, inwieweit durch Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage, insbesondere durch intensive, früh beginnende Physiotherapie langfristig ein bessere Prognose in Bezug auf die motorischen Fähigkeiten und eine Verminderung der Folgeschäden, die oft zu einer operativen Behandlung führen, erreicht werden kann. Trotz der wissenschaftlich nicht abgesicherten Datenlage werden die Verbesserung der Körperhaltungskontrolle und Verringerung von Sekundärsymptomen wie z.B. Kontrakturen allgemein als Effekte einer Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage angesehen. Die wichtigste Aufgabe ist allerdings die fachliche Anleitung der Angehörigen im Umgang mit den Funktionsstörungen der Betroffenen und die Hilfe bei der Integration in Familie und Gesellschaft (Karch et al. 2005).

Im Rahmen der Therapien der VKKJ wird auch das **Bobath-Konzept** angewendet. Das Bobath-Konzept ist ein bewährtes, weltweit verbreitetes bewegungstherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen jeder Altersgruppe mit angeborenen bzw. erworbenen zerebralen Bewegungsstörungen, Entwicklungsverzögerungen, sensomotorischen Störungen sowie neuromuskulären Erkrankungen. Es basiert auf neurophysiologischen und entwicklungsneurologischen Grundlagen und wird von TherapeutInnen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie von Ärztinnen, Ärzten und sowie dem Pflegepersonal optimalerweise in berufsübergreifender Zusammenarbeit angewandt. Das Konzept ist von den österreichischen Krankenkassen anerkannt und wird nach ärztlicher Verordnung durchgeführt (Bobath 2014). Die Merkmale des Konzepts sind die Alltagsorientierung, die Förderung von Eigenaktivität und die Nutzung persönlicher Ressourcen. Das Ziel ist die größtmögliche Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit des/der PatientIn im Alltag und die Optimierung aller Funktionen über die Verbesserung der Haltungskontrolle und selektiven Bewegungen durch Fazilitation. Das Bobath-Konzept basiert auf evidenz-basierten theoretischen Annahmen und verfügt über mehrere, positive Studien bis Evidenz-Level 1b nach Sackett et al. (Bobath 2014).

**Hippotherapie** ist eine spezielle physiotherapeutische Maßnahme, die sich bei Menschen mit Störungen und Einschränkungen des Bewegungsapparates, das Pferd mit seinem spezifischen rhythmischen dreidimensionalen Gangmuster im Schritt zu Nutze macht. Die Bewegungsimpulse des Pferdes übertragen dreidimensionale Schwingungsimpulse auf den Rumpf des Menschen und bewegen diesen, ähnlich wie beim selbständigen Gehen. Zudem werden so permanente kleine Anpassungen an die Bewegungen des Pferdes und Gleichgewichtsreaktionen initiiert. Verkrampfte Muskulatur kann sich durch die Wärme des Pferdes und seine sanften rhythmischen Bewegungsimpulse lockern, gleichzeitig werden Haltungs- und Stützreaktionen positiv beeinflusst. Dabei wird der Patient durch ganzheitliche Förderung körperlich, emotional, geistig und sozial angesprochen. Diese neurophysiologische Behandlung wird ärztlich verordnet, durch Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation

„Hippotherapie“ durchgeführt und für jeden Patienten individuell angepasst (ÖKTR 2015). Indikationen für die Hippotherapie sind bei Kindern und Jugendlichen sind zum Beispiel Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, Muskelerkrankungen, Störungen/Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und andere Erkrankungen mit assoziierten Auswirkung auf die Bewegungssteuerung und den Stütz- und Bewegungsapparat.

**Frühförderung** ist ein pädagogisches Angebot zur frühestmöglichen, ganzheitlichen Förderung der Entwicklung des Kindes und die Begleitung, Beratung und Unterstützung der Eltern bzw. der Familien. Anspruch auf Frühförderung haben Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder mit Behinderungen, Kinder, die von Behinderung bedroht sind, Frühgeburten und Kinder mit Sinnesbehinderung. Die Frühförderung über die Frühförderstellen der VKKJ kann als Hausbesuch für Kinder ab der Geburt bis zum Eintritt in den Kindergarten und darüber hinaus bei Bedarf im Ambulatorium bis zum Schuleintritt erfolgen. Aufgaben der Frühförderung sind die ganzheitliche Förderung des Kindes in den Bereichen Grobmotorik, Feinmotorik, Wahrnehmung und Sprache. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Begleitung und Unterstützung der Eltern in schwierigen Situationen und alltäglichen Fragen mit dem Ziel ihre Kompetenz zu stärken. Zudem werden im Rahmen der Frühförderung Eltern bei frühen Regulations- oder Bindungsproblemen um z.B. bei daraus resultierenden Fütterstörungen, Schlafstörungen oder dauerndem Schreien Hilfestellungen bieten zu können, beraten. Weitere Aufgaben der Frühförderung sind eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und TherapeutInnen. Dies erfolgt im Rahmen der Ambulatorien durch den regelmäßigen Austausch bei den Teambesprechungen. Die Vorbereitung und Unterstützung bei der Auswahl des Kindergartens sowie der Vorbereitung der Rahmenbedingungen, die für das entsprechende Kind dort erforderlich sind ist ebenfalls eine Aufgabe der Frühförderung. Es erfolgt ebenso eine Beratung bei der Wahl von Spielmaterial oder Therapiegeräten (BVFFNÖ 2015).

„Die Aufgabe der **Heilpädagogik** ist es, Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten bzw. Verhaltensstörungen oder mit geistigen, psychischen, körperlichen und sprachlichen Beeinträchtigungen sowie deren Umfeld durch den Einsatz entsprechender pädagogisch-therapeutischer Angebote zu helfen. Die betreuten Personen sollen dadurch lernen, Beziehungen aufzunehmen und verantwortlich zu handeln, Aufgaben zu übernehmen und dabei Sinn und Wert erfahren. Dazu diagnostizieren Heilpädagogen vorliegende Probleme und Störungen, aber auch vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten der zu betreuenden Personen, und erstellen individuelle Förder- und Behandlungspläne. Durch geeignete pädagogische Maßnahmen fördern sie die Persönlichkeit, die Eigenständigkeit, die Gemeinschaftsfähigkeit, den Entwicklungs- und Bildungsstand sowie die persönlichen Kompetenzen der zu betreuenden Menschen. Darüber hinaus beraten und betreuen sie Angehörige oder andere Erziehungsbeteiligte, zum Beispiel in Problem- und Konfliktsituationen“ (BHP 2015).

Laut dem österreichischen Berufsverband für Rhythmik/Musik- und Bewegungspädagogik ist die **Rhythmik** eine künstlerisch-pädagogische Arbeitsweise. „Sie fördert die Persönlichkeitsentwicklung und die Kreativität, differenziert die Wahrnehmung, vertieft die Körpererfahrung und erweitert die Kommunikationsfähigkeit des Menschen“ (ÖBR 2015). Rhythmik verbindet Musik, Bewegung, Stimme/Sprache und Materialien und kombiniert diese unterschiedlich und vielfältig miteinander. Diese pädagogische Arbeitsweise ist auf die Entwicklung der Persönlichkeit in ihren motorischen, affektiv-sozialen und kognitiven Fähigkeiten ausgerichtet. Die Integration von Rhythmik in die therapeutische Arbeit hat den Vorteil, dass Motivation, Aufmerksamkeit und Willenskraft bei den PatientInnen geweckt werden können. Durch den spielerischen Ansatz liefert die Rhythmik eine Vielfalt an Möglichkeiten, die therapeutische Behandlung reizvoll und spielerisch zu gestalten. Der Einbezug von Rhythmik in andere Therapieformen kann zu einem einflussreichen Faktor im Heilungsprozess werden (Devuyt 2006).

Als weitere Therapieform in den Ambulatorien wird die **Musiktherapie** angeboten. Durch Musik werden alle Sinne stimuliert, wodurch der Ausdruck über musikalische Medien wie

Sprache, Rhythmus, Bewegung, Melodie und eigene Stimme möglich wird. Musiktherapie kann dabei Kommunikationsprozesse auf einer sehr basalen, präverbalen Ebene in Gang bringen. Auch Empathie und differenzierte Ausdrucksmöglichkeiten können erprobt werden. Zusätzlich wird die Freude am Experimentieren angeregt und die Entfaltung von Kreativität aber auch von motorischen Fähigkeiten, wie Hand-Hand-Koordination oder Auge-Hand-Koordination, gefördert. Auch auf tiefenpsychologischer Ebene entfaltet die Musiktherapie Wirkungen, wie die Stärkung einer sozialen Identität, des Selbstvertrauens, der Selbsteinschätzung, des Selbstwerts, der Selbstwahrnehmung und der Selbstwirksamkeit aber auch die Förderung der Aufmerksamkeit und die Verbesserung von Konzentration und Ausdauer. Kommunikative und empathische Fähigkeiten werden geschult. Aufbauend darauf erfolgt ein Transfer von der nonverbalen auf die verbale Ebene, wobei auf Sprachfluss, -melodie, -rhythmus, Artikulation und Regulation von Lautstärke geachtet wird (vgl. LZH 2012).

Die VKKJ bietet des Weiteren eine **psychologische Diagnostik, Behandlung und Beratung** an. Die klinisch psychologische Diagnostik dient zur Klärung von Schwierigkeiten und Auffälligkeiten in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung und zur Klärung, was für die Probleme eines Kindes/Jugendlichen verantwortlich sein könnte. Das erfolgt durch ausführliche Gespräche mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen und dem Kind/Jugendlichen, mit standardisierten Testverfahren und Fragebögen sowie durch Verhaltensbeobachtung. In der psychologischen Behandlung werden psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder soziale Phobien und somatische Erkrankungen, wie Essstörungen oder psychosomatische Erkrankungen behandelt. Ziel der psychologischen Behandlung ist es, die Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern und die psychische Belastbarkeit zu stärken (vgl. LZH 2012). Zusätzlich hat die Beratung der Eltern, und auf deren Wunsch auch zum Beispiel der Schule, einen hohen Stellenwert.

Auch **Psychotherapie** wird in den Ambulatorien der VKKJ angeboten. Laut dem österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, geht diese davon aus, dass Körper und Seele eine Einheit sind und Krankheiten, Symptome oder Leidenszustände demnach entweder Ursache oder Ausdruck von seelischem Ungleichgewicht sind. Die Psychotherapie ist ein wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren. (vgl. ÖBP 2015). Ziel der Psychotherapie ist es, seelisches Leid zu heilen oder zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern. Es gibt dabei unterschiedliche psychotherapeutische Methoden. Im Mittelpunkt stehen aber das Gespräch und der Austausch mit der PsychotherapeutIn. Je nach Methode kann dieser Austausch durch Übungen unterstützt werden (BMG 2011). Bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie sprechen auch die Daten der deutschsprachigen Psychotherapieforschung für den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen (Beelmann et al. 2003).

Die VKKJ unterstützt ihre PatientInnen und deren Angehörige bei der Finanzierung von notwendigen **Hilfsmitteln**. Oft ist es für Eltern von Kindern mit Behinderung schwierig und langwierig die Finanzierung von notwendigen Hilfsmitteln, wie einen Rollstuhl oder eine Schiene, durchzusetzen. Schwierigkeiten entstehen einerseits durch bürokratische Hürden wie dem Ausfüllen von Formularen, andererseits können sich auch viele Eltern die anfallenden Selbstbehalte nicht leisten. Ein Rollstuhl kostet im Durchschnitt 5.000 Euro. Die Restkosten belaufen sich auf 2.260 Euro, wenn von den Krankenkassen der Höchstsatz übernommen wird. Oft führen Verzögerungen in der Bearbeitung der Anträge dazu, dass das verordnete und ausgewählte Hilfsmittel nach Beendigung des Instanzenweges nicht mehr passend ist. Bei völliger Kostenübernahme dauern Genehmigungsverfahren für ein Hilfsmittel bei den Krankenkassen zwischen vier und acht Wochen. Bei einem Anfall von Restkosten kann dieses Verfahren bis zu sechs Monate dauern. Laut Diel (2010) verzögert sich dadurch die rechtzeitige Versorgung mit erforderlichen Hilfsmitteln, was in Folge zu einer Verschlechterung des körperlichen Zustandes des Kindes führt. Mitunter werden operative Behandlungen notwendig, welche mit einer rechtzeitigen Hilfsmittelversorgung vermeidbar gewesen wäre (Diel 2010: S. 2).

## 1.4 DIE LAGE DER KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

---

Nach epidemiologischen Erhebungen in Deutschland (vgl. Straßburg et al. 2003) gelten bis zu 20% aller Kinder im Laufe ihrer Kindheit und Jugend als „entwicklungsgefährdet“. Laut dem niederösterreichischen Kinder und Jugendgesundheitsbericht (NÖ Landesregierung 2012) sind 19 Prozent der niederösterreichischen SchülerInnen von einer lang andauernden bzw. chronischen Erkrankung betroffen, in Österreich sind es 17%. Diese nehmen ab dem 13. Lebensjahr zu. Außerdem sind SchülerInnen aus weniger wohlhabenden Familien häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen.

Laut der Studie „Entwicklungsverzögerungen/ -störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich“, welche vom Bundesministerium für Gesundheit (2013a) in Auftrag gegeben wurde, existieren Angebotsdefizite für Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Das Diagnose- Förderungs- und Therapieangebot ist laut den AutorInnen als unübersichtlich einzustufen. Die gezielte Nutzung der Angebote bei komplexen Fällen ist nicht möglich. Es fehlt an regionalen Netzwerken in der Versorgung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher. In vielen ländlichen Regionen gibt es lediglich ein mangelhaftes Angebot. Spezielle therapeutische Angebote sind häufig nicht in Wohnortnähe. Allgemein ist festzuhalten, dass das Ausmaß an kostenlosen Therapien beziehungsweise Behandlungsangeboten zu gering für eine Bedarfsdeckung ist.

Laut dem Wiener Gesundheitsbericht der MA 15 (2012) gibt es in Wien 184 fachärztliche Ordinationen und 164 niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. Es besteht eine lokale Konzentration im Umkreis vom Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, dem St. Anna Kinderspital sowie im Umkreis des Krankenhauses Rudolfstiftung. In ganz Wien sind rund 42% aller kinderärztlichen Praxen Wahlarztpraxen. Die meisten kinderärztlichen Praxen haben am Montag zwischen 9 und 12 Uhr geöffnet. Freitags ab 14 Uhr haben im Vergleich zu Montag bis Donnerstag um ca. zwei Drittel weniger Praxen für Kinder- und Jugendheilkunde geöffnet.

Die Anzahl der in Österreich beschäftigten LogopädInnen sowie Physio- und ErgotherapeutInnen ist nicht bekannt. Eine Registrierung ist hier nicht vorgesehen.

Bereits im Jahr 2009 machte die Kinderliga auf die nichtzufriedenstellende Situation der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich aufmerksam. Frühe Warnzeichen werden laut AutorInnen oft nicht erkannt und hoch belastete Kinder häufig nicht erreicht. Es besteht eine deutliche gesundheitliche Benachteiligung nach regionalen und sozialen Faktoren. Besonders Kinder aus einem bildungsfernen sozialen Umfeld, in entlegenen ländlichen Gebieten oder städtischen Ballungszentren sowie Kinder aus MigrantInnenfamilien sind betroffen. Es existiert zwar eine Vielzahl von Einrichtungen, niedergelassenen ÄrztInnen, Ambulatorien, Mutter-Kind-Zentren und Vielem mehr, welche gute Arbeit leisten. Jedoch sind in einer Stadt wie Wien trotz dieser Angebote nicht genügend Kapazitäten vorhanden. Eine leichte Zugänglichkeit und nahe Verfügbarkeit sind wesentlich. Die Schaffung von patientennahen, regionalen und multiprofessionellen Netzwerkstrukturen wäre notwendig. Es besteht die Notwendigkeit von sehr frühen Interventionen im Sinne von niederschwelliger hochwertiger Diagnostik und der frühen Möglichkeit von Elternarbeit. Zusammenfassend kommen die AutorInnen zum Schluss, dass nicht genügend Kapazitäten vorhanden sind, des Weiteren fehle es an einer Vernetzung und multidisziplinären Teamarbeit, außerdem sind unzureichend Gesundheitsdaten vorhanden. Gleichzeitig wäre ein wohnortnahe Verfügbarkeit der Angebote wesentlich (Vavrik et al. 2009).

Der Arbeitskreis „Herausforderungen in der Pädiatrie“ hat sich mit der sozialpädiatrischen Versorgung von entwicklungsbeeinträchtigten oder von Beeinträchtigung bedrohten Kindern und Jugendlichen und deren Familien beschäftigt. Die Situation diagnostisch therapeutischer Angebote ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich, insgesamt aber jedenfalls als mangelhaft und unbefriedigend zu bezeichnen. Es mangelt an Möglichkeiten wo Kinder

unbürokratisch, und ohne zusätzliche Kosten, notwendige Therapien erhalten können. Die Probleme der Kinder werden zum Teil zu spät diagnostiziert und sie erhalten keine entsprechende kontinuierliche Betreuung. Dies sei laut den AutorInnen ökonomisch höchst ineffektiv. Des Weiteren fehle es an einer Koordination aller diagnostischen und therapeutischen Bemühungen (Arbeitskreis 2004).

Auch Brandstetter et al. (2003) kommen in ihrem Konzept zur flächendeckenden Versorgung mit ambulanten Einrichtungen zur Habilitation beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher am Beispiel Wiens zu dem Schluss, dass Österreichs Bundesländer, ausgenommen Vorarlberg, mit Einrichtungen zur ambulanten Behandlung entwicklungsverzögerter und beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher nicht flächendeckend versorgt sind. Laut den Autoren sind viele Einrichtungen aufgrund von Altersbeschränkungen nicht für alle Kinder und Jugendliche zugänglich. Oft werden Kinder nur bis zum Schuleintritt behandelt. Zum Teil kann dadurch keine Langzeitbetreuung durchgeführt werden. Es gibt in den einzelnen Ambulatorien wesentlich mehr Anmeldungen als Kinder zu einer Untersuchung oder Behandlung übernommen werden können. Kinder und Jugendliche mit schweren und oder mehrfachen Behinderungen benötigen eine Behandlung in Ambulatorien jedoch oft jahrelang. Manchmal sind durch jahrelange Wartezeiten die Therapieplätze für neue PatientInnen blockiert (Brandstetter et al. 2003).

Auch von der European Agency for Development in Special Needs Education (2005) wurden Empfehlungen in Bezug auf Frühförderung von entwicklungsbeeinträchtigten Kindern gegeben. Ein interdisziplinärer Ansatz ist unumgänglich, da Fachkräfte von verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen beteiligt sind. Auch die Zusammenarbeit mit der Familie muss für eine adäquate Behandlung der Kinder gewährleistet sein.

Die Folgekosten für die Wirtschaft und die Gesellschaft, bei Ausbleiben von medizinisch-therapeutischen Behandlungen von entwicklungsbeeinträchtigten Kindern, sind beachtlich (Streissler-Führer 2013). Die Zahlen und Datenlage sind im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich leider nur unzureichend. Durch die vorhandenen Wartezeiten von therapiebedürftigen Kindern und Jugendlichen wird auch die nicht ausreichende Versorgungslage insgesamt von Streissler-Führer (2013) bestätigt. Die langen Wartezeiten in einem wichtigen Entwicklungsfenster können aber *„eine Chronifizierung oder eine Eskalation der Symptomatik nach sich ziehen“* (Streissler-Führer 2013: 26). Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass alle Evidenzen vermuten lassen, dass trotz fehlender Daten, vor allem im Bereich der Ergotherapie, Logopädie und im psychologischen Bereich, eine Unterversorgung vorherrscht.

Püspök (2011) konstatiert eine beträchtliche therapeutische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Hohe Selbstkosten führen zu einer mangelhaften Versorgung in Physio-, Ergo-, logopädischer und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Laut Püspök bedürfen mindestens 10 bis 15 Prozent der österreichischen Kinder und Jugendlichen einer Therapie. Dadurch würde ihnen eine normale Entwicklung ermöglicht oder zumindest *„die Verhinderung, Verbesserung oder auch nur Vermeidung einer Verschlechterung einer Funktionsstörung“* bewirkt (Püspök 2011: 2). Der Autor und Arzt stellt weiters fest, dass nicht nur die betroffenen Kinder und Jugendlichen profitieren, sondern langfristig die gesamte Gesellschaft *„durch eine Verbesserung der Teilhabe, der Selbstversorgung und die Vermeidung von Folgeschäden mit nachgewiesenen großen ökonomischen Auswirkungen“* (Püspök 2011: 2). Püspök kommt zu dem Schluss, dass etwa 40.000 bis 80.000 Kinder und Jugendliche, bei zurückhaltender Schätzung, die für sie notwendige Therapie nicht erhalten. In Wien bestehen Wartezeiten von bis zu zwei Jahren.

Auch die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des Bundes empfiehlt den Ausbau der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Versorgung in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit 2013b: 61).

## 1.5 ZIEL DER STUDIE

---

Ziel der hier skizzierten Studie ist die Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen der neun Ambulatorien und des Tagesheimes der VKKJ. Hierbei wird eine monetäre Bewertung der Wirkungen vorgenommen. Die monetarisierten Wirkungen werden im Sinne einer **Social Return on Investment Analyse** (SROI-Analyse) den Investitionen in die VKKJ gegenübergestellt. Als Analysezeitraum wird das Jahr 2013 herangezogen.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: „Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfaltet die VKKJ in Niederösterreich und in Wien bei den relevanten Stakeholdergruppen?“

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

Die **Forschungsfrage 3** lautet: „Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die VKKJ investierten Euro?“

Sofern Wirkungen auftreten, die nicht sinnvoll monetarisiert werden können, werden sie als zusätzliche Effekte angeführt. Es würde in diesem Fall zu einer Unterschätzung der mit monetären Werten ausgedrückten Wirkungen kommen.

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass die VKKJ mit ihren neun Ambulatorien und dem Tagesheim, ceteris paribus, nicht existiert. Die PatientInnen der Ambulatorien und KlientInnen des Tagesheims müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Die Beschreibung des Alternativszenarios wurde in Kapitel 5.1 vorgenommen.

## 1.6 AUFBAU DES BERICHTS

---

Die Einleitung im Kapitel 1 beinhaltet die Ausgangssituation, die Beschreibung der VKKJ, eine knappe Einführung in die Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich sowie die Ziele der vorliegenden Studie. Kapitel 2 beschreibt das methodische Vorgehen und erklärt die Social Return on Investment (SROI) Analyse. Kapitel 3 stellt den Umfang der Analyse, die Datenerhebung und die berücksichtigten Stakeholder vor. Kapitel 4 beinhaltet die Analyse der Einnahmen und Ausgaben. Das Kapitel 5 bildet das Herzstück der Analyse und beinhaltet die Berechnungen der Wirkungen pro Stakeholder, wie sie für eine SROI-Analyse benötigt werden. Pro Stakeholder werden jeweils die Ziele bzw. der Nutzen, die Wirkungsketten und die Berechnungen der monetarisierten Wirkungen (Profite) dargestellt. Am Ende werden schließlich der SROI-Wert (Kapitel 6) und eine Szenarioberechnung der langfristigen Wirkungen (Kapitel 7) wiedergegeben. Das Resümee der gesamten Studie wird schließlich in Kapitel 8 gezogen. Quellenverzeichnis sowie Anhang komplettieren die Studie.

## 2 METHODISCHES VORGEHEN

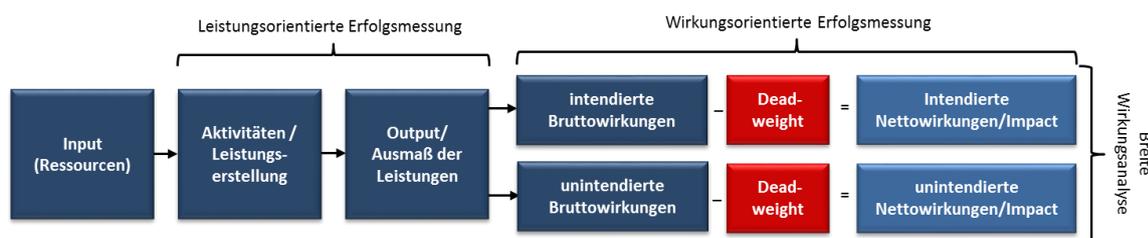
### 2.1 WIRKUNGSANALYSE

Wirkungen, Wirkungsanalyse, Wirkungsmessung und Social Impact sind in aller Munde. Wie Schober/Rauscher (2014a) aufzeigen wird das Thema Wirkungen und Wirkungsanalyse in der Evaluationsforschung, im Bereich des Rechnungswesens, der Umwelt- und Sozialverträglichkeitsprüfung, der NPO-Forschung, im Zusammenhang mit sozialem Unternehmertum und hinsichtlich des Themas Corporate Social Responsibility (CSR) bzw. Ethik bei Unternehmen diskutiert.

Nun gibt es allerdings eine Reihe von Analysemethoden, die den Anspruch erheben Wirkungen zu identifizieren und/oder zu messen und/oder zu bewerten. Die Methoden kommen zum Teil aus völlig unterschiedlichen Traditionen bzw. Themenbereichen und haben daher auch verschiedene inhaltliche wie konzeptionelle Schwerpunkte. Einen Überblick über ausgewählte Methoden geben Schober/Rauscher (2014:38-42).

Vielen Methoden und auch der hier angewandten SROI-Analyse liegt das Denken in Wirkungsketten zugrunde. Eine solche Wirkungskette ist nachfolgend in Abbildung 2-1 dargestellt.

Abbildung 2-1: Wirkungskette



Quelle: Schober/Rauscher 2014: 9

Zur Missionserreichung werden mittels der in die Organisation investierten Ressourcen (**Input**) regelmäßig Aktivitäten gesetzt werden, die **Leistungen** unterschiedlichster Art erstellen. Hieraus lässt sich schon der Unterschied zwischen Leistungen und Wirkungen herauslesen. Leistungen werden in der Regel nicht als Selbstzweck erstellt, sondern dienen dazu, die in der Mission definierten Wirkungen zu erreichen. Wirkungen entfalten sich somit aus der Leistungserstellung. Leistungen sind den Wirkungen vorgelagert. Der **Output** stellt das Ausmaß der erbrachten Leistungen dar. Ist die Leistung eine Beratung von Angehörigen, ist der Output die Anzahl an Leistungsstunden.

**Wirkungen** bezeichnen im Gegensatz dazu jene positiven und/oder negativen Veränderungen, die an Begünstigten bzw. Betroffenen nach erbrachter Aktivität bzw. konsumierter Leistung (z.B. Menschen, Gruppen, Gesellschaft) oder in der Umwelt festzustellen sind. Stehen die Wirkungen im Fokus, wird es nochmals komplexer. Wirkungen können intendiert oder nicht-intendiert sein. Sind sie intendiert, also für den angestrebten Erfolg wesentlich, handelt es sich um geplantes zielorientiertes Handeln. Sind sie nicht-intendiert, können sie dennoch bedeutsam sein und einen positiven oder auch negativen Einfluss auf die Gesamtwirkung der gesetzten Aktivitäten bzw. erbrachten Leistungen haben. Dies ist von zentraler Relevanz hinsichtlich der Art und Breite einer allfälligen Wirkungsanalyse. Wird nur auf intendierte Wirkungen fokussiert, handelt es sich um einen zielbasierten Ansatz. Dieser hat zwangsläufig einen engeren Fokus und kann lediglich Aussagen über einzelne Wirkungsdimensionen machen. Zudem werden (Wirkungs-)Ziele meist entlang von

wünschenswerten Kategorien etabliert und negative Wirkungen bewusst oder unbewusst außer Acht gelassen.

Als **Deadweight** werden jene Wirkungen bezeichnet, die ohnehin eingetreten wären, auch ohne die konkreten Aktivitäten. In der Evaluationsliteratur wird in diesem Zusammenhang auch vom Programmeffekt (Rossi et al. 2004: 207) oder kontrafaktischer Evaluation gesprochen. Diese Wirkungen müssen konsequenterweise von den Bruttowirkungen abgezogen werden, um schließlich jene Wirkungen zu erhalten, die ausschließlich durch die Organisation bzw. das Projekt generiert werden.

Nur wenn unintendierte und auch negative Wirkungen sowie der Deadweight in die Analyse inkludiert werden, kann von einer umfangreichen Beurteilung im Sinne einer Gesamtwirkungsbetrachtung ausgegangen werden. Eine breite Wirkungsanalyse umfasst daher immer die Betrachtung der intendierten und der unintendierten Wirkungen. Die SROI-Analyse ist eine solch breite Form der Wirkungsanalyse.

Die skizzierte Wirkungskette wird für jeden Stakeholder des analysierten Projekts, Programms oder der Organisation aufgestellt. Diese logische Kette zeigt auf was ein Stakeholder investiert (Input), welche Aktivitäten mit den Ressourcen gesetzt werden, welcher Output damit produziert wird und welche Wirkungen (Brutto und Netto) hierdurch letztlich für den Stakeholder zustande kommen. Die Summe der identifizierten Wirkungsketten der Stakeholder stellt das Wirkungsmodell der analysierten Organisation bzw. des Projekts dar.

Wirkungen entfalten sich als Folgen von Handlungen oder Leistungen in vielfältiger Hinsicht. Sie sind in der Regel nicht eindimensional. So hat die Heilung der Krankheit einer bestimmten Person nicht nur Folgen für die körperliche Gesundheit der betroffenen Person sondern auch ökonomische und soziale Folgen. Es werden mehr oder weniger Folgekosten im Gesundheitssystem anfallen und die sozialen Kontakte der geheilten Person werden zunehmen.

Wirkungen können somit in unterschiedlichen inhaltlichen Dimensionen zum Tragen kommen. Auf aggregierter Ebene können dies folgende sechs Dimensionen sein (Rauscher et al. 2015:48):

- kulturell
- politisch
- sozial
- ökonomisch
- ökologisch
- psychisch und physiologisch

Die identifizierten Wirkungen von NPOs oder auch anderen Organisationen, Unternehmen oder Individuen, können also in einer oder mehrerer dieser inhaltlichen Dimensionen verortet werden. Zusätzlich spielt auch die zeitliche und strukturelle Dimension eine Rolle.

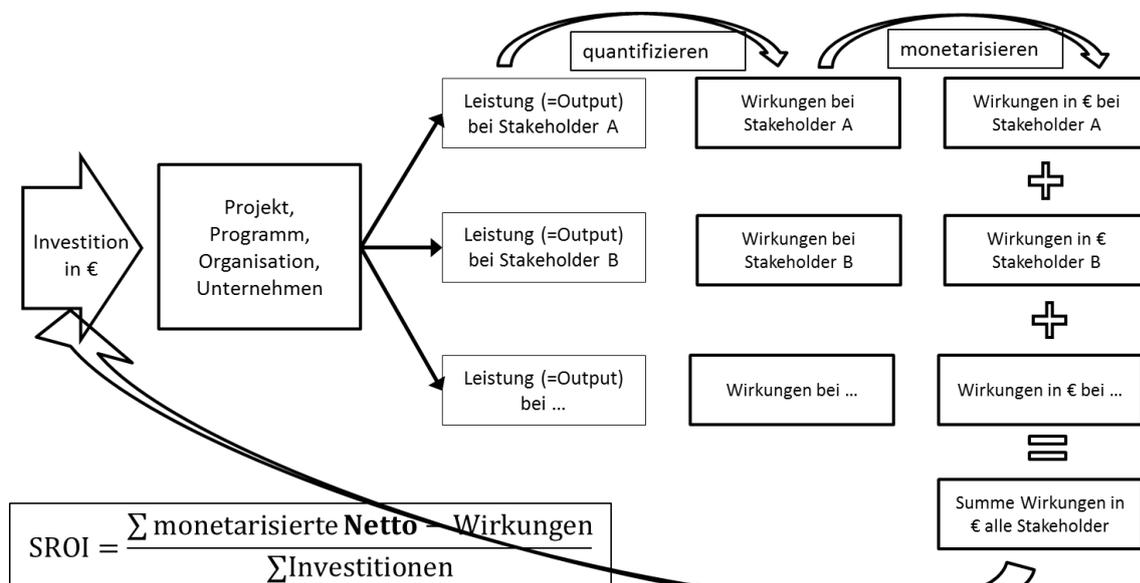
Gesellschaftliche Relevanz entfalten die Wirkungen, wenn sie, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, entweder viele Individuen betreffen und daher Kraft ihrer Breite relevant werden oder kollektive Bedürfnisse befriedigen. Um gesellschaftliche Kernwirkungen wird es sich wiederum handeln, wenn sie direkt auf breit akzeptierte Werte oder allgemein anerkannte Normen positiv einwirken (Schober/Rauscher 2014).

## 2.2 SOCIAL RETURN ON INVESTMENT – ANALYSE

Die SROI-Analyse ist aktuell die am weitesten verbreitete Form eine umfassende Wirkungsanalyse durchzuführen.

Im Rahmen einer SROI-Analyse wird das Wirkungsmodell, also die Summe der identifizierten Wirkungsketten mit Kausalzusammenhängen, für ein bestimmtes Projekt, ein Programm oder eine Organisation erstellt. Im konkreten Fall handelt es sich um die VKKJ in den Bundesländern Niederösterreich und Wien. Die identifizierten Wirkungen in den einzelnen Wirkungsketten werden quantifiziert und, wo möglich, monetarisiert. Die SROI-Analyse verfolgt im Kern den Ansatz, nach Möglichkeit, in Geldeinheiten dargestellte Wirkungen dem dort investierten Kapital gegenüberzustellen. Das Ergebnis wird in Form einer hochaggregierten Kennzahl, dem SROI-Wert, dargestellt. Hierbei wird stark auf die Stakeholder fokussiert, die eine konkrete Leistung erhalten, die wiederum Wirkungen auslöst. Folgende Abbildung gibt diesen grundlegenden Zusammenhang wieder.

Abbildung 2-2: SROI-Analyse im Überblick



Quelle: Schober/Then 2015: 8; Schober/Rauscher 2014: 36

Konkret fließt in eine bestimmte analysierte Organisation, hier die VKKJ, eine bestimmte Summe Geld. Mit diesen Investitionen werden Leistungen für unterschiedliche Stakeholder erbracht, beispielsweise die PatientInnen oder deren Angehörige. Die erbrachten Leistungen sind aber nicht Selbstzweck sondern bewirken etwas. Beispielsweise sind die betreuten PatientInnen gesundheitlich besseren Zustands und haben mehr soziale Kontakte. Die Wirkungen müssen im Rahmen der SROI-Analyse zunächst identifiziert und anschließend quantifiziert werden. Es ist also darauf zu achten, wie viele KlientInnen tatsächlich eine bessere Gesundheit haben.

Die quantifiziert vorliegenden Wirkungen werden in einer SROI-Analyse dann unter Verwendung verschiedenster Methoden in Geldeinheiten bewertet. Einen Überblick über gängige Verfahren gibt Schober (2015). Das Modell versucht somit explizit auch nicht-pekuniäre Effekte, wie die verbesserte Lebenssituation durch geringere soziale Ausgrenzung der PatientInnen sowie das höhere psychische Wohlbefinden mit einzubeziehen.

Grundsätzlich ist bei Identifikation, Quantifizierung und Monetarisierung der Wirkungen immer darauf zu achten, ob im Falle der Nichtexistenz der beobachteten Intervention nicht alternative Möglichkeiten existiert hätten, die gleiche oder ähnliche Leistungen und Wirkungen hervorgerufen hätten. Hätten also, gäbe es die VKKJ nicht, tatsächlich alle PatientInnen keine der identifizierten Wirkungen? Vermutlich hätten einige PatientInnen alternative Angebote in Anspruch nehmen können. Diesen Personen sind dann die Leistungen und Wirkungen nicht zuzuschreiben. Damit wird im Rahmen der SROI-Analyse auf die Nettowirkungen bzw. den Impact fokussiert, wie in Kapitel 2.1 beschrieben.

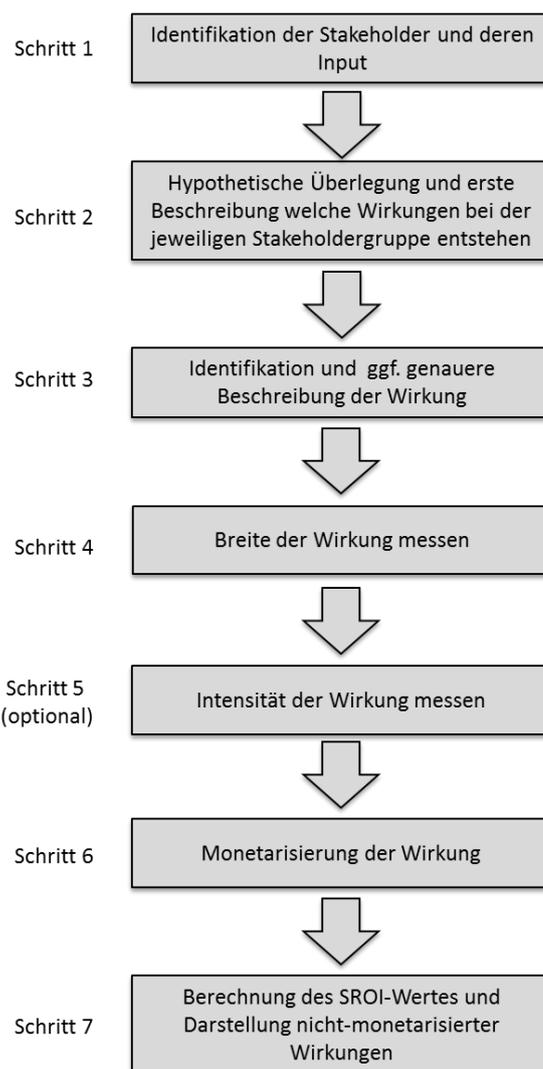
Sind am Ende der Analyse die Nettowirkungen der Stakeholder erhoben und monetarisiert worden, werden sie addiert und den investierten, meist finanziellen, Ressourcen gegenübergestellt. Daraus ergibt sich der SROI-Wert, der als Kennzahl die soziale Rendite bzw. den Profit oder eben gesellschaftlichen Mehrwert angibt.

Die Herangehensweise der SROI-Analyse ähnelt herkömmlichen Kosten-Nutzen-Analysen, die in manchen Ausprägungen ebenfalls Nutzen in Geldeinheiten darstellen (cost-benefit-Analysen). Die SROI-Analyse ist hierbei allerdings wesentlich breiter und berücksichtigt explizit gesellschaftliche Wirkungen von einer Reihe von Stakeholdern, wohingegen die CBA primär einzelne Wirkungsdimensionen und Stakeholder im Fokus hat. Meist ist es der Staat und dessen Einsparungen bzw. Mehrausgaben.

**Zusammengefasst steht am Ende der Analyse ein monetärer Wert, der angibt, welche monetären und monetär bewerteten Rückflüsse sich aus einem in die VKKJ investierten Euro ergeben.**

Die hier vorgeschlagene Analyse orientiert sich am nachfolgenden, von Then/Schober (2015: 221) vorgeschlagenen, Vorgehen. Der Fokus dieses Modells liegt bei den Stakeholdern und den für sie durch das Projekt generierten Wirkungen. Dies bringt Folgendes mit sich:

**Abbildung 2-3: Grundlegende Schritte der SROI-Analyse**



Quelle: Then/Schober 2015:221

Es handelt sich somit um einen stark stakeholderfokussierten Ansatz. Zunächst werden die relevanten Stakeholder des betrachteten Projekts, der Organisation oder Unternehmens, hier der VKKJ, identifiziert (siehe Kapitel 3.2) und deren Input eruiert. Anschließend wird hypothetisch und anhand von Vorwissen und vorhandener Literatur überlegt, welche positiven und negativen gesellschaftlichen Wirkungen bei den Stakeholdern eintreten könnten. In qualitativen Erhebungen, häufig mittels Leitfadeninterviews durchgeführt, wird erhoben ob die vermuteten Wirkungen tatsächlich eintreten und welche weiteren Wirkungen allenfalls noch zusätzlich existieren. In weiteren Schritten werden die Wirkungen quantifiziert und monetarisiert. Zur Messung und Monetarisierung der Wirkungen werden diesen aussagekräftige Indikatoren zugeordnet und mit Daten belegt. In diesem Schritt werden verbal beschriebene Wirkungen in verschiedene Indikatoren „übersetzt“. Häufig wird mit sogenannten „Proxy-Indikatoren bzw. Proxys“ gearbeitet, die in einer Annäherung, die Wirkungen zu quantifizieren bzw. monetär zu bewerten versuchen. Bei Proxys handelt es sich um Hilfskonstruktionen, die nicht direkt mess- und/oder monetarisierbare Größen möglichst akkurat abbilden.

Die hier angewendete Art der Monetarisierung ist beim jeweiligen Stakeholder im entsprechenden Subkapitel beschrieben (Kapitel 5.2-5.14).

Zum Schluss der SROI-Analyse werden die monetarisierten Wirkungen aggregiert und dem Input gegenübergestellt, um den SROI-Wert darzustellen. Nicht-monetarisierte Wirkungen werden extra angeführt. Die Berechnung des SROI-Werts befindet sich in Kapitel 6.

Eine SROI-Analyse kann zukunftsorientiert, im Sinne einer Prognose, oder vergangenheitsorientiert, im Sinne einer Evaluation, durchgeführt werden. Da der Beobachtungszeitraum gemeinsam mit dem Auftraggeber auf das Jahr 2013 festgelegt wurde, wurde eine ex-post Analyse durchgeführt. Was die Datensammlung für die monetäre Bewertung und Berechnung des SROI-Werts betrifft, wurden, soweit vorhanden, Daten aus diesem Zeitraum (2013) recherchiert und erhoben. Die Entscheidung für das Jahr 2013 wurde aus Gründen der Aktualität und Verfügbarkeit der Daten gewählt. Der eruierte Gesamtprofit (monetarisierte Wirkungen) der Stakeholder bezieht sich nur auf dieses Jahr. Werden entfaltete Wirkungen mehreren Stakeholder zuteil, werden die Wirkungen (Outcome) nur einem Stakeholder zugerechnet oder geteilt, um eine unzulässige Doppelzählung zu vermeiden.

### 3 UMFANG DER ANALYSE

#### 3.1 KONZEPTIONALISIERUNG

---

Die vorliegende SROI-Analyse bezieht sich ausschließlich auf die VKKJ.

Der Analysezeitraum umfasst das Jahr 2013, d.h. der eruierte Gesamtprofit der Stakeholder bezieht sich grundsätzlich nur auf dieses Jahr. Was die Datensammlung für die monetäre Bewertung und Berechnung des SROI-Werts betrifft, wurden, soweit vorhanden, Daten aus diesem Zeitraum (2013) recherchiert und erhoben.

Verfolgen zwei oder mehrere Stakeholder zumindest teilweise dieselben Ziele bzw. genießen dieselben Wirkungen, werden die Wirkungen nur einem Stakeholder zugerechnet, um eine Doppelzählung zu vermeiden.

**Tabelle 3-1: Ausmaß der SROI-Analyse**

<b>Analysesubjekt</b>	<b>„VKKJ – Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche“</b>
<b>Projektträger</b>	VKKJ
<b>Dauer der Analyse</b>	9 Monate
<b>Berechnungszeitraum</b>	1 Jahr (2013)

#### 3.2 IDENTIFIZIERUNG DER STAKEHOLDER

---

Wie in Kapitel 2.2 skizziert ist die Sicht der Stakeholder bei der SROI-Analyse zentral, weshalb in einem ersten Schritt die für die Analyse wesentlichen Interessensgruppen identifiziert werden mussten. Gemeint sind damit all jene Gruppen, die besonders von den Leistungen und damit verbundenen Wirkungen der VKKJ profitieren.

Nach einer Sichtung des vorhandenen Sekundärmaterials, wurden, gemeinsam mit dem Auftraggeber, die relevanten Stakeholder identifiziert. Im Laufe der Analyse wurden die

konkret in die Analyse einzubeziehenden Keystakeholder fixiert. Diese sind in nachfolgender Abbildung 3-1 angeführt.

**Abbildung 3-1: Keystakeholder**



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

**Tabelle 3-2: Inkludierte Stakeholder**

Stakeholder	Hauptgründe für Inklusion (Nutzen)
<b>PatientInnen der Ambulatorien</b>	Profitieren durch eine fachgerechte ärztliche und therapeutische Versorgung.
<b>Angehörige</b>	Profitieren durch die fachgerechte Versorgung und Betreuung ihrer Kinder durch die VKKJ.
<b>KlientInnen des Tagesheims</b>	Profitieren durch eine fachgerechte Betreuung.
<b>Hauptamtliche MitarbeiterInnen</b>	Profitieren durch eine feste Beschäftigung und ein fixes Einkommen und dem Wissen „etwas Gutes zu tun“.
<b>Krankenhäuser</b>	Profitieren von einem geringeren diagnostischen Aufwand und der fachgerechten Versorgung der PatientInnen durch die VKKJ.

<b>Bund</b>	Profitiert von zusätzlichen Steuer- und Abgabeneinnahmen.
<b>Land Niederösterreich/ Gemeinde Wien</b>	Profitieren durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages.
<b>Sozialversicherungsträger</b>	Profitieren von zusätzlichen SV-Beiträgen und der Erfüllung des Versorgungsauftrages.
<b>AMS</b>	Profitiert durch Einsparung von Arbeitslosengeld.
<b>VKKJ</b>	Profitiert durch Erreichen der Vereinsziele, hat gegeben falls den Verlust zu tragen.
<b>LieferantInnen</b>	Profitieren von (zusätzlichen) Aufträgen.
<b>niedergelassene ÄrztInnen</b>	Profitieren von einer Zeitersparnis.
<b>KooperationspartnerInnen</b>	Profitieren von einer Arbeitserleichterung und einer interdisziplinären Zusammenarbeit.
<b>sonstige</b>	Dazu zählen beispielsweise SpenderInnen und andere Institutionen.

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

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

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

**Tabelle 3-3: Exkludierte Stakeholder**

<b>Exkludierte Stakeholder</b>	<b>Gründe für Exklusion</b>
<b>VermieterInnen</b>	Nutzen ist bestenfalls sehr gering
<b>KlientInnen des Tagesheims</b>	Wurden hinsichtlich der Monetarisierung der Wirkungen exkludiert, da es das Ausmaß der Analyse übersteigen würde.
<b>KooperationspartnerInnen</b>	Wurden hinsichtlich der Monetarisierung der Wirkungen exkludiert, da es das Ausmaß der Analyse übersteigen würde.

Die **VermieterInnen** der Ambulatorien profitieren durch die VKKJ von zusätzlichen Mieteinnahmen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Räumlichkeiten auch ohne der VKKJ großteils vermietet werden könnten. Somit müsste ein Deadweight von nahezu 100% abgezogen werden.

Die **KlientInnen** des Tagesheims sind ein wesentlicher Stakeholder der VKKJ mit einer Reihe an Wirkungen. Da diese Gruppe jedoch im Vergleich zu den PatientInnen der Ambulatorien nur

sehr klein ist und den SROI-Wert nicht wesentlich beeinflussen würde, es das Ausmaß der Analyse jedoch übersteigen würde, wurde auf die Monetarisierung der Wirkungen verzichtet. Die geführten Interviews und identifizierten Wirkungen sind jedoch ausführlich in Kapitel 5.4 beschrieben.

Auch die **KooperationspartnerInnen** der VKKJ sind eine wesentliche Stakeholdergruppe der VKKJ. Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe, würde es das Ausmaß der Analyse übersteigen, die einzelnen Wirkungen zu monetarisieren. Eine Beschreibung der Wirkungen ist jedoch in Kapitel 5.14 zu finden.

### 3.3 DATENERHEBUNG

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

Insgesamt wurden **23 Leitfadeninterviews** und Gespräche mit VertreterInnen der jeweiligen Stakeholdergruppe durchgeführt. 12 Interviews wurden persönlich und 11 telefonisch durchgeführt. Die jeweilige Anzahl an Interviews pro Stakeholdergruppe ergab sich, einem qualitativen Forschungsparadigma folgend, aus der notwendigen Anzahl bis eine theoretische Sättigung mit Information eintrat (Flick 2002). Anders gesagt: Wenn ein zusätzliches Interview keine neuen relevanten Informationen brachte. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte nach typischen Fällen.

Die Interviews, sowie der Großteil der anderen Stakeholderinterviews, wurden aufgezeichnet, transkribiert, teilweise verkodiert, und daraus Wirkungen und Nutzen der VKKJ abgeleitet.

Eine wichtige Datenquelle für die vorliegende Analyse waren die Leistungsdaten der VKKJ, sowie die Bilanzen der Organisation. Zusätzlich wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus ärztlichen LeiterInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, betroffenen Eltern, Vereinsmitgliedern und dem Geschäftsführer gebildet, um notwendige Zahlen einschätzen lassen zu können und nötige Annahmen in der Analyse konsensual zu treffen.

Zudem wurden **Geschäftsunterlagen und interne Dokumente** der VKKJ herangezogen, sowie eine intensive **Recherche** durchgeführt. Diese umfasste Literatur- und Internetrecherche, spezifische telefonische und persönliche Gespräche sowie E-Mails zur Informationsgewinnung im jeweiligen Themenbereich.

**Tabelle 3-4: Engagement-Plan**

Stakeholder	Methode zur Informationsgewinnung	Anzahl der Befragten pro Gruppe
<b>PatientInnen der Ambulatorien</b>	persönliche Interviews, Dokumentenanalyse, Recherche	2 PatientInnen der Ambulatorien
<b>Angehörige</b>	persönliche Interviews, Dokumentenanalyse	9 Angehörige
<b>KlientInnen des Tagesheims</b>	persönliche Interviews, Dokumentenanalyse, Recherche	6 KlientInnen des Tagesheims (Gruppengespräch)

<b>Hauptamtliche MitarbeiterInnen</b>	persönliche Interviews Dokumentenanalyse, Recherche	5 MitarbeiterInnen
<b>Krankenhäuser</b>	Dokumentenanalyse, Persönliches Interview	2 KrankenhausärztInnen
<b>Bund</b>	Dokumentenanalyse, Recherche	-
<b>Land Niederösterreich/ Wien</b>	Dokumentenanalyse, Recherche	-
<b>Sozialversicherungsträger</b>	Dokumentenanalyse, Recherche	-
<b>AMS</b>	Dokumentenanalyse, Recherche	-
<b>SpenderInnen</b>	Dokumentenanalyse	-
<b>VKKJ</b>	Dokumentenanalyse	-
<b>KooperationspartnerInnen</b>	Persönliche Interviews	2 KooperationspartnerInnen
<b>LieferantInnen</b>	Dokumentenanalyse, Recherche	-
<b>niedergelassene ÄrztInnen</b>	Telefoninterviews, Dokumentenanalyse, Recherche	2 KinderärztInnen

## 4 ANALYSE DER EINNAHMEN UND AUSGABEN

Um den Social Return on Investment berechnen zu können, müssen alle aufgewendeten Investitionen, die getätigt wurden, um die Einrichtungen der VKKJ zu betreiben, erhoben werden. Ebenso gilt es die Ausgaben, die direkt in Zusammenhang mit den Wirkungen stehen, zu identifizieren. Hierfür wurden die Daten zu den Einnahmen und Ausgaben von der VKKJ zur Verfügung gestellt.

**Insgesamt haben die Einrichtungen der VKKJ im Jahr 2013 14.117.453,59 Euro an Einnahmen erzielt, sowie 12.663.101,74 Euro an Ausgaben getätigt.** Die nachfolgende Tabelle 4-1 zeigt die relevanten Unterkategorien bei den Erträgen an. In Tabelle 4-2 werden die Gesamtaufwendungen aufgeschlüsselt.

**Tabelle 4-1: Erträge**

Art der Erträge	Höhe der Erträge	Anteil an Erträgen in %
Betriebliche Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	€ 12.805.991,40	90,7%
Interne Verrechnungen, sonstige Einnahmen	€ 869.084,39	6,2%
Auflösung von Rücklagen	€ 339.251,55	2,4%
Spenden	€ 58.518,50	0,4%
Subventionen und Zuschüsse der öffentlichen Hand	€ 38.704,75	0,3%
Mitgliedsbeiträge	€ 3.304,00	0,0%
sonstige betriebliche Einnahmen	€ 2.599,00	0,0%
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>€ 14.117.453,59</b>	<b>100%</b>

Quelle: Bilanz der VKKJ 2013

Es ist deutlich zu sehen, dass die VKKJ zum größten Teil über betriebliche Mittel der öffentlichen Hand finanziert wird. Aufwandseitig ist es vor allem der Personalaufwand, der mit 68,2% der Aufwendungen besonders stark ins Gewicht fällt.

**Tabelle 4-2: Aufwände**

Art der Aufwände	Höhe Aufwendung	Anteil an Aufwendungen in %
Personalaufwand	€ 9.630.065,47	68,2%
betriebliche Aufwendungen	€ 2.418.120,68	17,1%
Zuweisung zweckgebundene Rücklage für Projekte	€ 1.150.000,00	8,1%
Abschreibungen	€ 368.215,58	2,6%
Wareneinsatz	€ 245.019,12	1,7%
Zufallsüberschuss	€ 242.026,76	1,7%
Bewertungsreserve	€ 62.325,09	0,4%
Sonstiger Aufwand	€ 1.680,89	0,0%
<b>Summe der Aufwände</b>	<b>€ 14.177.453,59</b>	<b>100%</b>

Quelle: Bilanz der VKKJ 2013

## 5 BERECHNUNG DER WIRKUNGEN

### 5.1 ALTERNATIVSZENARIO

---

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, berechnet die vorliegende SROI-Analyse die Wirkungen immer auf Basis eines Alternativszenarios. Im vorliegenden Fall ist dies das völlige Fehlen der VKKJ ohne Ersatzleistung. Die jetzigen PatientInnen der Ambulatorien und KlientInnen des Tagesheimes müssten in anderen, bereits bestehenden, Betreuungssettings behandelt und betreut werden. Hierbei ist vor allem auf deren Verfügbarkeit (Kapazitäten) zu achten.

Die Verteilung der PatientInnen der Ambulatorien und KlientInnen des Tagesheimes im Alternativszenario ist für viele nachgelagerte Wirkungen von großer Bedeutung und kann daher als zentral in der vorliegenden Analyse angesehen werden. Konkret wurde auf Basis unterschiedlicher Daten und durch Setzung einiger Annahmen ermittelt, was mit den 7.219 im Jahr 2013 betreuten PatientInnen der Ambulatorien und den 39 KlientInnen des Tagesheimes ohne der VKKJ passieren würde.

Ausgangspunkt der Überlegungen und Berechnungen sind die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Varianten einer alternativen medizinisch-therapeutischen Behandlung und Betreuung. Bei anderen kostenlosen interdisziplinären Ambulatorien gibt es sowohl in Wien als auch in Niederösterreich einen Aufnahmestopp beziehungsweise lange Wartezeiten von bis zu einem Jahr oder länger. Im niedergelassenen Bereich gibt es Angebote mit oder ohne Selbstbehalt, aber auch hier gibt es lange Wartezeiten. Vor allem bei Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie und psychologischer Begleitung sind die Kapazitäten häufig nicht ausreichend.

Um die Kapazitäten abschätzen zu können wurden im Rahmen der Studie im Zeitraum Oktober 2014 bei 5 verschiedenen AnbieterInnen von Entwicklungsdiagnostik und medizinisch-therapeutischen Leistungen für entwicklungsverzögerte Kinder und Jugendliche, Schätzungen der freien Kapazitäten für die **PatientInnen der Ambulatorien** über Telefoninterviews abgefragt. Alle Zentren klagen über lange Wartezeiten beziehungsweise Aufnahmestopps.

Die unzureichenden Kapazitäten werden auch durch die teils sehr langen Wartezeiten in den Ambulatorien der VKKJ bestätigt. Die Länge der Wartezeiten ist von der Therapieform abhängig. Bei den besonders gefragten Therapieformen, wie Ergotherapie, reichen die Wartezeiten bis zu zwei Jahre. Die Wartezeiten betragen für eine

- ärztliche Erstuntersuchung bis zu vier Monate,
- psychologische Diagnostik bis zu fünf Monate,
- psychologische Therapie bis zu einem Jahr,
- logopädische Diagnostik bis zu einem halben Jahr,
- logopädische Therapie bis zu 18 Monate,
- ergotherapeutische Diagnostik bis zu drei Monate,
- ergotherapeutische Therapie bis zu zwei Jahre,
- Musiktherapie und Heilpädagogik bis zu einem Jahr,
- psychotherapeutische Diagnostik bis zu zwei Monate,
- Psychotherapie bis zu einem Jahr,
- Rhythmik-Therapie bis zu einem halben Jahr
- und für unterstützte Kommunikation bis zu neun Monate.

Auch Streissler (2013) bestätigt im Endbericht zu ausgewählten Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung, die fehlenden Kapazitäten in allen Fachrichtungen. Am Beispiel des Ambulatoriums Sonnenschein in Niederösterreich wurden folgende Wartezeiten eruiert: für eine

- fachärztliche Untersuchungen bis zu fünf Monate,
- logopädische Diagnostik bis zu einem halben Jahr,
- logopädische Therapie bis zu neun Monate,

- ersten Therapieblock Ergotherapie bis zu 13 Monate,
- Folgetherapie im Ergotherapiebereich bis zu 14 Monate,
- Physiotherapie bis zu einem halben Jahr,
- und für eine physiotherapeutische Klettergruppe bis zu einem Jahr.

Durch die vorhandenen Wartezeiten von therapiebedürftigen Kindern und Jugendlichen wird auch die nicht ausreichende Versorgungslage insgesamt von Streissler-Führer (2013) bestätigt. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass alle Evidenzen vermuten lassen, dass trotz fehlender Daten, vor allem im Bereich der Ergotherapie, Logopädie und im psychologischen Bereich, eine Unterversorgung vorherrscht.

Österreichweit fehlen zumindest 60.000 - 80.000 Therapieplätze für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen und Erkrankungen bei Wartezeiten von bis zu einem Jahr und mehr (Kinderliga 2014). Der größte Teil der niedergelassenen Versorgung ist mit einem Selbstbehalt (ca. € 30-60 pro Therapiestunde) verknüpft.

Auch im Rahmen von Interviews mit VertreterInnen von Krankenhäusern wird deutlich: *„Kinder und Eltern profitieren irrsinnig von den Ambulatorien, das ist eine riesen Bereicherung, es gibt auch zu wenig, die Nachfrage ist größer als das Angebot. Es ist Tatsache, dass es sowohl zu wenig Plätze für die neuropädiatrische Untersuchung oder entwicklungsneurologische Untersuchung als auch für weiterführende Therapiemöglichkeiten gibt“* (Interview 18) und *„es gibt durchaus jede Menge Bedarf. Ich glaube das Angebot ist viel zu wenig, diese Terminwarterein, gerade in Ballungszentren, die Patienten sind eh schon in einer schwierigen Situation“* (Interview 20).

Im Rahmen eines Arbeitsgruppen-Treffens wurde die Annahme getroffen, dass **5% der PatientInnen der Ambulatorien ein Alternativangebot in Anspruch nehmen könnten**, obwohl nach Recherche klar ist, dass nicht genügend Kapazitäten vorhanden sind und lange Wartezeiten bestehen. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass im niedergelassenen Bereich, besonders engagierte Eltern es schaffen würden ähnliche Therapieformen für ihre Kinder zu organisieren und den Selbstbehalt zu bezahlen. Hier müssen die Eltern jedoch mit einem hohen Organisationsaufwand und hohen Kosten zu Recht kommen. Zusätzlich können TherapeutInnen im niedergelassenen Bereich nur sehr geringen interdisziplinären Austausch bieten. In den Ambulatorien der VKKJ werden die PatientInnen regelmäßig fachärztlich-entwicklungsneurologisch untersucht, wobei die spezialisierten ÄrztInnen vor Ort sind und der Austausch mit den TherapeutInnen ständig intern erfolgt. Im niedergelassenen Bereich müsste zusätzlich ein Hausarzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde in Anspruch genommen werden, zudem befinden sich die niedergelassenen TherapeutInnen fast ausschließlich in unterschiedlichen Praxen.

Die verteilte Gesamtanzahl von 7.219 PatientInnen der Ambulatorien dient als Basis für die weiteren Berechnungen der Wirkungen, der davon betroffenen Stakeholdern in den folgenden Kapiteln.

Für die Einschätzung der freien Kapazitäten für die **KlientInnen des Tagesheims** wurden mit vier Organisationen in der näheren Umgebung des Tagesheims in Wr. Neustadt telefonische Interviews durchgeführt und die freien Kapazitäten im Jahr 2013 abgefragt. Es handelte sich dabei um Tagesstätten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Hier waren im Jahr 2013 kaum Kapazitäten vorhanden, vor allem ab der Pflegegeldstufe 5 wäre eine Unterbringung in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung nur schwer möglich. Dem Alternativszenario für die KlientInnen des Tagesheims wurde jedoch nicht näher nachgegangen, da diese Stakeholdergruppe aus den Berechnungen exkludiert wurde, da es das Ausmaß der Analyse insgesamt übersteigen würde. Wie in Kapitel 5.4 beschrieben profitieren die KlientInnen von anderen Wirkungen als die PatientInnen der Ambulatorien. Im Vergleich zu den 7.219 PatientInnen, würden die Berechnungen der KlientInnen des Tagesheims, den SROI-Wert zudem nicht wesentlich beeinflussen.

## 5.2 PATIENTINNEN DER AMBULATORIEN

---

Die bedeutendste Stakeholdergruppe der VKKJ sind die PatientInnen der neun Ambulatorien in Wien und in Niederösterreich.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt **7.219 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren** in einem der Ambulatorien medizinisch-therapeutisch versorgt und behandelt. Genau die Hälfte der PatientInnen wurde in den Ambulatorien in Wien bzw. Niederösterreich behandelt. Rund 65 % der PatientInnen sind männlich. Betrachtet man die Altersverteilung ergibt sich folgendes Bild: 7% der PatientInnen sind zwischen 0 und 1 Jahre alt, knapp ein Drittel (29%) ist zwischen 2 und 5 Jahre alt, der Großteil (39%) ist in der Altersgruppe von 6 bis 10 Jahren, weitere 13% sind zwischen 11 und 14 Jahre alt und die restlichen 12% sind älter als 14 Jahre. Der Anteil an Frühgeborenen beträgt 23%.

Die PatientInnen werden von einer Reihe von Einrichtungen und Organisationen zugewiesen, dazu zählen Ämter und Beratungsstellen, Krankenhäuser, KinderärztInnen, andere ÄrztInnen, PsychologInnen, Schulen, Heime, Kindergärten und TherapeutInnen im niedergelassenen Bereich.

Um die Wirkungen für die PatientInnen einschätzen zu können, wurden zwei persönliche **Interviews mit PatientInnen** selbst und neun Interviews mit deren **Angehörigen** geführt. Diese fanden sowohl in Wien als auch in Niederösterreich, im Zeitraum November 2014 bis Februar 2015, statt. Um die Wirkungen analysieren zu können, wurden die Interviews aufgezeichnet und transkribiert. Aus den geführten Interviews konnten wesentliche Nutzendimensionen abgeleitet werden. Neben den Interviews wurden die Hauptwirkungen der PatientInnen von einer **Arbeitsgruppe**, bestehend aus ärztlichen LeiterInnen der Ambulatorien, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, betroffenen Eltern, Vereinsmitgliedern und der Geschäftsführung, identifiziert, eingeschätzt und mit bestehender Literatur plausibilisiert. Zusätzlich wurden Dokumente und Daten der VKKJ herangezogen, um die Wirkungen für die PatientInnen zu verdeutlichen und zu analysieren. Bei Gesprächen mit anderen StakeholdervertreterInnen wurde ebenfalls darauf geachtet, Wirkungen für die PatientInnen auf Basis ihrer Sichtweisen zu erheben.

Eine wesentliche Wirkung, welche im Rahmen der Interviews identifiziert wurde, ist die **Nahrungsaufnahme ohne beziehungsweise mit weniger Hilfe**. Durch die Logopädie, so die InterviewpartnerInnen, konnte die fehlende Muskulatur im orofacialen Bereich aufgebaut werden. Dadurch konnte das Kind essen lernen und ist nun nicht mehr auf eine Magensonde angewiesen (Interview 4 und 5). Zusätzlich konnte durch die Logopädie die **Kommunikationsfähigkeit verbessert** werden beziehungsweise konnte das Kind erst eine Sprache entwickeln (Interview 4).

Auch der Aufbau von **Selbstbewusstsein** bei den PatientInnen wurde in den Interviews bestätigt (Interview 4). Ein befragter Patient profitiert, laut eigenen Aussagen, ebenfalls von einem erhöhten Selbstbewusstsein: „*Ich habe kein Problem vor Menschen etwas zu machen, [die Therapien] haben mir im Endeffekt dabei sehr geholfen*“ (Interview 2).

Zusätzlich profitieren die PatientInnen durch die Therapien, da **Struktur im Alltag** geschaffen wird (Interview 4). Durch die Therapien wird, wie sich in allen geführten Interviews bestätigt hat, des Weiteren die **Selbstständigkeit** der PatientInnen gefördert. Alltagstätigkeiten, wie selbständig essen oder sich selbständig an- und auszuziehen wurden in spielerischer Weise erlernt (Interview 1). Teilleistungsschwächen wie Legasthenie und Schwächen der Fein- und Grobmotorik konnten durch die Therapien ausgeglichen werden (Interview 9). Im Gespräch mit einem/einer PatientIn selbst, berichtet dieser, dass er/sie durch die Physiotherapie sehr viel gelernt habe. Beispielsweise ist es ihm/ihr nun möglich **selbstständig** auf die Toilette zu gehen (Interview 1).

Eine weitere wesentliche Wirkung, von der ein Anteil der PatientInnen der VKKJ profitiert, ist die **Schmerzfreiheit** (Interview 5). Oft ist durch den sehr schlechten Zustand der PatientInnen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes möglich, es kann jedoch zumindest durch die Therapien der VKKJ **eine Verschlechterung** verhindert beziehungsweise verzögert werden (Interview 5). Beispielsweise kann die Beweglichkeit erhalten bleiben. Dadurch ist eine entsprechende Veränderung der Lagerung in der Nacht nicht mehr so oft notwendig, wodurch sowohl PatientIn als auch Angehörige, von einem **verbesserten Schlafrhythmus** profitieren.

Im Rahmen der Interviews hat sich durchgehend bestätigt, dass sich sowohl PatientInnen als auch Angehörige in den Ambulatorien sehr **wohl fühlen**: *"man sieht, dass die Termine voll sind, also offensichtlich haben sie genug zu tun, aber sie wirken nie gestresst, sie sind sehr ruhige Personen. Im Warteraum bekommt man immer mit, dass die Kinder ganz fröhlich zu den Therapeuten laufen, die Therapeuten strahlen eine Fröhlichkeit, Ruhe und Lebenswürdigkeit aus"* (Interview 10).

Die **Beständigkeit der ÄrztInnen und TherapeutInnen**, ist laut Aussage eines/einer Angehörigen, für die Erreichung der Therapieziele besonders wichtig. Das Kind hat einen sehr guten Bezug zum/zur ÄrztIn, der/die das Kind schon sehr lange und gut kennt (Interview 7). Es werden laut InterviewpartnerInnen durch die TherapeutInnen, realistische Therapieziele festgelegt (Interview 5). Sein/ihr ganzes Leben ist ein/e befragte PatientIn bereits in Behandlung bei der VKKJ und hat dort seit 18 Jahren die gleiche TherapeutIn. Dies sei ihm/ihr besonders wichtig, da er/sie sich bei der Physiotherapie entspannen soll und dies nur möglich ist, wenn eine Vertrauensbeziehung zur TherapeutIn besteht (Interview 1). Durch die interdisziplinären Strukturen in den Ambulatorien der VKKJ kennen die PatientInnen sowohl das Ambulatorium als auch das Ärzte- und Therapeutenteam gut und fühlen sich dadurch wohler. Somit ist der/die PatientIn im Therapiesetting entspannter und das **psychische Wohlbefinden** kann gesteigert werden (Interview 5).

Im Rahmen eines weiteren Gesprächs mit einem/einer PatientIn, welche/r seit seiner/ihrer frühen Kindheit sowohl Ergotherapie, also auch Physiotherapie, Hippotherapie und Botoxbehandlungen in Anspruch nimmt, wurden weitere Wirkungen der VKKJ verdeutlicht, insbesondere die **Verbesserung des physischen Zustandes**. Durch die unterschiedlichen Therapien, hat sich die Beweglichkeit der Hand „*extrem verbessert*“ (Interview 2). Der/die PatientIn konnte seine/ihre Hand davor nicht benutzen. Er/sie hat nun Kraft aufgebaut, greifen gelernt und kann nun seine/ihre Hand und sein/ihr Arm einsetzen. „*Ich war früher sehr spastisch, das hat sich extrem verbessert mit der Zeit durch die Therapie*“ (Interview 2). Durch die Hippotherapie hat ein weiterer befragte/r PatientIn gelernt, seinen/ihren Körper aufrecht zu halten. Würde der/die PatientIn keine regelmäßige Physiotherapie erhalten, würde sich sein/ihr gesamter Körper verkrampfen. Weiters profitierte der/die PatientIn durch verschiedenste Hilfsmittel. Das wichtigste sei dem/der PatientIn jedoch das aufgebaute Vertrauen zwischen ihm/ihr und dem ärztlichen LeiterIn des Ambulatoriums: „*ich kann mit ihm/ihr sehr gut reden, er/sie ist auch bei vielen Aktivitäten dabei*“ (Interview 1). Als weitere wesentliche Wirkung der VKKJ hat sich die **Hilfsmittelversorgung**, insbesondere in Zusammenarbeit mit Orthopäden, herauskristallisiert.

Eine weitere bedeutende Wirkung für die PatientInnen selbst, sofern diese ein bestimmtes Alter erreicht haben, stellt das **Sicherheitsgefühl** dar. Durch den interdisziplinären Austausch geht alles „*Hand in Hand*“ und der/die Patient profitiert von einem **Sicherheitsgefühl** und fühlt sich gut aufgehoben. Da das Ambulatorium viele schwerbehinderte und entwicklungsverzögerte Kinder behandelt, haben die TherapeutInnen sehr viel Erfahrung im Umgang und keine Berührungängste, was die Situation für die PatientInnen zusätzlich verbessert (Interview 5).

Die **Hippotherapie** hat, laut Aussagen einer Angehörigen, folgende Wirkungen beim Kind ausgelöst: eine erhöhte Körperspannung, das aufrechte Halten des Kopfes, ein Zugewinn an

Muskeln, eine Verbesserung des Gleichgewichts und eine erhöhte Aufmerksamkeit. Das Kind kann nun besser zuhören und Anweisungen durchführen. Durch die emotionale Bindung zum Pferd, das Spüren und Fühlen bei der Hippotherapie, hat sich das Sozialverhalten des Kindes verbessert. Über die **Musiktherapie** konnte das Kind lernen, Bedürfnisse auch gegenüber fremden Personen auszudrücken. Es lernte, dass Aktionen gesetzt werden müssen, damit eine Reaktion erfolgen kann. Durch die Musik konnten die TherapeutInnen und Angehörigen „emotional an das Kind herankommen“ (Interview 7).

Ein/e PatientIn berichtet auch von einer depressiven Phase und Schlafproblemen in seiner/ihrer Kindheit, aufgrund von Zukunftsängsten durch seine/ihre Behinderung. Durch die Gesprächstherapie im Ambulatorium der VKKJ konnte er/sie seine Depressionen überwinden und die **Beeinträchtigung akzeptieren** (Interview 1).

Wichtig für die PatientInnen sind auch die bestehende Kooperation und der Austausch mit Kindergärten und Schulen. Somit kann ihre **Situation im Kindergarten- oder Schulalltag** deutlich verbessert werden (Interview 4). Dadurch erfolgt eine **Zunahme an sozialen Kontakten** für die PatientInnen der VKKJ, von denen sie wesentlich profitieren. Neben einer Zunahme an sozialen Kontakten, lässt sich durch die Interviews auch auf eine **Verbesserung der Beziehung zu den Angehörigen** schließen.

Ein/e Angehörige gibt weiters an, dass die Steigerung von **Konzentration und Aufmerksamkeit** durch die Therapien zur Folge hat, dass ihr/sein Kind ruhiger wird und auch Regeln befolgen kann (Interview 6). Dies hat zur Folge, dass sich die familiäre Gesamtsituation entspannt, die Beziehung zum Kind und auch die Situation im Kindergarten oder Schule bewältigbar wird.

Als weitere Wirkung in den geführten Interviews wurde die **Vermeidung von Überforderung** deutlich. Eine Angehörige berichtet, dass ihr Kind nun Wege gelernt hat sich zu artikulieren. Es kann den Wechsel von Situationen besser annehmen, nimmt Verabschiedungen selbst vor, kann Vorgaben von Fremden annehmen, kann Dinge leichter verkraften und ist nicht mehr überfordert. Die Therapien der VKKJ haben sich dabei auf alle Lebensbereiche positiv ausgewirkt, sowohl in der Familie als auch in der Schule. Das Kind macht aktiv mit und ist gefestigter. Auch das Lehrpersonal profitiert, da das Kind nunmehr **besser im Sozialverhalten** ist, Anweisungen akzeptiert und Bedürfnisse anzeigt. Dadurch wird der Unterricht angenehmer. Dies wurde vom Lehrpersonal an die Eltern rückgemeldet (Interview 7).

Als weitere Wirkungen der VKKJ wurden im Rahmen der Interviews mit Angehörigen der PatientInnen **langfristige Wirkungen** identifiziert. „*Mein Kind hat sich sehr gut entwickelt und geht jetzt auf eine höhere Schule. Schulisch wäre er/sie bei weitem jetzt nicht dort wo er/sie heute ist, da denke ich in Richtung Sonderschule*“ (Interview 9). Das Kind hatte davor eine Lernschwäche. Es wurde nicht in den „normalen“ Kindergarten aufgenommen, da es soziale Schwierigkeiten hatte und seine eigene Sprache entwickelt hat. Durch die unterschiedlichen Therapien, wie Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie und Physiotherapie konnte es erfolgreich in Kindergarten, Volks- und Hauptschule integriert werden. „*Er/sie hat nur profitiert vom ganzen System und hat sich wirklich gut entwickelt. Er/sie hätte seine emotionalen und sozialen Probleme nicht gut in der Gesellschaft integriert*“ (Interview 9). Zusätzlich konnten die Autoaggressionen an denen das Kind litt, durch die Psychotherapie behandelt werden: „*er/sie war hilflos und verärgert, das war sehr wertvoll, dass jemand gleich da war. Sie haben uns da sehr geholfen, von Anfang an bis jetzt und er/sie geht sehr gerne ins Ambulatorium*“ (Interview 9).

Auch die nachfolgende Aussage einer/eines KrankenhausärztIn unterstreicht die Wichtigkeit von interdisziplinären Ambulatorien und deren langfristige Wirkungen: „*Ich finde es absolut toll, dass es diese Zentren gibt. Es wäre sicher wünschenswert, wenn man das bisschen mehr forciert, ausbaut, ich weiß in Zeiten der Geldnot ist das nicht einfach, ich glaub aber, dass sich*

die Kinder besser entwickeln, wenn man speziell im Kleinkindalter intensiver arbeitet" (Interview 20).

Außerdem profitieren die PatientInnen, da durch die fachlich einschlägige ärztliche Betreuung **Folgeschäden vermieden** wurden. Eine Angehörige berichtet, dass ihr Kind davor, drei Jahre lang ein Schreikind war. Die Mutter hatte sich von der niedergelassenen KinderärztIn immer sehr unverstanden gefühlt und „immer das Gefühl, dass etwas nicht stimmt" (Interview 9). Im Ambulatorium wurden dann kombinierte Entwicklungsrückstände und autistische Züge medizinisch-therapeutisch behandelt. Auf die Therapien musste das Kind aufgrund der sehr langen Wartezeiten, bereites damals ein dreiviertel Jahr warten. Eine weitere Angehörige berichtet, dass sich ihr/sein Kind ebenfalls sehr gut entwickelt, seit dem es im Ambulatorium in Behandlung ist. Das Kind erhält Physiotherapie und Logopädie. Die Muskulatur wurde gekräftigt und es kann nun selbstständig den Kopf halten. Zusätzlich profitiert das Kind von den Therapien, da Folgeschäden vermieden werden. Es werden keine falschen Bewegungsmuster eingeprägt und somit Fehlbildungen vermieden: „das ist ganz essenziell, dass man da rechtzeitig anfängt" (Interview 10), so die Angehörige.

Zusammengefasst ergibt sich für die PatientInnen somit ein im nachfolgenden Abschnitt dargestelltes Wirkungsmodell und in Folge die Wirkungskette.

### 5.2.1 Wirkungsmodell

Die zahlreichen Wirkungen, von denen die PatientInnen der Ambulatorien der VKKJ profitieren, wurden in einem Wirkungsmodell zusammengefasst. Die einzelnen Wirkungen wurden im Rahmen der Arbeitsgruppentreffen, zusammengesetzt aus ärztlichen LeiterInnen der Ambulatorien, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, betroffenen Eltern, Vereinsmitgliedern und der Geschäftsführung, identifiziert und mithilfe von persönlichen Leitfadenterviews mit den PatientInnen und Angehörigen und durch eine intensive Literaturrecherche verifiziert. Es wurden unmittelbare Wirkungen auf erster Ebene, mittelbare Wirkungen auf zweiter und dritter Ebene und langfristige Wirkungen identifiziert, wobei die mittelbaren und langfristigen Wirkungen jeweils durch eine unmittelbare Wirkung hervorgerufen werden. Diese wiederum entstehen direkt aus einer der Leistungen der VKKJ. Einige der Wirkungen kommen dabei auf mehreren Ebenen in unterschiedlichen Intensitätsstufen vor. Die einzelnen Wirkungsbündel sind im Anhang genauer dargestellt.

Die VKKJ bietet eine Reihe an Leistungen an, welche in nachfolgender Tabelle graphisch dargestellt sind.

Insgesamt nahmen 7.219 unterschiedliche PatientInnen eine medizinisch-therapeutische Behandlung in den Ambulatorien im Jahr 2013 in Anspruch. Davon erhielt knapp ein Drittel (30,3%) nur eine Therapieform. Der Rest nahm Mehrfachbetreuungen in Anspruch. Zwei unterschiedliche Therapieformen erhielten rund ein Viertel (25,2%) der PatientInnen, drei Therapieformen nahmen 15,7% in Anspruch, 10,7% der PatientInnen erhielten vier unterschiedliche Therapieformen, 7,2% fünf Therapieformen und die verbleibenden 10,9% sogar mehr als fünf Therapieformen.

**Tabelle 5-1: Wirkungsmodell - Leistungen**

Leistungen	Anzahl der Leistungsstunden
Fachärztliche Untersuchung/Diagnostik/Beratung/Therapie	11.498
Orthopädische Untersuchung/Beratung	382

Psychotherapie	6.819
Elternberatung	3.854
Heilpädagogik	2.351
Hilfsmitteltraining	404
Physiotherapie	11.576
Logopädie	12.832
Musiktherapie	5.870
Hippotherapie	379
Rhythmik	1.965
Ergotherapie	12.447
Sozialarbeit	846
Mobile Frühförderung (mit Hausbesuchen)	3.100
Psychologische Untersuchung/Diagnostik/Testung	10.052
Interdisziplinäre Gruppentherapien (verschiedene Fachrichtungen)	7.249
Unidisziplinäre Gruppentherapien (jeweils eine Fachrichtung)	3.944
Intensivtage	686



Die oben angeführten Leistungen führen zu unmittelbaren Wirkungen auf 1. Ebene, die in nachfolgender Tabelle aufgelistet sind. Beispielsweise bewirkt eine Inanspruchnahme der Logopädie, eine Verbesserung der orofacialen Funktionen. Die einzelnen Wirkungsbündel können im Anhang genauer nachvollzogen werden. Die Anzahl der PatientInnen, die von der jeweiligen Wirkung profitieren, wurde gemeinsam auf Basis der Leistungsdaten mit den ExpertInnen der Arbeitsgruppe eingeschätzt. Die Wirkung „Reduktion der Armut“ entsteht durch die Inanspruchnahme von Sozialarbeit. Hier war es jedoch schwer zu bewerten, bei wie vielen Familien sich die finanzielle Lage tatsächlich und in welchem Ausmaß verbessert hat, weshalb diese Wirkung nicht monetarisiert wurde.

**Tabelle 5-2: Wirkungsmodell - unmittelbare Wirkungen auf 1. Ebene**

unmittelbare Wirkungen auf 1. Ebene	Anzahl PatientInnen
verbesserte Biorhythmen	253
weniger Infektionen	108
Schmerzreduktion	144
Verbesserung der orofacialen Funktionen	816

Verbesserung von Tonus und Haltung	2.527
Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung und der Wahrnehmung des Umfeldes	2.888
sich angenommen, wertgeschätzt, ernst genommen fühlen	6.858
Verbesserung der Fein- und Grobmotorik	3.249
Wissen zum Krankheitsverlauf	6.858
Erlernen von Coping-Strategien	6.858
Verbesserung der kognitiven Funktionen	1.444
Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit	722
Reduktion der Armut	konnte nicht erhoben werden



Aus den unmittelbaren Wirkungen auf erster Ebene, entstehen in Folge mittelbare Wirkungen auf der zweiten Ebene. Beispielsweise führt die oben angesprochene Verbesserung der orofacialen Funktionen in Folge zu einer Nahrungsaufnahme ohne beziehungsweise mit weniger Hilfe. Als weiteres Beispiel kann die Schmerzreduktion, welche eine unmittelbare Wirkung der Physiotherapie ist, genannt werden. In weiterer Folge verbessert sich das physische Wohlbefinden und die Mobilität der/des PatientIn.

**Tabelle 5-3: Wirkungsmodell - mittelbare Wirkungen auf 2. Ebene**

mittelbare Wirkungen auf 2. Ebene	Anzahl PatientInnen
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	5.053
Nahrungsaufnahme ohne/mit weniger Hilfe	217
Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit	4.331
erhöhtes physisches Wohlbefinden	4.331
erhöhtes psychisches Wohlbefinden	6.858
Verbesserung der Orientierung in der Umwelt	5.595
Verbesserung der Mobilität (mit Hilfsmitteln)	722
Erhöhung des Sicherheitsgefühls	1.681



Bei den mittelbaren Wirkungen auf 3. Ebene und den langfristigen Wirkungen wurde keine Einschätzung der Anzahl der PatientInnen vorgenommen. Diese Wirkungen wurden nicht in die Berechnungen aufgenommen, da hier die Kausalitäten zwischen den einzelnen Wirkungen

auf unterschiedlichen Ebenen nur noch schwer hergestellt werden können und es das Ausmaß der Analyse übersteigen würde. Beispielsweise führt die Verbesserung der Mobilität mit Hilfsmitteln zu einer Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) auf dritter Ebene. Dadurch wird langfristig die familiäre Situation entspannt und es ist in Folge möglicherweise weniger sonder- und heilpädagogischer Bedarf notwendig. Da die VKKJ durch ihre Therapien sehr viele langfristige Wirkungen hervorruft, wurden diese im eigenen Kapitel 7 als zusätzliche Szenarien berechnet.

**Tabelle 5-4: Wirkungsmodell - mittelbare Wirkungen auf 3. Ebene**

<b>mittelbare Wirkungen auf 3. Ebene</b>
Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
Akzeptanz der Beeinträchtigung
Erhöhung der Selbstwirksamkeit und des Selbstbewusstseins
Reduktion der Überforderung
Verbesserung der Möglichkeit des Erlernens von Kulturtechniken
Vermeiden von Folgeschäden
Reduzierung der Unfallhäufigkeit



**Tabelle 5-5: Wirkungsmodell - langfristige Wirkungen**

<b>langfristige Wirkungen</b>
Entspannung der familiären Situation
leichtere Pflege- und Betreuungsbedingungen für Angehörige
Förderung des Verständnisses im Umfeld
weniger sonder- und heilpädagogischer Bedarf
bessere Bildungskarrieren
bessere Berufskarrieren

Im nachfolgenden Kapitel wird die Wirkungskette der PatientInnen dargestellt. Es wurden nur all jene Wirkungen aus dem Wirkungsmodell herangezogen, die im Endeffekt auch tatsächlich monetarisiert wurden. Dabei ist zu beachten, dass nur unmittelbare Wirkungen auf 1. Ebene und mittelbare Wirkungen auf 2. Ebene in die Berechnungen eingeflossen sind. Eine Wirkung wurde dabei entweder auf erster oder auf zweiter Ebene monetarisiert, abhängig davon auf welcher Ebene eine Monetarisierung sinnvoller möglich war.

## 5.2.2 Wirkungskette PatientInnen

Der Input, den die PatientInnen in die VKKJ einbringen, sind ihre Zeit und ihr Vertrauen. Die VKKJ stellt wiederum qualifiziertes Personal für die medizinisch-therapeutische Betreuung und Behandlung der PatientInnen zur Verfügung, was eine gewisse Anzahl an Leistungsstunden als Output zur Folge hat. Die erzielten Wirkungen sind nachfolgender Wirkungskette zu entnehmen und werden in Kapitel 5.2.3 genauer beschrieben und berechnet.

**Tabelle 5-6: Wirkungskette PatientInnen**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Zeit, Vertrauen	Medizinisch-therapeutische Behandlung in den Ambulatorien	Anzahl an Leistungsstunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>verbesserte Biorhythmen</li> <li>weniger Infektionen</li> <li>weniger Schmerzen</li> <li>Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit</li> <li>Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit</li> <li>Nahrungsaufnahme ohne/mit weniger Hilfe</li> <li>erhöhtes physisches Wohlbefinden</li> <li>erhöhtes psychisches Wohlbefinden</li> <li>Verbesserung der Orientierung in der Umwelt</li> <li>Verbesserung der Mobilität (mit Hilfsmitteln)</li> <li>erhöhtes Sicherheitsgefühl</li> </ul>	Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ die entsprechende Wirkung erzielt hätten

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, die der Tätigkeit der VKKJ zuzurechnen sind. Diese Wirkungen werden auch als Impact oder Nettowirkung bezeichnet. Der Impact liegt der Berechnung der stakeholder-spezifischen monetarisierten Wirkungen zugrunde und wird im folgenden Abschnitt beschrieben. Die hierfür notwendige Berechnung des Deadweights basiert auf dem im vorangegangenen Kapitel dargestellten Szenario für alternative Betreuungslösungen, bei Inexistenz der VKKJ.

## 5.2.3 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die **monetarisierten Wirkungen** der PatientInnen, die durch die VKKJ erreicht werden, liegen insgesamt bei **116.765.390 Euro** und verteilen sich, wie in nachfolgender Tabelle ausgeführt.

**Tabelle 4-5-7: monetarisierte Wirkungen der PatientInnen**

<b>PatientInnen</b>	
<p><b>verbesserte Biorhythmen</b>                      Nachtdienstpauschale                      multipliziert mit Tagen, an denen sich der Schlafrhythmus verbessert                      multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einem verbesserten Schlafrhythmus profitieren                      zuzüglich Freizeiteinschränkung die durch unregelmäßigen Stuhlgang und Verdauungsproblemen entsteht                      multipliziert mit dem durchschnittlichen Nettolohn einer/eines ÖsterreicherIn                      multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer verbesserten Verdauung profitieren                      abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von verbesserten Biorhythmen profitieren)</p>	<b>€ 1.204.235</b>
<p><b>weniger Infektionen</b>                      Folgekosten einer Bronchitis                      multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von weniger Infektionen betroffen sind                      abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von weniger Infektionen betroffen sind)</p>	<b>€ 58.533</b>
<p><b>weniger leichte Schmerzen</b>                      Schmerzensgeld für leichte Schmerzen                      multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer leichten Schmerzreduktion profitieren                      abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von weniger Schmerzen profitieren)</p>	<b>€ 1.501.913</b>
<p><b>weniger starke Schmerzen</b>                      Schmerzensgeld für starke Schmerzen                      multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer starken Schmerzreduktion profitieren                      abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von weniger Schmerzen profitieren)</p>	<b>€ 6.481.269</b>
<p><b>leichte Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit</b>                      durchschnittlichen Kosten eines Schuljahres pro SchülerIn einer Regelschule                      multipliziert mit der Anzahl der PatientInnen, die von einer leichten Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit profitieren                      abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ eine gesteigerte Konzentration haben)</p>	<b>€ 32.562.509</b>
<p><b>erhebliche Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit</b>                      Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten eines Schuljahres pro SchülerIn einer Regelschule zu einer Sonderschule                      multipliziert mit der Anzahl der PatientInnen, die von einer erheblichen Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit profitieren                      abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ eine gesteigerte Konzentration haben)</p>	<b>€ 15.767.343</b>

**Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit**

Kosten eines computerunterstützten Kommunikationsgerätes  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer erheblichen  
Verbesserung ihrer Kommunikationsfähigkeit profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit haben)

**€ 1.627.827****Nahrungsaufnahme ohne/mit weniger Hilfe**

Kosten einer persönlichen Assistenz für eine Stunde pro Tag  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die keine bzw. weniger Hilfe bei  
der Nahrungsaufnahme benötigen  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
keine bzw. weniger Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen)

**€ 2.628.348****erhöhtes physisches Wohlbefinden**

Kosten eines Personaltrainers  
zuzüglich Schmerzensgeld  
multipliziert mit den durchschnittlichen Krankenstandstagen  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einem erhöhten  
physischen Wohlbefinden profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
ein erhöhtes physisches Wohlbefinden haben)

**€ 13.434.920****erhöhtes psychisches Wohlbefinden**

durchschnittliche Urlaubsausgaben  
zuzüglich der Zeitverwendung für soziale Kontakte  
multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn eines/einer  
ÖsterreicherIn  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einem erhöhten  
psychischen Wohlbefinden profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
ein erhöhtes psychisches Wohlbefinden haben)

**€ 20.414.064****leichte Verbesserung der Orientierung in der Umwelt**

Kosten eines Hörgerätes und einer Sehhilfe  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer leichten  
Verbesserung der Orientierung in der Umwelt profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
eine leichte Verbesserung der Orientierung haben)

**€ 4.685.669****erhebliche Verbesserung der Orientierung in der Umwelt**

Kosten einer persönlichen Assistenz für eine halbe Stunde pro Tag  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer erheblichen  
Verbesserung der Orientierung in der Umwelt profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
eine erhebliche Verbesserung der Orientierung haben)

**€ 6.790.232****Verbesserung der Mobilität (mit Hilfsmitteln)**

Kosten einer persönlichen Assistenz für eine Stunde pro Tag  
multipliziert mit Anzahl der PatientInnen, die von einer Verbesserung der  
Mobilität profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ  
eine Verbesserung der Mobilität haben)

**€ 8.762.373**

### **erhöhtes Sicherheitsgefühl**

Kostenquote im Bereich Krankenzusatzversicherung einer privaten Versicherungsgesellschaft  
multipliziert mit der Anzahl der PatientInnen, die von einem erhöhten Sicherheitsgefühl profitieren  
abzüglich Deadweight (Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ ein erhöhtes Sicherheitsgefühl haben)

**€ 846.157**

### **Gesamtprofit der PatientInnen**

**€ 116.765.390**

Durch die Existenz der VKKJ profitiert eine bestimmte Anzahl an PatientInnen von **verbesserten Biorhythmen**. Darunter wird in vorliegender Studie eine Verbesserung des Schlafrhythmus, der Verdauung und der Blasenkontrolle (Verhinderung von Einnässen) verstanden. Es handelt sich hierbei um eine unmittelbare Wirkung, die durch die Behandlung in den Ambulatorien hervorgerufen wird. Für die Berechnung des Profits wird die Anzahl der PatientInnen, die durch die VKKJ von verbesserten Biorhythmen profitieren, herangezogen. Als Proxy für die Monetarisierung des **verbesserten Schlafrhythmus** wurde der Nachtdienstzuschlag pro Nachtarbeitsstunde beziehungsweise eine Nachtdienstpauschale herangezogen, da Personen die nachts arbeiten, für einen geschädigten Schlafrhythmus entschädigt werden. Laut BAGS KV 2015 gebührt ein Zuschlag pro Nachtarbeitsstunde in Höhe von 6,42 Euro. Pro durchgehendem Nachtdienst gebührt anstelle dieses Zuschlages eine Nachtdienstpauschale von 36,71 Euro (BAGS 2015). Die Nachtdienstpauschale wurde anschließend mit den Tagen, an denen ein/e PatientIn durchgehend schlafen kann, multipliziert. Davon wurde ein Deadweight, die Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von einem verbesserten Schlafrhythmus profitieren, abgezogen. Eine weitere Unterkategorie der verbesserten Biorhythmen stellen ein **regelmäßiger Stuhlgang und eine verbesserte Verdauung** dar. Mit einem unregelmäßigen Stuhlgang geht ein Gefühl der Unsicherheit, Schmerzen aber auch eine Einschränkung in der Freizeitgestaltung einher. Für die Monetarisierung wurde als Proxy die Zeit, die ein/e DurchschnittsösterreicherIn für Freizeitaktivitäten in Anspruch nimmt, herangezogen (Statistik Austria 2010a). Jedoch sind nur all jene Unterkategorien, welche durch einen unregelmäßigen Stuhlgang nicht möglich wären, in die Berechnungen eingeflossen. Dazu zählen kulturelle Aktivitäten, der Besuch von Vergnügungsveranstaltungen, Spazieren gehen, Wandern, Laufen, Jagen, Fischen, Sammeln in der Natur und Wege - Kultur. In Summe wendet ein/e ÖsterreicherIn für diese Aktivitäten täglich 30 Minuten auf. Diese wurden mal 365 für das gesamte Jahr multipliziert und mit dem durchschnittlichen Nettolohn eines/einer ÖsterreicherIn (Statistik Austria 2010b) hochgerechnet. Die Verhinderung von Einnässen stellt die dritte Unterkategorie der verbesserten Biorhythmen dar. Diese wurde jedoch nicht zusätzlich monetarisiert, da dies schon beim verbesserten psychischen Wohlbefinden erfasst wurde.

Eine weitere unmittelbare Wirkung, von der eine bestimmte Anzahl an PatientInnen profitiert, sind **weniger Infektionen**. Bestimmte PatientInnen der VKKJ würden ohne der medizinisch-therapeutischen Behandlung in den Ambulatorien häufiger an Aspirations-Pneumonien, wiederkehrenden Mittelohrentzündungen und Bronchitis erkranken. Für die Monetarisierung wurden die Folgekosten einer Bronchitis in Höhe von 569 Euro pro PatientIn (Keiner 2006) mit der Anzahl der PatientInnen, die von weniger Infektionen betroffen sind, multipliziert. Anschließend wurde der Betrag um den Deadweight, also den PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von weniger Infektionen betroffen wären, reduziert.

Des Weiteren profitieren die PatientInnen durch die interdisziplinäre Betreuung in den Ambulatorien der VKKJ, von einer unmittelbaren **Schmerzreduktion**. Durch die unterschiedlichen Therapien profitieren PatientInnen von weniger Schmerzen. Eine bestimmte Anzahl an PatientInnen würde ohne der medizinisch-therapeutischen Behandlung von leichten beziehungsweise starken Schmerzen betroffen sein. Hierfür wurde das Schmerzensgeld für

leichte beziehungsweise starke Schmerzen für die Monetarisierung der Wirkung herangezogen. Zweck des Schmerzensgeldes ist es Schmerzempfindungen abzugelten. Üblicherweise werden für leichte Schmerzen (je nach zuständigem Gericht) rund 100 Euro pro Tag zugesprochen, für schwere Schmerzen 200 bis 350 Euro (Rechtfreund 2015). Der jeweilige Betrag wurde wiederum mit der Anzahl der PatientInnen, die von einer Schmerzreduktion profitieren, hochgerechnet und um jene Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ von weniger Schmerzen profitieren, reduziert. Der Deadweight bei all jenen PatientInnen mit starken Schmerzen wurde höher angesetzt (50%), da hier durch Schmerzmedikamente eine entsprechende Linderung hervorgerufen werden kann.

Für all jene PatientInnen die von einer unmittelbaren und **erheblichen Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit** profitieren, wurden für die Monetarisierung der Wirkung, die Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten eines Schuljahres pro SchülerIn einer Regelschule zu einer Sonderschule herangezogen. Durch die gesteigerte Konzentration und Aufmerksamkeit kann ein gewisser Anteil an PatientInnen eine Regelschule besuchen. Die durchschnittlichen öffentlichen Ausgaben pro SchülerIn einer Regelschule belaufen sich auf 7.914 Euro, wohingegen die durchschnittlichen Kosten pro SchülerIn einer Sonderschule mit 30.905 Euro pro Jahr wesentlich kostenintensiver sind (Bruneforth 2012). Die Differenz wurde mit der Anzahl der PatientInnen, die von einer starken Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit profitieren, hochgerechnet und wiederum um die Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ eine erhebliche gesteigerte Konzentration und Aufmerksamkeit hätten, reduziert.

Als mittelbare Wirkung auf zweiter Ebene wurde eine **leichte Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit** identifiziert. Diese wird durch unterschiedliche unmittelbare Wirkungen auf erster Ebene hervorgerufen, nämlich durch verbesserte Biorhythmen, Schmerzreduktion, Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung und der Wahrnehmung des Umfeldes und durch die Verbesserung der kognitiven Funktionen. All jene PatientInnen denen bereits eine erhebliche Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit zugerechnet wurde, wurden hier exkludiert. Für die Monetarisierung wurden die Kosten für ein Schuljahr einer Regelschule angenommen (Bruneforth 2012), da durch eine leichte Steigerung der Konzentration und Aufmerksamkeit, die Wiederholung eines Schuljahres vermieden werden kann.

Eine weitere mittelbare Wirkung auf zweiter Ebene ist die **Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit**. PatientInnen, die von dieser Wirkung profitieren, sind jene, die auf erster Ebene von weniger Infektionen betroffen sind, ihre orofacialen Funktionen verbessern, sich angenommen, wertgeschätzt und ernst genommen fühlen und ihre Sinnes- und Körperwahrnehmung und Wahrnehmung des Umfeldes sowie ihre kognitiven Funktionen verbessern. Als Proxy wurden hierfür die Kosten eines computerunterstützten Kommunikationsgerätes für mittelschwer Betroffene in Höhe von rund 494 Euro und für stark Betroffene in Höhe von 8.160 Euro (Lifetool Solutions 2015) herangezogen. Der jeweilige Betrag wurde anschließend mit der Anzahl der PatientInnen, die von einer mittelschweren beziehungsweise schweren Kommunikationsstörung betroffen wären multipliziert und um den Deadweight, der Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit hätten, reduziert. Für all jene die von einer leichten Kommunikationsstörung betroffen wären, wurde keine zusätzliche Wirkung zugerechnet, da sich Personen mit einer leichten Kommunikationsstörung noch ausdrücken können. Sie stoßen bei der Kommunikation an ihre Grenzen und die Reaktionen im Umfeld rufen psychische Auswirkungen hervor, dies wurde jedoch bereits bei der Wirkung des erhöhten psychischen Wohlbefindens bewertet und würde hier zu einer Doppelzählung führen.

Ein Anteil der PatientInnen benötigt durch die Leistungen der VKKJ **keine beziehungsweise weniger Hilfe bei der Nahrungsaufnahme**. Dies bedeutet einerseits eine enorme Arbeitserleichterung für die Angehörigen, da diese oft Stunden mit dem Verabreichen von Nahrung an ihre Kinder verbringen und andererseits die Kinder nunmehr selbstständig essen können. Um diese Wirkung zu monetarisieren wurden die Kosten einer persönlichen Assistenz

(SDE 2015) für eine Stunde pro Tag mit der Anzahl der PatientInnen, die keine bzw. weniger Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, multipliziert. Es ist hier anzumerken, dass diese Wirkung extrem unterbewertet ist, da die Nahrungsaufnahme für Personen mit Behinderung deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt, als eine Stunde pro Tag. Es wurde wiederum der Deadweight, also die Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ keine bzw. weniger Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen, abgezogen.

Ein Großteil der PatientInnen der VKKJ profitiert von einem **verbesserten physischen Wohlbefinden**. Dabei wird ebenfalls zwischen einer leichten und starken Verbesserung unterschieden. Das verbesserte physische Wohlbefinden wird durch eine Reihe von unmittelbaren Wirkungen auf 1. Ebene hervorgerufen. Diese sind verbesserte Biorhythmen, weniger Infektionen, Schmerzreduktion, Verbesserung der orofacialen Funktionen, Verbesserung von Tonus und Haltung, Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung und der Wahrnehmung des Umfeldes und die Verbesserung der Fein- und Grobmotorik. Unter dem physischen Wohlbefinden wird die positive Empfindung von Vitalität (sich fit fühlen) sowie die Freiheit von körperlichen Beschwerden verstanden (Schuhmacher et al. 2003). Für all jene PatientInnen die von einer leichten Verbesserung ihres physischen Wohlbefindens profitieren, wurden die Kosten eines Personaltrainers (Körperkrafttraining 2015) in Höhe von 1.260 Euro herangezogen, da sich dadurch die körperliche Leistungsfähigkeit erhöht. Zusätzlich wurde für die Monetarisierung der Beschwerdefreiheit das Schmerzensgeld für leichte Schmerzen (Rechtsfreund 2015) mit den durchschnittlichen Krankenstandstagen eines/einer ÖsterreicherIn in Höhe von 13 Tagen (Statistik Austria 2013) hochgerechnet. Für all jene PatientInnen die von einer erheblichen Verbesserung ihres physischen Wohlbefindens profitieren, wurde der gleiche Proxyindikator verwendet. Jedoch wurde das Schmerzensgeld für eine Anzahl von 35 Tagen hochgerechnet. Es wurde die Annahme getroffen, dass diese Personen an 10% der Tage im Jahr an Schmerzen leiden würden. Diese Tage liegen zwischen den durchschnittlichen Krankenstandstagen und den geschätzten Tagen der Arbeitsgruppe bezüglich der Schmerzen. Diese Annahme wurde getroffen, sodass es bei all jenen die von einer massiven Verbesserung des physischen Wohlbefindens profitieren, nicht so eine enorme Verbesserung hinsichtlich der Schmerzen ist wie bei den SchmerzpatientInnen (siehe oben Schmerzreduktion), aber dennoch eine stärkere als bei jenen die von einer leichten Verbesserung profitieren. Dieser Betrag wurde um den Deadweight, der Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ ein erhöhtes physisches Wohlbefinden hätten, reduziert.

Neben dem physischen Wohlbefinden profitieren die PatientInnen der VKKJ ebenso von einem **erhöhten psychischen Wohlbefinden**. Das psychische Wohlbefinden umfasst positive Gefühle (Freude, Glücksgefühl), eine positive Stimmung und die aktuelle Beschwerdefreiheit (Schuhmacher et al. 2003). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde auch die Wirkung „Verbesserung von sozialen Kompetenzen“ als Unterkategorie des psychischen Wohlbefindens erfasst. Auch hier wurde genauso wie beim physischen Wohlbefinden, zwischen einer leichten und einer starken Verbesserung unterschieden. Für all jene PatientInnen, die von einer leichten Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens profitieren, wurden für die Monetarisierung der Wirkung die Ausgaben für einen Kurzurlaub herangezogen (TIP Studie 2012, Statistik Austria 2014b). Für jene die von einer starken Verbesserung profitieren wurden die durchschnittlichen Urlaubsausgaben verwendet. Zusätzlich profitiert diese Gruppe der PatientInnen von einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen. Sie können durch die unterschiedlichen Therapien in den Ambulatorien mehr soziale Kontakte bilden und leben in keiner Isolation. Als Proxy für diesen Nutzen wurde die durchschnittliche Zeitverwendung für soziale Kontakte, darunter fallen Gespräche im Familienkreis, telefonieren, E-Mails schreiben, lesen, chatten, Briefe schreiben, lesen, Gespräche außerhalb der Familie, Besuche bei/von Freunden/Verwandten, Ausgehen in Lokale, private Partys, formelle Freiwilligenarbeit, informelle Hilfe, Teilnahme an religiösen, politischen u.ä. Veranstaltungen, Wege - soziale Kontakte, Wege - Freiwilligenarbeit (Statistik Austria 2010a) mit dem Bruttostundenlohn einer/eines Österreicherin in Höhe von 12,79 Euro (Statistik Austria 2010b) multipliziert. Diese monetarisierte Wirkung wurde wiederum nur all jenen PatientInnen zugerechnet, die nur durch die VKKJ von dieser Wirkung profitieren.

Durch die Leistungen der VKKJ kann sich eine bestimmte Anzahl an PatientInnen besser in ihrer **Umwelt orientieren**. Dies wird durch Wirkungen auf erster Ebene hervorgerufen. Dazu zählen die Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung, die Verbesserung der Fein- und Grobmotorik und die Verbesserung der kognitiven Funktionen. Auch hier muss zwischen einer leichten und einer erheblichen Verbesserung unterschieden werden. Es gibt PatientInnen, die sich nunmehr im Alltag besser zurechtfinden. Bei anderen wird beispielsweise die Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr vermindert. Zur Monetarisierung der leichten Verbesserung der Orientierung in der Umwelt wurden die Kosten für ein Hörgerät und einer Sehhilfe herangezogen (Hansaton 2015, Brillen-Sehhilfen 2015). All jene Personen, die ohne der VKKJ von einer starken Orientierungslosigkeit betroffen wären, könnten zur Vermeidung der Unfallhäufigkeit, eine persönliche Assistenz in Anspruch nehmen. Hierfür wurden die Kosten für eine halbe Stunde pro Tag angenommen (SDE 2015). Auch hier wurde wiederum ein Deadweight in den Berechnungen berücksichtigt.

Weiters bewirkt die VKKJ durch ihre Leistungen eine **Verbesserung der Mobilität** bei ihren PatientInnen. Diese wird durch viele vorangehende Wirkungen hervorgerufen, wie die Schmerzreduktion, Verbesserung von Tonus und Haltung, Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung und der Verbesserung der Fein- und Grobmotorik. Die Wirkung errechnet sich auch hierfür aus den Kosten für eine persönliche Assistenz für eine Stunde pro Tag multipliziert mit der Anzahl der PatientInnen, die von einer Verbesserung der Mobilität profitieren. Von diesem Betrag musste wiederum ein Deadweight, die Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ eine Verbesserung der Mobilität hätten, abgezogen werden.

Das Sicherheitsbedürfnis zählt zu einem der elementarsten Grundbedürfnisse für Menschen. Durch die VKKJ profitieren die PatientInnen und deren Angehörige vom Wissen über den Krankheitsverlauf, erlernen Copingstrategien und verbessern ihre kognitiven Funktionen. Dadurch wird ein Sicherheitsgefühl hervorgerufen. Für das **erhöhte Sicherheitsgefühl** wurden als Proxy die Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung verwendet. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie, bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit, bei 100 Euro (Schober et al. 2013). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird. Auf die Kosten der Versicherung wird fokussiert, da dies der Wert ist, der benötigt wird, um die Leistungen und damit das Sicherheitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Das Sicherheitsgefühl wurde nur Jugendlichen ab einem Alter von 11 Jahren zugerechnet und ist bei allen anderen PatientInnen, bei deren Angehörigen erfasst.

### 5.3 ANGEHÖRIGE

---

Eine wesentliche Stakeholdergruppe der VKKJ stellen die Angehörigen der PatientInnen der Ambulatorien und die Angehörigen der KlientInnen des Tagesheims dar.

Mit Angehörigen der PatientInnen wurden sieben persönliche Interviews geführt. Zusätzlich wurden mit zwei Angehörigen der KlientInnen des Tagesheims Gespräche geführt. Diese wurden im Kapitel 5.5 zusammengefasst.

Eine der wohl bedeutendsten Wirkungen für die Angehörigen stellt die **psychische Entlastung** und Begleitung der gesamten Familie dar: *"was zu schätzen ist, dass man weiß, dass man dort jederzeit anrufen kann. Das ist schon sehr viel wert. Ich weiß man bemüht sich dort und schaut, dass man schnell hilft"* (Interview 7). Im folgenden Zitat spiegelt sich die psychische Belastung für Eltern mit entwicklungsverzögerten Kinder besonders wieder: *"Es ist eh schon schwierig wenn man ein Kind hat, das nicht in die Gesellschaftsnormen hineinpasst und immer die Möglichkeit zu haben mit jemandem zu reden und zu sehen er macht Fortschritte. Einfach gelassener mit der Situation und der Erkrankung sein"* (Interview 9). Die VKKJ bietet auch eine

**Elternberatung** an (Interview 8). Im Rahmen dieser werden die Eltern durch die TherapeutInnen geschult. Sie bekommen Ratschläge, wie man das eigene Kind auch zuhause fördern kann um es in seiner Entwicklung zu unterstützen, wie folgende Zitate unterstreichen: *"sie begleiten einen, stärken einen, das ist wirklich ganz toll"* (Interview 4). Dadurch profitieren die Eltern durch mehr **Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Kind** (Interview 9). Dies führt wiederum dazu, dass den Kindern auch zuhause zu mehr Selbstständigkeit verholfen werden kann: *„Manches hätte ich in dem Ausmaß überhaupt nicht erfahren"* (Interview 9).

Außerdem sind die ÄrztInnen und TherapeutInnen wichtige **AnsprechpartnerInnen** für die Eltern: *„ich weiß wenn ich Sorgen habe, dass ich einen Ansprechpartner habe"* (Interview 8) und *"wenn ich etwas brauche oder ein Problem habe rufe ich dort einfach an. Mir geht es auch viel besser und jetzt verstehe ich auch was er hat, früher war ich immer traurig"* (Interview 6). Die Eltern werden durch die TherapeutInnen auch auf Operationen vorbereitet. Zudem wird die Wohnsituation von den TherapeutInnen oder ÄrztInnen angesehen und eine Hilfestellung für die notwendigen Adaptierungen gegeben (Interview 8). Es sei sowohl für medizinische als auch emotionale Fragen und Probleme Platz: *„sie haben sich immer Zeit genommen, wenn ich Fragen gehabt habe"* (Interview 9).

In den Interviews wird zudem deutlich, dass die Angehörigen von dem **Wissen, dass ihr Kind gut versorgt** ist profitieren. *"wenn man weiß, dass er gut aufgehoben ist dort, dass man auch auf die Schnelle mit den anderen Experten reden kann dort, das ist beruhigend. Wenn man weiß, dass man da auf einen Erfahrungsschatz zurückgreifen kann, sieht man vieles entspannter"* (Interview 10). Auch im Rahmen eines Interviews mit einer/einem KrankenhausärztIn wird verdeutlicht: *„sie sind so auf das Thema spezialisiert, dass sie viel mehr Wissen haben. Die Kinder und Eltern fühlen sich gut betreut, weil sie wissen da kennt sich jemand aus"* (Interview 20).

Insbesondere bei der mobilen Frühförderung können die TherapeutInnen im familiären Umfeld Tipps für den Alltag geben. Die gesamte Familie wird durch die VKKJ begleitet, auch **SozialarbeiterInnen** stehen zur Verfügung und unterstützen die Eltern bei Anträgen, denn *"es ist ziemlich kompliziert die ganzen Anträge zu stellen"* (Interview 4). Auch bei der Suche nach einem Kindergartenplatz helfen die SozialarbeiterInnen. Zusätzlich wird durch Anträge die finanzielle Situation der Familien aufgebessert und Armut verringert.

Besonders bei der **Hilfsmittelversorgung** benötigen viele Eltern Hilfe und Unterstützung: *„ganz wichtig war die Hilfsmittelversorgung mit dem Rollstuhl, ohne dem Ambulatorium ... also da werden dann von der Krankenkasse Vorgaben gemacht, gebrauchte Rollstühle die den Anforderungen überhaupt nicht entsprechen und wenn man die Unterstützung von Therapeuten und Ärzten hat, ist vieles leichter"* (Interview 8).

Eine zudem bedeutende Wirkung ist das **kostenlose Angebot** der VKKJ ohne Selbstbehalte: *"wir sind sehr dankbar, dass es auf Krankenkasse geht"* (Interview 10). In anderen Therapiezentren oder bei niedergelassenen TherapeutInnen ist häufig ein Selbstbehalt zwischen 30 und 60 Euro zu bezahlen, wie folgende Aussage einer InterviewpartnerIn betont: *"in Wien machen sehr viele kostenpflichtige Therapien, also da ist es wirklich ganz schwer einen Platz zu finden"* (Interview 4). Hat ein Kind Entwicklungsverzögerungen oder eine Behinderung braucht dieses oft sein Leben lang Therapien, was eine hohe finanzielle Belastung für die gesamte Familie darstellt.

Außerdem betonen die befragten Angehörigen, dass der **Austausch zwischen den Eltern** enorm wichtig ist für sie: *"ganz zentral ist der Elternaustausch von Betroffenen"* (Interview 4).

Auch das **interdisziplinäre Team** an ÄrztInnen und TherapeutInnen in den Ambulatorien der VKKJ wird als besonders positiv durch die Angehörigen wahrgenommen: *"weil es alles unter einem Dach vereint, von der Physiotherapie, Psychotherapie, Logopädin, Entwicklungskontrolle etc."* (Interview 10). Es herrscht laut Interviews eine **angenehme Atmosphäre**, gute

Arbeitsbedingungen und ein gutes Miteinander vor: „es ist eine sehr entspannte Atmosphäre im Ambulatorium, man merkt dass die Mitarbeiter aufeinander Rücksicht nehmen und gut miteinander kommunizieren“ (Interview 8). Im Ambulatorium der VKKJ ist das gesamte TherapeutInnenteam unter einem Dach und ein ständiger Austausch zwischen den TherapeutInnen ist möglich: *„Das angenehme an der VKKJ ist, dass das Kind dort im Team bekannt ist und versucht wird das Kind bestmöglich zu fördern. Dieses Teamsetting ist sehr angenehm. Sie überlegen sich was und halten Rücksprache“* (Interview 7). Dadurch wird Missverständnissen, die früher im niedergelassenen Bereich durch viele unterschiedliche TherapeutInnen vorgekommen sind, vorgebeugt (Interview 5). Durch die Interdisziplinarität und den Austausch unter den ÄrztInnen und TherapeutInnen muss *„man nicht zu unterschiedlichen ÄrztInnen rennen und die Geschichte nicht immer neu aufgerollt werden, was sehr belastend ist“* (Interview 9).

Die **hohe Kompetenz** der ÄrztInnen und TherapeutInnen wird durch folgende Aussage bestätigt: *„Obwohl wir eine sehr weite Anreise haben, wir haben eine Stunde Fahrtzeit, ist es uns wert, dass wir hinkommen, weil sie dort wirklich sehr kompetent und sehr gut sind und wir das sehr schätzen. Sie sind wirklich sehr professionell, das ganze Team spielt gut zusammen. Sie gehen sehr auf uns ein, sie nehmen sich Zeit und fragen wie es uns geht. Man hat schon fast das Gefühl man wäre bei einem Wahlarzt“* (Interview 10).

Vor allem die **zeitliche Entlastung** wurde in den Interviews häufig thematisiert und als großer Vorteil der VKKJ betont. Eine Angehörige meint dazu: *„man müsste sich alles selber organisieren, es wäre extrem anstrengend für mich, es ist extrem entlastend weil es so ein Knotenpunkt ist einerseits um Informationen zu kriegen, andere Eltern kennenzulernen, es ist professionell und doch sehr familiär. Es ist auch herausgenommen aus dieser Leistungsgesellschaft, es wird das Beste aus seinen Ressourcen gemacht und nicht der Norm angeglichen, sondern das Beste aus dem Kind rausgeholt. Es ist extrem spielerisch und kreativ, damit es auch Spaß macht“* (Interview 4). Müssen unterschiedliche Therapien in Anspruch genommen werden, bedeutet dies einen hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand: *„bevor wir im Ambulatorium waren, sind wir für die vielen unterschiedlichen Therapien sehr viel herumgefahren, was sehr aufwendig war“* (Interview 5). Angehörige ersparen sich viele Wege, denn *„es ist ein Zentrum, wo alle Fäden zusammenlaufen“* (Interview 8).

Auch im Rahmen eines Interviews mit einer/einem KrankenhausärztIn wird deutlich: *„es ist eine tolle Möglichkeit, eine tolle Anbindung vor Ort möglichst nahe. Zu einem Arzt alle halben Jahre oder alle drei Monate kann ich leichter fahren, aber einmal in der Woche zu einer Therapie, brauche ich natürlich den Anfahrtsweg, da ist ein Nachmittag weg, das ist eine große Belastung organisatorisch. Also die Ambulatorien sind sicherlich ein großer Segen keine Frage“* (Interview 18).

Eine zudem bedeutende Wirkung, die sich im Rahmen der Interviews manifestiert hat, ist die **veränderte Beziehung zum eigenen Kind**. Aus einigen Interviews ging in diesem Zusammenhang hervor, dass sich die Beziehung zum Kind entlastet hat und so entspannter geworden ist (Interview 7). *„Wir haben jetzt ein sehr gutes Miteinander“* (Interview 9). Das Kind ist beispielsweise durch die Therapien viel ruhiger geworden und kann nun Regeln befolgen. Der Umgang der Eltern mit dem Kind ist viel entspannter geworden (Interview 6). Auch die Beziehung zu den Geschwisterkindern verbessert sich, da diese auch durch das Ambulatorium unterstützt werden: *„Ich wüsste nicht was ich machen würde wenn es das Ambulatorium nicht geben würde. Sie helfen wirklich der ganzen Familie“* (Interview 6). Insgesamt entspannt sich die gesamte familiäre Situation: *„Wenn das Kind ausgeglichen ist dann funktioniert die Familie sonst auch, das wirkt sich ja extrem aus. Das ist nervlich belastend das wirkt sich auf alle aus“* (Interview 7).

Auf die Frage, ob es auch ohne VKKJ möglich gewesen wäre, **gleichwertige Therapien** zu erhalten, antwortet ein/e Befragte: *„In dem Ausmaß und in der Qualität hätte er/sie die Therapien nicht wo anders bekommen. Es ist schwierig geeignete Therapeuten zu finden die*

sich auf Kinder spezialisieren. Und es ist auch sehr schwer einen richtigen Orthopäden zu finden. Der Orthopäde von der VKKJ kennt das Kind schon jahrelang und das ist unbezahlbar" (Interview 8). Eine weitere befragte Angehörige meint dazu: „In dem Ausmaß hätten wir das sicher nicht bekommen, weil hier so viele Ärzte zusammenarbeiten. Es wäre wirklich gut wenn das Ganze mehr unterstützt werden würde. Im Krankenhaus funktioniert das alles in ein paar Minuten, Kontrolle, Besprechungen und schnell schnell schnell und man bleibt als Mutter mit ganz vielen Fragen zurück" (Interview 9).

Auch folgendes Zitat verdeutlicht die Problematik mit **Alternativangeboten**: "er/sie würde wohl auch die Therapien wo anders bekommen, man hätte einen immensen selbstorganisatorischen Aufwand" (Interview 10). Erschwerend kommt hinzu, dass alle Therapieplätze, laut InterviewpartnerIn, ausgebucht sind. Eine andere Angehörige berichtet: "Das glaube ich nicht, erstens zu spät, zweitens würde es nicht so kompakt angeboten werden. Ich kann es mir nicht vorstellen, es ist dort sehr familiär, man kennt sich, man kennt die anderen Kinder auch. Es gibt eine Mütterrunde. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es sonst wo so einfach ginge, dass ich eine Hilfestellung bekomme als Elternteil. Das sind alles Dinge die ich sehr schätze dort" (Interview 7).

Die Interviews bestätigen die Ergebnisse der Literaturrecherche, bezüglich einem **hohen Bedarf** an zusätzlichen Therapieplätzen für Kinder und Jugendliche: "Der Bedarf ist einfach riesig und selbst wenn man es sich leisten kann ist es ein irrsinniger Aufwand und eine Belastung. Man hat ja eh schon die Belastung vom behinderten Kind aber wenn man selbst nicht betroffen ist, dann denkt man nicht so weit" (Interview 7) und "Das muss unbedingt weiterhin unterstützt werden. Solche Einrichtungen muss sich Österreich einfach leisten können. Das ist ganz essenziell und wichtig und ich glaube, dass das von allen die dort hingehen so beurteilt wird, da bin ich mir eigentlich absolut sicher, weil wenn man da so ein bisschen mit den Leuten im Warteraum redet, ist jeder froh, dass er da ist und das ist schon was ganz Wichtiges. Also wenn man da zum Sparen anfangen würde, wäre das der falsche Platz" (Interview 10).

Eine weitere Besonderheit der VKKJ ist laut InterviewpartnerIn, die **Erfahrung** mit entwicklungsbeeinträchtigten Kindern: „bis man da die entsprechenden Therapeuten gefunden hat, die auch Erfahrung mit entwicklungsverzögerten Kindern haben, das ist eigentlich der wesentliche Punkt, ich brauche auch Kinderärzte die sich mit Behinderungen auskennen, ich brauche Experten zu dem Thema und die finde ich im Ambulatorium sicher schneller" (Interview 10).

Bezüglich der **Wartezeiten** meint folgende/r InterviewpartnerIn: "Die Wartezeit war leider sehr lange, das ist sehr schade, aber im Nachhinein betrachtet jetzt auf die Leistung die ich bekommen habe, wartet man gerne" (Interview 9). Aus den Interviews ging in diesem Zusammenhang auch hervor: "es müsste noch vergrößert werden, ich glaube der Bedarf wäre eigentlich schon da, es gibt ja Wartezeiten ... man sollte noch ein größeres Angebot schaffen" (Interview 10).

Hätte es das Angebot der VKKJ nicht gegeben, zeichnet eine Befragte folgendes Szenario: "Es ist natürlich immer die Frage wie man sozial und beruflich aufgestellt ist. Ich wüsste nicht wie man täte, ich glaube da kann man sein Kind nur so lassen wie es ist und hoffen dass es nicht schlimmer wird und man mit dem Kind gut zurechtkommt. Wenn man nicht zurecht kommt dann landet man vielleicht beim Jugendamt und hat dort eine PsychologIn. Es gibt sehr viele Leute die sich privat nichts leisten könnten. Wahrscheinlich könnte ich nicht arbeiten. Vorher hätte ich alles daran gesetzt, dass ich über private Ordinationen mit Refundierungen über die Krankenkassa, über Verordnungen die ich mir organisieren muss, ständig bei irgendeinem Kinderarzt oder Spezialisten irgendwo herumrennen und Genehmigungen einholen, dann dort hinfahren, dort refundieren, finanziell vorschießen, also irre. Und Belastung finanzieller und psychischer Art. Ich habe ein zweites Kind, das geht sonst unter. Es ist eigentlich nicht vorzustellen. Da gibt es viel zu wenig in Wien" (Interview 7).

Als langfristige Wirkung ergibt sich für die Angehörigen die **Möglichkeit einer Erwerbsarbeit** nachzugehen. Dies konnte jedoch in vorliegender Analyse, aufgrund der Schwierigkeit die Kausalität zu den Leistungen der VKKJ herzustellen, nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich kooperiert die VKKJ mit den Kindergärten und den Schulen der PatientInnen, worauf in Kapitel 5.14 näher eingegangen wird.

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

### 5.3.1 Wirkungskette Angehörige

Die Angehörigen investieren ihre Zeit und Vertrauen und zu einem geringen Anteil auch private Behandlungsbeiträge in die VKKJ. Die VKKJ wiederum übernimmt die medizinisch-therapeutische Betreuung und bietet Elternberatung und psychische Unterstützung an. Der Output ist die Anzahl der von der VKKJ erbrachten Leistungsstunden. Der für die Berechnung besonders relevante Outcome wird im folgenden Kapitel beschrieben.

**Tabelle 4-5-8: Wirkungskette Angehörige**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Zeit, Vertrauen, private Behandlungsbeiträge</b>	Medizinisch-therapeutische Betreuung ihrer Kinder Elternberatung und psychische Unterstützung	Anzahl der von VKKJ erbrachten Leistungsstunden	geringere psychische Belastung Freizeit Wissen, dass Kind gut versorgt ist verbesserte Beziehung zum Kind zeitliche und organisatorische Entlastung Kosteneinsparung im Vergleich zum Alternativszenario	Anzahl der Angehörigen, deren Kind ohne VKKJ anders betreut wäre

### 5.3.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die monetarisierten Wirkungen der Angehörigen liegen, wie nachfolgende Tabelle zeigt, insbesondere in der Reduktion von sozialen und psychischen Belastungen, und in der Verbesserung der Beziehung zum eigenen Kind und betragen insgesamt **31.448.977 Euro**.

**Tabelle 4-5-9: monetarisierte Wirkungen der Angehörigen**

Angehörige
<b>geringere psychische Belastung</b> durchschnittliche Urlaubsausgaben multipliziert mit Anzahl der Angehörigen, die psychisch entlastet sind abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Kind ohne VKKJ anders betreut werden würde)
<b>€ 9.306.758</b>

<b>Entlastung durch Elternberatung</b> Anzahl der Leistungsstunden der Elternberatung multipliziert mit den Kosten einer Elternberatungseinheit abzüglich Deadweight (Angehörige, die auch ohne VKKJ eine kostenlose Elternberatung in Anspruch nehmen würden)	<b>€ 219.678</b>
<b>Freizeit für sich</b> Anzahl der Leistungsstunden multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn eines/einer ÖsterreicherIn multipliziert mit Anzahl der Angehörigen abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Kind ohne VKKJ anders betreut werden würde)	<b>€ 1.025.198</b>
<b>Wissen, dass das Kind gut versorgt ist</b> Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung pro Jahr multipliziert mit Anzahl der Angehörigen abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Kind ohne VKKJ anders betreut werden würde)	<b>€ 6.760.666</b>
<b>verbesserte Beziehung zum Kind</b> Dauer einer systemischen Familientherapie multipliziert mit Stundensatz einer Familientherapieeinheit multipliziert mit Anzahl der Angehörigen, die eine verbesserte Beziehung zum eigenen Kind haben	<b>€ 12.245.734</b>
<b>zeitliche und organisatorische Entlastung</b> Anzahl der Leistungsstunden bei Mehrfachtherapien multipliziert mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn abzüglich Deadweight (Angehörige, deren Kind ohne VKKJ anders betreut werden würden)	<b>€ 1.764.381</b>
<b>Kosteneinsparung im Vergleich zum Alternativszenario</b> Anzahl der Leistungsstunden im Alternativszenario (5%) multipliziert mit dem Selbstbehalt bei niedergelassenen TherapeutInnen	<b>€ 126.563</b>
<b>Gesamtprofit der Angehörigen</b>	<b>€ 31.448.977</b>

Die **psychische Belastung** betrifft insbesondere das ständige Gefühl der Verantwortung, das Gefühl der Überforderung und auch durch die Belastung entstehende Depressionen. Als Proxy wurden hier die durchschnittlichen Urlaubsausgaben (TIP Studie 2012, Statistik Austria 2014b) herangezogen, da ein Urlaub ebenfalls zur psychischen Entlastung dienen kann.

Des Weiteren profitieren all jene Angehörige welche **Elternberatung** in Anspruch nehmen durch eine Entlastung. Hierfür wurde die Anzahl an Leistungsstunden der Elternberatung mit den Kosten einer Elternberatung (Verhaltenstherapie 2015) multipliziert, abzüglich der Wahrscheinlichkeit, auch ohne VKKJ eine kostenlose Elternberatung in Anspruch nehmen zu können.

Angehörige klagen zudem über wenig **Zeit für sich selbst**. Aus den Interviews geht hervor, dass während der Therapieeinheiten der Kinder, die Eltern jeweils eine Stunde Freizeit für sich haben. Als Proxy für diesen Nutzen wurde eine Stunde Freizeit pro Leistungsstunde herangezogen und mit dem Bruttostundenlohn einer/eines Österreicherin in Höhe von 12,79 Euro (Statistik Austria 2010b) multipliziert.

Des Weiteren profitieren die Angehörigen von dem **Wissen, dass ihr Kind gut betreut ist**. Diese Wirkung wurde mit den Verwaltungskosten einer Pflegeversicherung monetarisiert. Grundsätzlich schließen Personen ab 35 Jahren eine Pflegeversicherung ab. Für eine 40-jährige Frau liegt die monatlich zu zahlende Prämie, bei einem monatlichen Auszahlungsbetrag von 1.056 Euro bei Pflegebedürftigkeit, bei 100 Euro (Schober et al. 2013). Die Verwaltungskosten liegen bei 4,175% pro Jahr. Der restliche Betrag wurde nicht dem Sicherheitsgefühl zugeschrieben, da hierfür zugrunde gelegt ist, dass später auch eine Leistung bezogen werden wird. Auf die Kosten der Versicherung wird fokussiert, da dies dem Wert entspricht, den es benötigt, die Leistungen und damit das Sicherheitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Weiters bewirkt die VKKJ durch die Entlastung der Angehörigen hinsichtlich der Minderung von Konfliktpotential, eine **Verbesserung der Beziehung zum Kind**, sodass das bestehende gute Naheverhältnis nicht gefährdet wird. Als Proxy wurden die Kosten für eine systemische Familientherapie für eine Dauer von 6 Einheiten pro Jahr herangezogen (Stangl-Taller 2013, Hainz 2013). Da diese Wirkung in gleichen Maßen den PatientInnen zugerechnet werden kann, wird sie bei beiden Stakeholdern jeweils zur Hälfte angesetzt, zumal die Familientherapie auf Paare bzw. größere Personenkreise ausgerichtet ist.

Zusätzlich profitieren die Angehörigen von einer **zeitlichen und organisatorischen Entlastung**, da sie sowohl die FachärztInnen als auch TherapeutInnen in einem interdisziplinären Zentrum aufsuchen können. Zwei Drittel der PatientInnen der VKKJ nehmen mehr als eine Therapie in Anspruch. Um diese Wirkung in Geldeinheiten zu bewerten, wurde der Zeitaufwand, der entstehen würde, um mehrere TherapeutInnen und ÄrztInnen in Anspruch nehmen zu können, mit dem durchschnittlichen Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert (Statistik Austria 2010b).

All jene Angehörigen, deren Kind im Alternativszenario im niedergelassenen Bereich eine Therapie in Anspruch nehmen könnte (5%), profitieren von einer **Kosteneinsparung** im Vergleich zum Alternativszenario. Der größte Teil der niedergelassenen Versorgung ist mit einem Selbstbehalt (ca. € 30-60 pro Therapiestunde) verknüpft (Kinderliga 2014). Es wurde ein Selbstbehalt von 30 Euro angenommen und mit 5% der Leistungsstunden multipliziert.

Als Deadweight wurde jeweils jener Anteil an Angehörigen abgezogen, deren Kind ohne der VKKJ anders betreut wäre.

## **5.4 KLIENTINNEN DES TAGESHEIMS**

---

Im Tagesheim der VKKJ in Wiener Neustadt wird individuelle Tagesbetreuung für Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen geboten. Das Tagesheim existiert bereits seit dem Jahr 1986. Damals wurde die Einrichtung als Kleingruppe durch eine Elterninitiative gegründet, da es keine geeigneten Plätze für Personen mit Behinderung und hohem Pflegebedarf gab. Im Gegensatz zu geschützten Werkstätten finden im Tagesheim keine Industrie- bzw. Bastelarbeiten (beispielsweise für Weihnachtsmärkte) statt. Es wird den KlientInnen individuelle Förderung auf verschiedenen Ebenen geboten. Mittlerweile bietet das Tagesheim Platz für 40 KlientInnen, welche in fünf Gruppen zu jeweils acht Personen durch jeweils zwei BetreuerInnen betreut werden. Im für die Analyse relevanten Jahr 2013, wurden 39 KlientInnen betreut. Bei der Zusammensetzung der Gruppen wird auf eine Durchmischung nach Geschlecht und Schweregrad der Behinderung geachtet. Das Tagesheim bietet „Lebensplätze“. Der Großteil der KlientInnen ist seit vielen Jahren im Tagesheim. Die Tagesbetreuung findet Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 15:00 Uhr und freitags von 8:00 bis 14:00 Uhr statt. Die KlientInnen werden von ihren Wohnplätzen durch zwei eigene und vier externe Fahrtendienste zum Tagesheim gebracht. Bei einigen wenigen übernehmen die Angehörigen den Transport.

Um die Wirkungen, die durch das Tagesheim entstehen evaluieren zu können, wurden insgesamt vier Leitfadenterviews mit MitarbeiterInnen des Tagesheims und Angehörigen der KlientInnen geführt. Mit sechs KlientInnen wurde ein Gruppengespräch (Interview 3) geführt.

Aus den Berechnungen der SROI Analyse musste das Tagesheim letztlich jedoch aus Ressourcengründen ausgeschlossen werden, da die Monetarisierung der Wirkungen das Ausmaß der Studie übersteigen würde. Aus den vor Ort geführten Interviews mit verschiedenen Stakeholdern wurden jedoch die Wirkungen ausgearbeitet und werden folgend beschrieben.

Wie bereits erwähnt, sind die Gruppen im Tagesheim nach Geschlecht und Schwere der Behinderung durchmischt. Dadurch entsteht ein **lebendiges Miteinander** unter den KlientInnen. Die **Gemeinschaft** hat einen besonderen Wert und wird gefördert. „*Wir helfen immer zusammen*“ (Interview 3) meint eine befragte Person. Im Tagesheim werden den KlientInnen langfristig betreute **Lebensplätze** geboten. Die meisten von ihnen besuchen seit vielen Jahren das Tagesheim. Akzeptanz und „*genommen werden wie man ist*“ (Interview 16) spielen eine wesentliche Rolle.

Die **Bewegungsförderung** der KlientInnen ist ein Schwerpunkt im Tagesheim. Die MitarbeiterInnen haben Ausbildungen im Bereich der speziellen Pädagogik für Bewegung. Es gibt verschiedene Bewegungsgruppen, beispielsweise für RollstuhlfahrerInnen und für mobilere KlientInnen.

**Spaß und Freude** haben im Tagesheim einen hohen Stellenwert: „*Sie schauen, dass sie einfach Gaudi haben*“ (Interview 12) meint eine/r der befragten Angehörigen zum positiv gestalteten Tagesablauf der KlientInnen. In einem Gruppengespräch haben die KlientInnen einige ihrer Aktivitäten aufgezählt:

„*Wir fahren fort*“ (Interview 3), fahren einkaufen fürs Kochen oder in das Einkaufszentrum Fischerpark „*da ist immer was los*“ (Interview 3), es wird für Aufführungen und Feste geprobt, Bewegung gemacht, sich selbständig beschäftigt oder individuelle Förderung genossen. Aber auch individuelle Aktivitäten gibt es im Tagesheim, um den KlientInnen Freude zu bereiten. Ein besonders unvergessliches Ereignis war der Besuch eines Konzerts einer Klientin mit Zivildienern des Tagesheims.

Nach dem Mittagessen gibt es die Möglichkeit sich in den jeweiligen Gruppen zu beschäftigen. Von basteln, schreiben bis hin zum Poker spielen ist für jeden etwas dabei. Eine befragte Person meint, „*jeder macht was anderes*“. Andere befragte Personen bekräftigen dies mit Beispielen wie „*ich lern italienisch*“, „*ich tu CD hören und mitsingen*“, „*ich tu gern was unternehmen*“, „*lernen*“, „*basteln in der eigenen Bastelecke, mit allem was mir unter die Finger kommt*“, „*das Proben und Tanzen*“ für die Feste uvm. (Interview 3).

Außerdem gibt es in jeder Gruppe die Möglichkeit sich zurückzuziehen und sich **auszuruhen**.

Würde es das Tagesheim nicht geben, wären einige der KlientInnen vermutlich in einer geschützten Werkstätte. Ein paar von ihnen haben in solchen auch bereits Erfahrungen gesammelt. Im Vergleich zum Tagesheim ist das Arbeiten in einer Werkstätte für die Interviewten mit **Stress** verbunden. Es geht vor allem um das Wirtschaftliche und um fristgerechte Fertigstellung von Produkten für beispielsweise den Weihnachtsmarkt. Ein besonderer Wert, den die KlientInnen im Tagesheim erfahren, ist die **Entschleunigung** und die Zeit die ihnen gegeben wird ohne Leistungsdruck zu verspüren. Wie es ihnen in einer geschützten Werkstätte im Vergleich zum Tagesheim erging, beschreiben die KlientInnen wie folgt: „*Nein, dort hat es mir nicht gefallen, weil ich nicht so schnell bin. Um das geht es eigentlich*“, „*die wollten Leute immer schneller haben*“ oder „*mich haben sie dann nicht genommen, weil ich nicht so schnell bin*“ (Interview 3). Auch in weiteren Interviews wurde deutlich, dass Werkstätten für die TagesheimklientInnen mit Stress verbunden sind. Ein befragter Elternteil macht deutlich, dass das Tagesheim die erste Stelle ist wo das Kind nicht „*in ein System reingepresst*“ wird (Interview 12). Laut Auskünften der Leitung, gibt es keine andere Organisation die ein vergleichbares Angebot wie das Tagesheim bietet. Damit gibt es für die im Tagesheim angesprochene Zielgruppe kaum gleichwertige Alternativen.

In den meisten Interviews kam zum Vorschein, dass besonders eine **geregelter Tagesstruktur** für die KlientInnen im Tagesheim wichtig ist und sie sehr davon profitieren.

Ein Elternteil erzählt im Rahmen des Interviews, dass ihr/sein Kind „mit zunehmendem Alter immer fauler geworden ist und nur mehr vor Fernseher und Computer war“ (Interview 11). Damit verdeutlichte die befragte Person, wie wichtig ein geregelter **Ablauf, Tagesstruktur und Motivation** für die KlientInnen ist.

Auch die **Selbstständigkeit** wird im Tagesheim gefördert. Wo es geht, werden die KlientInnen eingesetzt. Beispielsweise werden Aufgaben wie Wäsche- und Küchendienst übernommen. Es soll ihnen nicht das Gefühl gegeben werden „na du kannst das sowieso nicht, und wenn du das machst, hab ich drei Mal mehr Arbeit“ (Interview 11). Außerdem übernehmen KlientInnen eine Übersetzer- bzw. Vermittlerrolle, wenn es darum geht zu verstehen, was schwerer behinderte Personen versuchen zu kommunizieren. Aber auch die Abnabelung von zuhause und der Aufbau eigener **Freundschaften** werden als wichtige Werte gesehen. Die KlientInnen sind im Tagesheim nicht mehr ausschließlich auf die Angehörigen angewiesen und erfahren ein Stück Normalität trotz ihrer Beeinträchtigung.

Im Rahmen der Interviews wurde den **MitarbeiterInnen** des Tagesheimes großes Lob ausgesprochen. Wichtig für eine qualitative Betreuung seien die geringe Fluktuation, sowie MitarbeiterInnen die stets motiviert sind und eine stabile Beziehung zu den KlientInnen haben. Sie sind über die Jahre eine wichtige Bezugsperson geworden und können sich sehr gut auf die KlientInnen einlassen. „Neue MitarbeiterInnen fügen sich ins Team ein und sind alle so wertvoll, jede einzelne Person“ (Interview 11), meint eine befragte Person. Bei den durch das Tagesheim veranstalteten Festen, sieht man welche „phänomenale“ Arbeit von ihnen geleistet wird, und fasst mit „wow, macht euch bitte nicht so viel Arbeit [...] weil wir alle unsere Kinder kennen, [...] wie schwierig“ es oft ist, die Gedanken der Eltern zusammen (Interview 11). Die „Betreuer kennen ihre KlientInnen wirklich. Ein Blickkontakt genügt und sie wissen wie er/sie drauf ist“ (Interview 16) meint eine Person im Gespräch. Damit erfahren die KlientInnen ein sehr beschütztes und behütetes Umfeld. Die Leitung wird als sehr qualifiziert bei der Auswahl der MitarbeiterInnen beschrieben.

Die Betreuung im Tagesheim ist für die **Angehörigen** vor allem eine **große Entlastung**. Eine befragte Person beschreibt die Situation mit einem Kind mit Behinderung als oft sehr auslaugend und deprimierend. Da ist es gut „etwas“ abgeben zu können. Man ist ansonsten „praktisch eingesperrt“ zuhause (Interview 11) und kann kaum anderen Aufgaben nachgehen, geschweige denn auch sein eigenes Leben ohne starke Fremdsteuerung führen und beispielsweise nach Verwirklichung in einem Beruf suchen. Als Angehöriger ist man ausreichend über die Aktivitäten und Abläufe im Tagesheim **informiert**, einerseits durch den Wochenplan, sowie durch den Austausch bei Besuchen und Festen.

## 5.5 HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

---

Einen weiteren bedeutenden Stakeholder der VKKJ stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Im Jahr 2013 waren insgesamt 278 MitarbeiterInnen bei der VKKJ beschäftigt, davon 244 im medizinisch-therapeutischen Bereich und 34 in der Verwaltung.

Insgesamt wurden drei persönliche Interviews mit den MitarbeiterInnen der Ambulatorien und zwei Interviews mit den MitarbeiterInnen des Tagesheims geführt. Aus den geführten Interviews konnten deutliche Nutzendimensionen abgeleitet werden.

Zentraler Nutzen für die Beschäftigten der VKKJ ist der **fixe Arbeitsplatz** und das damit verbundene Erwerbseinkommen. Darüber hinaus ziehen die MitarbeiterInnen der VKKJ eine besondere **Motivation** daraus, eine sinnvolle und soziale Tätigkeit zu leisten, wie dies ein/e MitarbeiterIn eindrücklich schilderte: „Ich arbeite sehr gerne hier, ich weiß, dass die Arbeit die ich hier mache äußerst sinnvoll ist, dass die MitarbeiterInnen eine äußerst gute Arbeitseinstellung haben und ich glaube der Grund dafür ist, weil es wertvoll ist was geleistet wird.“ (Interview 14) und „es ist ein Gefühl von Befriedigung, eine sinnvolle Tätigkeit zu machen.“

(Interview 15). Diese Wirkung lässt sich unter dem Oberbegriff „**positives Gefühl**“ subsumieren. Abgesehen davon spielt auch das **gute Miteinander und die Interdisziplinarität** im Team eine wichtige Rolle. Folgende Aussagen der befragten MitarbeiterInnen unterstreichen dies: *„Der Austausch mit KollegInnen ist viel unkomplizierter weil alle vor Ort sind, man bekommt schneller Informationen über die Familie mit der man arbeiten wird, man bekommt mehr Anregungen für die Arbeit.“* (Interview 13) und *„mir gefällt einerseits die hohe Eigenständigkeit, die Vielfalt an Familien die hier herkommen, dass wir in einem gut funktionierenden multidisziplinären Team arbeiten wo es einen guten Austausch und auch guten Rückhalt gibt unter den KollegInnen und ich denke mir, dass Anregungen und neue Ideen von MitarbeiterInnen immer willkommen sind“* (Interview 14).

Weiters wurde in den Interviews die **niedrige Bezahlung** im Sozialbereich thematisiert: *„Als TherapeutIn im Sozialbereich wird man nicht reich“* (Interview 13).

Außerdem wurde im Rahmen der Interviews eine **Sensibilisierung** der MitarbeiterInnen für das Thema Behinderung deutlich, was sich als bedeutende Wirkung zeigt. So wird deutlich, dass die MitarbeiterInnen in der VKKJ durch die Arbeit mit den PatientInnen der Ambulatorien und KlientInnen des Tagesheims ständig mit dem Thema Behinderung konfrontiert werden, was den Weitblick für die eigene Gesundheit und das eigene Leben deutlich verstärkt und auf diese Weise bewusst gemacht wird. Beispielsweise geht aus einem der Interviews folgende Aussage hervor: *„man sieht die Dinge gelassener, man bekommt einen Blick für das Wesentliche im Leben“* (Interview 13) und *„man ist glücklich wenn man gesunde Kinder hat, das gibt einem zum Nachdenken, ich lerne Hochachtung vor sehr vielen Menschen zu haben“* (Interview 14) oder *„zu wissen mit welchen Problemen sich Eltern rumschlagen und zu wissen wie schwierig es ist, wenn man auf Unterstützung angewiesen ist. Auch Hochachtung vor den Eltern zu haben“* (Interview 15).

Die Gemeinschaft im Tagesheim wird durch eine befragte MitarbeiterIn als sehr **familiär** und schön bezeichnet. Sowohl die Beziehung zu den KlientInnen als auch zu den KollegInnen wird als Mehrwert gesehen. Als MitarbeiterIn wurde auch die Wirkung, das eigene **Umfeld** auf das Thema zu **sensibilisieren** gesehen. Die Gruppen des Tagesheims sind durch ihre zahlreichen Aktivitäten und Ausflüge sichtbar nach außen. Eine befragte Person umschreibt die gesellschaftliche Problematik damit, dass beispielsweise auf Weihnachten gewartet wird, um zu spenden und Gutes zu tun, das Thema damit aber rasch abgetan wäre. Die TagesheimklientInnen sind ständig unterwegs, sodass die Gesellschaft mit dem Thema *„in Kontakt kommen muss“* (Interview 16). Die Organisation des Tagesheims kommt mit einer sehr **flachen Hierarchie** aus. Die MitarbeiterInnen profitieren von der Möglichkeit des Aufstiegs und persönlicher **Weiterentwicklung**.

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

### **5.5.1 Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Hauptamtliche MitarbeiterInnen investieren ihre Zeit und ihre Fähigkeiten in die VKKJ. Die VKKJ stellt wiederum bezahlte Arbeitsplätze sowie die benötigten Arbeitsmittel zur Verfügung und bietet Weiterbildungsmöglichkeiten. Der unmittelbare Output der VKKJ in Bezug auf die MitarbeiterInnen ist die Anzahl an bezahlten Arbeitsstunden sowie die Anzahl bzw. Qualität der Weiterbildungen.

Tabelle 5-10: Wirkungskette Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Arbeitszeit</b>			feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen	
<b>Fähigkeiten</b> (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...)	Zur Verfügungstellung des Arbeitsplatzes	Anzahl an bezahlten Stunden	höhere Sensibilisierung für Menschen mit Behinderung	Möglichkeit eines Alternativjobs
	Bereitstellung von Arbeitsmitteln	Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen	Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	
<b>Fertigkeiten</b> (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Weiterbildungsmöglichkeiten		Teamarbeit – interdisziplinäres Team	
			Know-how-Gewinn durch Zusatzqualifikationen	

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

### 5.5.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die MitarbeiterInnen haben durch die VKKJ insgesamt **monetarisierte Wirkungen von 848.508 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 4-5-11: monetarisierte Wirkungen der MitarbeiterInnen

MitarbeiterInnen	
<b>Feste Beschäftigung und fixes Einkommen</b>	
jährl. durchschnittliche Bruttogehälter der MitarbeiterInnen (in VZÄ)	
abzügl. durchschnittl. Arbeitslosengeld	
abzügl. Sozialversicherungsbeitrag (DN-Beitrag)	
abzügl. Lohnsteuer	
zuzüglich freiwilliger Sozialaufwendungen	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	<b>€ 372.395</b>
<b>Höhere Sensibilisierung für das Thema Menschen mit Behinderung</b>	
Verdienstentgang durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Behindertenheim	
multipliziert mit Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ)	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	<b>€ 69.361</b>
<b>Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)</b>	
Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich	
multipliziert mit Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ)	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	<b>€ 262.656</b>

<b>Teamarbeit – enge Zusammenarbeit</b>	
Kosten für ein Weiterbildungspaket „Teambuilding“ multipliziert mit Anzahl der MitarbeiterInnen (VZÄ) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	<b>€ 90.720</b>
<b>Know-how-Gewinn / Weiterbildungsmöglichkeiten</b>	
Aufwand für Aus- und Weiterbildungen abzüglich Deadweight (Anteil der Unternehmen die Weiterbildungen anbieten)	<b>€ 53.377</b>
<b>Gesamtprofit der hauptamtlichen MitarbeiterInnen</b>	<b>€ 848.508</b>

Die monetarisierten Wirkungen für eine **festen Beschäftigung und ein fixes Einkommen** werden ausgehend vom jährlichen Nettoeinkommen einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters abzüglich des Arbeitslosengeldes (AMS 2013a), das sie/er ohne die Beschäftigung erhalten würde, zuzüglich des freiwilligen Sozialaufwandes berechnet. Das durchschnittliche, zusätzliche Netto-Einkommen wird schließlich auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet.

Als Deadweight muss der Profit für jenen Anteil an Personen abgezogen werden, die sonst auch einen Arbeitsplatz entsprechend ihrer Qualifikation in einer anderen Organisation bekommen und somit ebenfalls ein zusätzliches Einkommen erhalten hätten. Die Arbeitslosenquote nach nationaler Berechnung lag im Jahr 2013 bei 7,6% (Statistik Austria 2014) Der Deadweight, die Möglichkeit eines Alternativjobs für die MitarbeiterInnen, liegt somit bei 92,4%.

Die **höhere Sensibilisierung für Menschen mit Behinderung** wurde mithilfe des Proxyindicators des entgangenen Bruttoeinkommens der MitarbeiterInnen durch ein zweimonatiges Praktikum in einem Behindertenheim monetarisiert, auf die Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) hochgerechnet und um den Deadweight bereinigt.

**Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)** ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator der Gehaltsunterschied zu einem profitorientierten Unternehmen herangezogen. Laut einer Studie von Leete (2000) ist das Gehaltsniveau in profitorientierten Unternehmen zwischen 10% und 20% höher als in Nonprofit-Organisationen. Der Proxyindikator wurde auf die Anzahl der Beschäftigten hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einer Alternativbeschäftigung erzielt hätten.

Als weitere wichtige Wirkung für die MitarbeiterInnen hat sich die **enge Zusammenarbeit** herauskristallisiert. Die Arbeit im Team wird als besonders positiv hervorgehoben und auch die Tatsache, dass über belastende Fälle geredet wird, was somit zu einem sehr angenehmen Betriebsklima unter den MitarbeiterInnen führt. Dieser Outcome kann jedoch nicht direkt gemessen werden. Als Proxyindikator wurden die Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeitskompetenzen, im Konkreten der Besuch von Kursen zum Thema „Teambuilding“, in Höhe von 270 bis 355 Euro (Wifi Wien 2013) verwendet. Diese wurden auf die Anzahl der betroffenen MitarbeiterInnen hochgerechnet. Als Deadweight wurde die Wahrscheinlichkeit eines guten Betriebsklimas bei anderen ArbeitgeberInnen von 70% abgezogen (Betriebsklima 2013).

Zusätzlich trägt der Nutzen aus der **persönlichen und fachlichen Weiterbildung** zum Gesamtprofit der MitarbeiterInnen bei. Zur Bewertung wurde der getätigte Aufwand für die Aus- und Weiterbildung herangezogen und um den Anteil der Unternehmen, die Weiterbildungen anbieten, in Höhe von 72% reduziert (Markowitsch/Helfer 2003).

## 5.6 KRANKENHÄUSER

Unter dem Stakeholder **Krankenhäuser** werden vor allem die niederösterreichischen und Wiener Krankenanstalten und deren MitarbeiterInnen verstanden. Im Rahmen von Interviews mit zwei KrankenhausärztInnen wurde deutlich, dass die Krankenhäuser durch die Ambulatorien der VKKJ von einer **Arbeitserleichterung** profitieren (Interview 18, 20). Die PatientInnen der VKKJ werden bei Bedarf an die Krankenhäuser vermittelt, dabei übernimmt die VKKJ die Diagnostik und steht direkt im Kontakt mit den ÄrztInnen der Krankenhäuser. Diese ersparen sich pro PatientIn rund 1,5 Stunden Zeit, da keine Vorgeschichte inklusive Befundzusammenstellung mehr erhoben werden muss: „Die Zusammenarbeit funktioniert sehr gut“ (Interview 18), „weil sie sich wirklich sehr engagieren“ (Interview 20). Das wichtigste für die Krankenhäuser ist jedoch, dass die Eltern der PatientInnen in den Ambulatorien sehr gut angebunden sind und die Eltern und PatientInnen durch die VKKJ sehr gut auf einen stationären Aufenthalt vorbereitet werden. Zusätzlich profitieren die Eltern, da sie nicht jedes Mal die Krankheitsgeschichte ihres Kindes neu aufrollen müssen, da die ÄrztInnen der VKKJ bereits die Krankenhäuser vorab informieren: „Wir stehen in ständigem Kontakt. Die Zusammenarbeit geht Hand in Hand“ und „das wichtigste ist, dass die Eltern nicht zerrissen werden mit verschiedenen Meinungen sondern, dass ein Austausch zwischen Ambulatorien und Krankenhäusern da ist, das geht total gut. Das ist wirklich super“ (Interview 18). Den Krankenhäusern geht es dabei nicht primär um eine Arbeitserleichterung, sondern um eine optimale Betreuung der PatientInnen vor Ort und, dass die Betreuung nach einem stationären Aufenthalt wieder in die Hände der Ambulatorien übergeben werden kann.

### 5.6.1 Wirkungskette Krankenhäuser

Der Input des Stakeholders Krankenhäuser liegt bei der Vermittlung von PatientInnen an die VKKJ und in der Beratung und dem Austausch über medizinische Therapien. Der Output ist die Anzahl der von der VKKJ übernommenen PatientInnen. Bei Krankenhausaufenthalten von PatientInnen werden alle notwendigen Befunde und Unterlagen aufbereitet und den behandelnden ÄrztInnen in den Spitälern zur Verfügung gestellt. Somit ersparen sich die ÄrztInnen in der Durchführung der Diagnostik Zeit. Zusätzlich übernehmen die Ambulatorien die Nachsorge, die sonst in den Krankenanstalten stattfinden müsste. Somit liegt der Outcome in einem geringeren Zeitaufwand für Diagnostik und Nachsorge. Als Deadweight müssen hier wiederum alle PatientInnen, die auch ohne die VKKJ eine Diagnostik bzw. Nachsorge im Krankenhaus benötigen würden, abgezogen werden.

Tabelle 5-12: Wirkungskette der Krankenhäuser

Input	Unternehmens-aktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Vermittlung an VKKJ</b>  <b>Beratung und Austausch über medizinische Therapien</b>	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von VKKJ übernommenen PatientInnen	Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik  Zeitersparnis durch Übernahme der Nachsorge	Anzahl der PatientInnen, die auch ohne VKKJ einer Diagnostik oder Nachsorge im Krankenhaus bedürfen

### 5.6.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt ergeben sich für den Stakeholder Krankenhäuser **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von € 614.962 Euro**.

**Tabelle 5-13: monetarisierte Wirkungen der Krankenhäuser**

<b>Krankenhäuser</b>	
<b>Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik</b>	
Anzahl PatientInnen, die ins Krankenhaus kommen multipliziert mal 1,5 Stunden Diagnostikaufwand multipliziert mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin	<b>€ 7.626</b>
<b>Zeitersparnis durch die Übernahme der Nachsorge</b>	
Anzahl der PatientInnen die im Ambulatorium eine Nachsorge erhalten multipliziert mit dem durchschnittlichen Zeitaufwand für eine Nachsorge multipliziert mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin	<b>€ 607.336</b>
<b>Gesamtprofit der Krankenhäuser</b>	
	<b>€ 614.962</b>

Die Krankenhäuser profitieren von einer **Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik**. Diese wurde mit der Anzahl der PatientInnen die ins Krankenhaus kommen, multipliziert mal 1,5 Stunden durchschnittlichem Diagnostikaufwand und mit dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin monetarisiert.

Zusätzlich übernehmen die VKKJ nach einem Spitalsaufenthalt die **Nachsorge** der PatientInnen, die sonst das Krankenhaus gewährleisten müsste. Hierfür wurde die Anzahl der PatientInnen, die im Ambulatorium eine Nachsorge erhalten mit dem durchschnittlichen Zeitaufwand für eine Nachsorge und dem Personalaufwand eines Spitalsarztes/-ärztin multipliziert.

## 5.7 BUND

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

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

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

Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

### 5.7.1 Wirkungskette Bund

Der Bund hat keine Investitionen in die VKKJ, dieser erbringt jedoch Leistungen. Die Aktivitäten der VKKJ bestehen in der Bereitstellung von Arbeitsplätzen. Der entsprechende Output ist die Anzahl an hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

**Tabelle 5-14: Wirkungskette des Bundes**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB)	Möglichkeit eines Alternativjobs

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind wiederum die Wirkungen, die aufgrund der Aktivitäten und dem damit verbundenen Output entstehen. Dies ist im Konkreten der Umfang der zusätzlich lukrierten Steuereinnahmen. Als Deadweight abzuziehen sind einerseits Steuereinnahmen, die aufgrund von Alternativarbeitsplätzen zu erzielen wären, und andererseits Einsparungen, die ohne Existenz der VKKJ zu erzielen wären.

### 5.7.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Insgesamt erzielt der Bund **monetarisierte Wirkungen von 153.290 Euro**. Wie sich diese zusammensetzen wird nachfolgend näher erläutert.

**Tabelle 5-15: monetarisierte Wirkungen des Bundes**

Bund	
<b>Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen</b>	
Höhe der Lohnsteuer nach Berufsgruppe Höhe der Dienstgeberbeiträge multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) der jeweiligen Berufsgruppe abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs nach Berufsgruppe)	<b>€ 129.910</b>
<b>Zusätzliche Einnahmen (Ausgleichstaxe Behinderteneinstellungsgesetz)</b>	
Höhe der abgeführten Ausgleichstaxe des Behinderteneinstellungsgesetzes	<b>€ 23.380</b>
<b>Gesamtprofit des Bundes</b>	<b>€ 153.290</b>

Der Bund profitiert aufgrund von **Lohnsteuereinnahmen** und DG-Beiträgen der hauptamtlichen MitarbeiterInnen in der Höhe von 129.910 Euro. Hierbei wurde allerdings ein Deadweight, also die Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu erlangen, abgezogen.

Zusätzlich profitiert der Bund von zusätzlichen Einnahmen durch die **Ausgleichstaxe** des Behinderteneinstellungsgesetzes in Höhe von 23.380 Euro.

## 5.8 LAND NIEDERÖSTERREICH UND WIEN

Die VKKJ betreibt insgesamt neun Ambulatorien, davon vier in Wien und fünf in Niederösterreich. Die Bundesländer Niederösterreich und Wien investieren in die VKKJ Gelder für die Bereitstellung von medizinisch-therapeutischen ambulanten Behandlungen sowie die

Pflege und Betreuung im Tagesheim. Der unmittelbare Nutzen besteht in der Erfüllung des Versorgungsauftrages.

Die gesamte Wirkungskette wird im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

### 5.8.1 Wirkungskette Länder Niederösterreich und Wien

Die Länder Niederösterreich und Wien investieren in die VKKJ Gelder, in Form von Förderungen. Durch die VKKJ werden Personen beschäftigt und PatientInnen der Ambulatorien behandelt sowie die KlientInnen des Tagesheims gepflegt und betreut. Wirkungen, die aufgrund dieser Unternehmensaktivität dem Land Niederösterreich und dem Land Wien entstehen, sind folgender Tabelle zu entnehmen.

**Tabelle 4-5-16: Wirkungskette der Länder Niederösterreich und Wien**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
Subventionen und Zuschüsse	Medizinisch-therapeutische Behandlung	Anzahl behandelter bzw. betreuter Personen	Erfüllung des Versorgungsauftrages	Aktivitäten der VKKJ, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können

### 5.8.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die Effekte in Bezug auf die Erfüllung des Versorgungsauftrags wurde bereits bei den PatientInnen berücksichtigt.

**Tabelle 4-5-17: monetarisierte Wirkungen der Länder Niederösterreich und Wien**

<b>Länder Niederösterreich und Wien</b>	
Erfüllung des Versorgungsauftrages	bei PatientInnen berücksichtigt
<b>Gesamtprofit der Länder Niederösterreich und Wien</b>	<b>€ 0</b>

Die Länder Niederösterreich und Wien profitieren, da die VKKJ mithelfen den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dieser Nutzen wurde jedoch bereits den PatientInnen zugerechnet und darf hier nicht noch einmal zugerechnet werden.

## 5.9 SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Die **Sozialversicherungsträger** in Österreich sind für die Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung zuständig.

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

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

Zusätzlich profitiert der Sozialversicherungsträger durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages.

### 5.9.1 Wirkungskette Sozialversicherungsträger

Die Sozialversicherungen investieren in die VKKJ in Form von Subventionen und Zuschüssen. Die für diese Stakeholder relevante Aktivität ist die Bereitstellung von medizinisch-therapeutischen Behandlungen, die Betreuung im Tagesheim sowie die Bereitstellung von Arbeitsplätzen und die damit verbundenen zusätzlichen Beitragsleistungen. Der entsprechende Output ist die Anzahl an behandelten PatientInnen bzw. betreuten KlientInnen und die Anzahl der hauptamtlich beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne der VKKJ verlieren würden.

Tabelle 4-5-18: Wirkungskette der Sozialversicherungsträger

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Subventionen und Zuschüsse</b>	Medizinisch-therapeutische Behandlung	Anzahl behandelter PatientInnen	Erfüllung des Versorgungsauftrages	Aktivitäten der VKKJ, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können
	Betreuung im Tagesheim	bzw. betreuter KlientInnen	zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	
	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen		Möglichkeit eines Alternativjobs

### 5.9.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die Wirkung „Erfüllung des Versorgungsauftrages“ wurde bei den PatientInnen berücksichtigt. Den Sozialversicherungsträgern entstehen zusätzliche **monetarisierte Wirkungen von € 213.315 Euro**.

Tabelle 4-5-19: monetarisierte Wirkungen der Sozialversicherungsträger

<b>Sozialversicherungsträger</b>	
<b>Erfüllung des Versorgungsauftrages</b>	bei PatientInnen berücksichtigt
<b>Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung</b>	
Höhe des SV-Beitrags (DG-Anteil) + Höhe des SV-Beitrags (DN-Anteil)	
multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ)	
abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	
	<b>€ 213.315</b>
<b>Gesamtprofit der Sozialversicherungsträger</b>	<b>€ 213.315</b>

Die **Erfüllung des Versorgungsauftrages** wurde bereits den PatientInnen zugerechnet.

Die **Beiträge zur Sozialversicherung** wurden anhand der ermittelten Anzahl an VZÄ-Beschäftigten berechnet. Abgezogen wurde ein Deadweight in der Höhe der Wahrscheinlichkeit einen Alternativjob zu finden.

## 5.10 AMS

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

Das AMS wird in der vorliegenden Analyse hauptsächlich berücksichtigt, da es monetarisierte Wirkungen im Sinne der SROI-Analyse im Zusammenhang mit den hauptamtlich Beschäftigten der VKKJ hat.

Das AMS profitiert demnach hinsichtlich der Einsparungen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe für jene Personen, die durch die VKKJ eine Anstellung finden und damit eine kontinuierliche Beschäftigungsmöglichkeit erhalten werden kann.

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

### 5.10.1 Wirkungskette AMS

Das AMS leistet keinen direkten Input in die VKKJ. Die für das AMS relevante Aktivität ist die direkte und indirekte Bereitstellung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen und die damit vermiedene Arbeitslosigkeit. Der entsprechende Output ist die Anzahl an beschäftigten MitarbeiterInnen, die ihren Arbeitsplatz ohne der VKKJ verlieren würden.

Für die SROI-Analyse besonders relevant sind die Wirkungen, hier als Outcome bezeichnet, die durch den Output hervorgerufen werden. Für das AMS sind hier einerseits die Einsparungen von Arbeitslosengeld sowie die durch die Beschäftigung erzielten Beiträge zur Arbeitslosenversicherung als Profit zu bewerten. Als Deadweight wird wiederum die Möglichkeit für die betroffenen Beschäftigten einen vergleichbaren Alternativjob zu finden herangezogen.

**Tabelle 4-5-20: Wirkungskette des AMS**

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

## 5.10.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Das AMS erzielt insgesamt **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von € 199.914**, die sich wie in der nachfolgenden Tabelle beschreiben zusammensetzen.

Tabelle 4-5-21: monetarisierte Wirkungen AMS

Arbeitsmarktservice	
<b>Einsparung von Arbeitslosengeld</b>	
Höhe des Arbeitslosengeldes nach Berufsgruppe multipliziert mit Anzahl MitarbeiterInnen (VZÄ) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	<b>€ 199.914</b>
<b>Zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung</b>	
Höhe des Arbeitslosengeldsatzes multipliziert mit dem Beitragssatz zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen (ALG) abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines Alternativjobs)	<b>bei SV berücksichtigt</b>
<b>Gesamtprofit des AMS</b>	<b>€ 199.914</b>

Zur Berechnung des Profits des AMS wurde das **durchschnittliche Arbeitslosengeld** herangezogen und auf alle Beschäftigten (VZÄ) umgelegt. Hinzu kommt weiters ein Beitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 7,65% der bezogenen Leistungen, den ebenfalls das AMS an die Sozialversicherungen leistet.

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

## 5.11 LIEFERANTINNEN UND LIEFERANTEN

Unter den **LieferantInnen**, im weiteren Sinne, wurden all jene subsummiert, von denen die VKKJ Materialien und sonstige Leistungen bezogen haben. Auch ein Großteil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen, wie z.B. Betriebskosten, wurde den LieferantInnen zugerechnet. Hierzu zählen vor allem LieferantInnen, die Möbel für die Einrichtung der Ambulatorien und des Tagesheims anbieten, aber auch Organisationen, die Fahrtendienste durchführen.

### 5.11.1 Wirkungskette LieferantInnen

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

**Tabelle 4-5-22: Wirkungskette der LieferantInnen**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Produkte/ Dienstleistungen</b>	Bezug von Produkten und Dienstleistungen um den Betrieb der VKKJ zu ermöglichen	Anzahl und Umfang an abgenommenen Produkten/ Dienstleistungen	zusätzliche Aufträge	Aufträge, die durch andere Organisationen/ Firmen kompensiert werden könnten

### 5.11.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die LieferantInnen erzielen durch die VKKJ **monetarisierte Wirkungen von 7.478 Euro**.

**Tabelle 4-5-23: monetarisierte Wirkungen der LieferantInnen**

<b>LieferantInnen</b>	
<b>Zusätzliche Aufträge</b>	
Höhe der Kosten für Materialien und bezogene Leistungen abzüglich Deadweight (Anteil an Aufträgen, die auch ohne VKKJ zustande gekommen wären)	<b>€ 7.478</b>
<b>Gesamtprofit der LieferantInnen</b>	<b>€ 7.478</b>

Der Nutzen für die LieferantInnen liegt primär im **Erhalt zusätzlicher Aufträge** durch die VKKJ. Um diesen Profit berechnen zu können, wurden die Daten aus den Bilanzen der VKKJ herangezogen. Je nach unterschiedlicher Leistung ergibt sich ein unterschiedlicher Deadweight. Für LieferantInnen mit großen Auftragsvolumen wurde ein Deadweight von 90% angenommen. Für alle restlichen Aufwände wurde ein Deadweight von 100 % angenommen, da diese Aufwendungen durch andere KundInnen leicht zu kompensieren wären.

## 5.12 NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Unter dem Stakeholder **niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** werden HausärztInnen verstanden, die für PatientInnen meist die erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen sind oder im Rahmen des Hausarztmodells sogar sein müssen. Da die VKKJ die Tätigkeiten der HausärztInnen übernehmen, profitieren die Ärztinnen und Ärzte von einer erheblichen Zeit- und Aufwandsersparnis.

### 5.12.1 Wirkungskette niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die Unterstützung bei der medizinischen Therapie zählt zu den wichtigsten Unternehmensaktivitäten für diesen Stakeholder, da sich dadurch die niedergelassenen ÄrztInnen bei der Behandlung Zeit ersparen. Niedergelassene ÄrztInnen benötigen bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsverzögerungen mehr Zeitaufwand. Als Deadweight wird hier wiederum die Anzahl der PatientInnen, die auch ohne VKKJ keine zusätzlichen Besuche bei niedergelassenen ÄrztInnen benötigen, abgezogen.

**Tabelle 4-5-24: Wirkungskette der ÄrztInnen**

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Beratung und Austausch über medizinische Therapie</b>	Übernahme von medizinischen und therapeutischen Verrichtungen	Anzahl an PatientInnen bei denen weniger Untersuchungen notwendig sind	Zeitersparnis	Anzahl PatientInnen, die auch ohne VKKJ keine zusätzlichen Untersuchungen benötigen

### 5.12.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die Ärztinnen und Ärzte erzielen durch die VKKJ **monetarisierte Wirkungen in der Höhe von € 81.460**.

**Tabelle 4-5-25: monetarisierte Wirkungen der ÄrztInnen**

<b>ÄrztInnen</b>	
<b>Zeitersparnis</b>	
Zeitersparnis pro entwicklungsverzögerter PatientIn in Stunden	
multipliziert mit der Anzahl der PatientInnen der VKKJ	
multipliziert mit dem Bruttostundengehalt einer/eines KinderärztIn	<b>€ 81.460</b>
<b>Gesamtprofit der ÄrztInnen</b>	<b>€ 81.460</b>

Die Interviews mit ÄrztInnen haben ergeben, dass ÄrztInnen von einer **Zeitersparnis** profitieren, da die VKKJ medizinische und therapeutische Tätigkeiten durchführen, die ohne diese von den niedergelassenen ÄrztInnen übernommen werden müssten. Laut Aussagen der befragten KinderärztInnen ist die Untersuchung von einem Kind mit Entwicklungsverzögerungen zeitaufwendiger, da die Eltern beraten werden müssen und zusätzlich therapeutische Zuweisungen notwendig sind (Interview 22, Interview 23). Es wurde angenommen, dass pro entwicklungsverzögerter PatientIn zusätzlich rund 10 Minuten mehr Zeitaufwand entsteht. Diese wurde mit der Anzahl der PatientInnen der VKKJ und dem Bruttostundengehalt eines/einer KinderärztIn multipliziert.

## 5.13 DIE VKKJ

Unter der VKKJ werden die Vereinsmitglieder der VKKJ und die Organisation als Ganze verstanden.

### 5.13.1 Wirkungskette der VKKJ

Die VKKJ hat im Jahr 2013 einen finanziellen Zufallsüberschuss erwirtschaftet. Zusätzlich haben die Mitglieder durch ihren Mitgliedsbeitrag ein positives Gefühl, etwas Gutes zu tun.

Tabelle 4-5-26: Wirkungskette der VKKJ

Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>Auflösung Rückstellungen</b>	Erbringung der Leistungen	finanzieller Zufallsüberschuss	möglicher Ausbau der VKKJ und deren Leistungsbereiche zur Zielerreichung	Wahrscheinlichkeit, sich anderweitig ehrenamtlich zu engagieren
<b>Mitgliedsbeiträge</b>		Anzahl der Mitglieder	Positives Gefühl (Erfüllung etwas Gutes zu tun)	

### 5.13.2 Berechnung stakeholder-spezifische monetarisierte Wirkungen

Die VKKJ hat einen **finanziellen Zufallsüberschuss in der Höhe von 340.706 Euro** erwirtschaftet.

Tabelle 4-5-27: monetarisierte Wirkungen der VKKJ

VKKJ	
<b>Finanzieller Zufallsüberschuss für projektbezogene Rücklagen</b>	<b>€ 340.064</b>
<b>Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)</b> Durchschnittliche Spende einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert mit Anzahl der Mitglieder abzüglich Deadweight (Wahrscheinlichkeit eines alternativen ehrenamtlichen Engagements)	<b>€ 642</b>
<b>Gesamtprofit der VKKJ</b>	<b>€ 340.706</b>

2013 kam es sowohl bei den Einrichtungen der VKKJ in Niederösterreich als auch in Wien zu einem **finanziellen Zufallsüberschuss** von insgesamt 340.064 Euro.

**Das positive Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)** ist ein weiterer wesentlicher Outcome, der allerdings nicht direkt gemessen werden kann. Dafür wurde als Proxyindikator die Höhe einer durchschnittlichen Spende einer ÖsterreicherIn von 91,40 Euro (Neumayr und Schober 2012) herangezogen und auf die Anzahl der Mitglieder hochgerechnet. Der Profit dieser Wirkung wurde wiederum um jenen Anteil an Personen reduziert, die diese Wirkung auch mit einem alternativen ehrenamtlichen Engagement erzielt hätten.

## 5.14 KOOPERATIONSPARTNERINNEN

---

Es gibt **zahlreiche Institutionen** und Organisationen die mit der VKKJ im Austausch stehen. Dazu zählen Kindergärten, Schulen, Tagesstätten, Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung, Krankenhäuser, Jugendämter aber auch Berufsgruppen, wie Orthopäden und Bandagisten. Erhält beispielsweise ein/e PatientIn bei der VKKJ aufgrund ihrer sozialen Verhaltensauffälligkeiten keine entsprechende Therapie, würde dies das Zusammenleben in einer Wohneinrichtung mit anderen Menschen oder auch den Alltag in Schule oder Kindergarten deutlich erschweren. Somit profitieren diese Institutionen von einer Entlastung. Aufgrund der zahlreichen KooperationspartnerInnen der VKKJ, konnte diese Stakeholdergruppe nicht in die Berechnungen inkludiert werden, da hier sehr viele unterschiedliche Wirkungen durch die VKKJ entstehen. Es wurden jedoch mit einigen KooperationspartnerInnen Gespräche geführt. Die Ergebnisse werden nachfolgend beschrieben.

Ein/e befragte/r LehrerIn einer Sonderschule profitiert von einer **Arbeitserleichterung** durch die VKKJ: *„Natürlich, es geht um Arbeitserleichterung, wie kann ich ein Kind gut aus dem Rollstuhl herausheben, aber es geht vor allem ums Kind, wie mache ich es dem Kind in der Schule angenehm, worauf muss ich achten, dass dem nichts passiert, wie kann ich ihn verschieden lagern“* (Interview 19). Die ÄrztInnen und TherapeutInnen der VKKJ sind ein kompetenter Ansprechpartner mit denen das Lehrpersonal wöchentlich in Kontakt steht beziehungsweise wenn Fragen auftreten. In Sonderschulen muss ein ganzheitlicher Ansatz gelebt werden, so die InterviewpartnerIn: *„wenn es um die Lagerung der Kinder geht, dann kommt die Therapeutin auch zu uns in die Schule und sagt den LehrerInnen was zu beachten ist. Wenn Fragen sind kann man jederzeit anrufen, da sind sie sehr gut vernetzt mit uns“* (Interview 19).

Im Gespräch mit einem weiteren KooperationspartnerIn, verdeutlicht diese/r: *„Es ist eine sehr gute Kooperation, wir sehen in vielen Bereichen, dass die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** total wichtig ist, zwischen Ärzten, Physiotherapeuten, Bandagisten oder bei den Schuhtechnikern. Und dort wo das funktioniert, sind die Kinder in der Regel gut versorgt, und die Eltern auch. Das Gefühl, das Kind ist in guten Händen, kriegen's nur dort. Das kriegen's bei den Einzelkämpfern die alle gute Arbeit liefern, nicht. Das muss man sagen“* (Interview 21).

In der orthopädischen Hilfsmittelversorgung ist eine Kooperation mit dem Ambulatorium unerlässlich und eine enorme Arbeitserleichterung, da gemeinsam mit dem Ambulatorium *„immer eine gute Lösung gefunden wird“* (Interview 21). Als Beispiel wird hier die Verkürzung der Achillessehne gebracht. Mit einem orthopädischen Schuh kann diese, wenn die Verkürzung derart fortgeschritten ist, dass nur mehr eine Operation helfen kann, nicht korrigiert werden. Wenn die PatientInnen nach der Operation nicht entsprechende Schienen vom Bandagisten und Schuhe vom orthopädischen Schuhmacher erhalten, dann ist die Operation nach einigen Monaten umsonst gewesen. Da sich die Achillessehne wieder ohne entsprechende therapeutische Maßnahmen, in denen die Sehne gedehnt wird, wieder verkürzt: *„und an dem Beispiel sieht man einfach, dass weder der Arzt, noch wir alleine einen Erfolg haben“* (Interview 21). Dies bringt eine enorme Verbesserung der Lebensqualität für die Kinder mit sich, da diese auf einmal stehen können und von einer verbesserten Körperhaltung profitieren.

In allen Gesprächen mit KooperationspartnerInnen wurde deutlich, dass die Nachfrage nach interdisziplinären Ambulatorien sehr hoch ist: *„der Bedarf ist da und diese langen Wartezeiten machen den Eltern oft sehr zu schaffen, wenn nämlich ein Problem auftaucht, möchte man als Elternteil natürlich sofort Hilfe, das ist eh ganz klar, und ich denke, dass alle davon profitieren, wenn es ein Zentrum gibt wo einfach so viele verschiedene therapeutische Möglichkeiten vorhanden sind die man den Kindern anbieten kann“* (Interview 19). Es gäbe zwar auch niedergelassene TherapeutInnen, die Besonderheit am Ambulatorium ist jedoch, dass alles unter einem Dach ist, ein kompetenter Ansprechpartner vorhanden ist und das Kind

ganzheitlich betrachtet wird. Die/der befragte LehrerIn wünscht sich, dass es in Zukunft mehr solcher Zentren gibt: *„wo man sich einfach hinwenden kann, auch als Lehrer, nicht nur als Eltern, wo man einfach kompetente Auskunft bekommt und, dass dieser ganzheitlicher Ansatz wichtig ist und da müssen alle zusammenarbeiten. Vernetzen ist einfach in unserer Zeit sehr wichtig“* (Interview 19).

Laut InterviewpartnerInnen ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ein sehr schwieriges Thema, vor allem bei der Hilfsmittelversorgung. Damit die Kinder am Familienleben teilnehmen können, müssen die Eltern hohe finanzielle Hürden überwinden: *„das kostet furchtbar viel Geld, aber trotz allem glaub ich, dass wir in einem Land leben, in dem wir uns das leisten sollten. Solche Massen sind das nicht, wir reden nur von ein paar Tausend Kindern, mehr gibt's österreichweit überhaupt nicht“* (Interview 21). Die Firmen, die Hilfsmittel produzieren, wälzen die Kosten auf die Familien über und diese müssen sich oft wochenlang mit den Krankenkassen auseinandersetzen. *„Ich versteh, dass wir sparen müssen, aber das sind die schwächsten Glieder unserer Gesellschaft die wir überhaupt haben“* (Interview 21).

Gespräche mit anderen KooperationspartnerInnen wurden beim Stakeholder Krankenhäuser in Kapitel 5.7 beschrieben. Weitere Aussagen der Interviewten wurden an anderen Stellen des Berichts, beispielsweise bei der Beschreibung der Alternativszenarien in Kapitel 5.1 erwähnt.

## 6 SROI-WERT – GESAMTBERECHNUNG

Als letzter Schritt wird die Berechnung des konkreten SROI-Wertes für den festgelegten Zeitraum (2013) vorgenommen. Hierzu werden, wie beschrieben, die (finanziellen) Investitionen, seitens der Financiers, aggregiert den monetär bewerteten sozialen Wirkungen, sowie monetär vorliegenden Wirkungen, gegenübergestellt.

Durch die Gegenüberstellung der gesamten Investitionen aus dem Jahr 2013 zu der Summe der monetarisierten Wirkungen, ergibt sich ein **SROI-Wert von 10,67**. Dies bedeutet, dass jeder investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 10,67 Euro schafft.

Tabelle 4-6-1: Berechnung SROI-Wert

<b>Investitionen 2013</b>	<b>€ 14.117.454</b>
<b>monetarisierte Wirkungen 2013</b>	<b>€ 150.674.000</b>
<b>SROI gesamt</b>	<b>10,67</b>

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

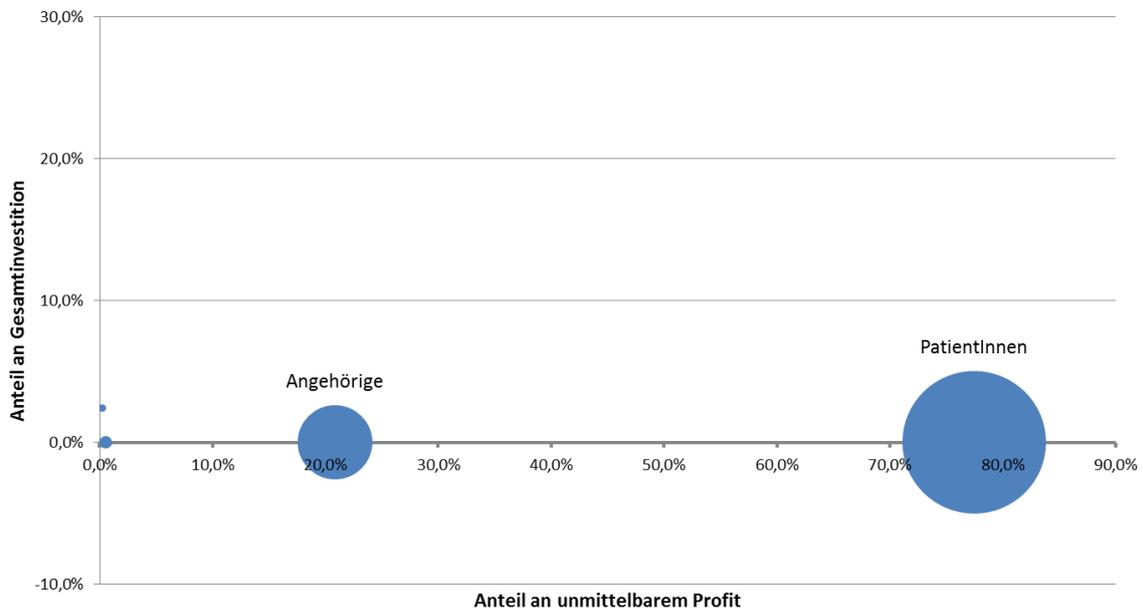
Tabelle 4-6-2: Investitionen und Profite der VKKJ Gesamtbetrachtung 2013

Stakeholder	Investitionen in VKKJ	Wirkungen und Profite von VKKJ	Anteil am Profit
<b>PatientInnen</b>	Zeit, Vertrauen	- z.B. weniger Schmerzen, erhöhtes physisches und psychisches Wohlbefinden, Verbesserung der Mobilität	€ 116.765.390 77,5%
<b>Angehörige</b>	private Behandlungsbeiträge	€ 2.599 z.B. psychische Entlastung, Zeitersparnis, Kostenersparnis	€ 31.448.977 20,9%
<b>MitarbeiterInnen</b>	Zeit, Fähigkeiten, erworbenes Wissen	- z.B. feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen, positives Gefühl (etwas Gutes tun)	€ 848.508 0,6%
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an VKKJ, Beratung und Austausch	- Zeitersparnis für Diagnostik und Nachsorge	€ 614.962 0,4%
<b>VKKJ</b>	Auflösung von Rücklagen, Mitgliedsbeiträge	€ 342.556 Erfüllung der Vereinsziele/ Zufallsüberschuss für projektbezogene Rücklagen	€ 340.706 0,2%

<b>SV</b>	Subventionen und Zuschüsse	€ 6.402.996	Erfüllung des Versorgungsauftrages, zusätzliche Beiträge	Erfüllung des Versorgungsauftrages bei PatientInnen berücksichtigt € 213.315	0,1%
<b>AMS</b>	-	-	Einsparung von Arbeitslosengeld	€ 199.914	0,1%
<b>Bund</b>	-	-	zusätzliche Steuern und Abgabeneinnahmen	€ 153.290	0,1%
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	Beratung und Austausch		Zeitersparnis	€ 81.460	0,1%
<b>LieferantInnen</b>	-	-	zusätzliche Aufträge	€ 7.478	0,0%
<b>Land NÖ und Wien</b>	Subventionen und Zuschüsse	€ 6.441.700	Erfüllung des Versorgungsauftrages	bei PatientInnen berücksichtigt	0,0%
<b>Sonstige</b>	Spenden, sonstige Einnahmen, interne Verrechnung	€ 927.603	-	-	0,0%
<b>KlientInnen und Angehörige des Tagesheims</b>	Zeit, Vertrauen		- z.B. Erlernen von Selbstständigkeit, Freunde finden, psychische Entlastung	wurde nicht monetär bewertet	-
<b>KooperationspartnerInnen</b>	Zeit, Kooperationsbereitschaft		- z.B. Arbeits erleichterung, zufriedener KundInnen	wurde nicht monetär bewertet	-
<b>SROI</b>		<b>€ 14.117.454</b>		<b>€ 150.674.000</b>	<b>10,67</b>

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich wird, haben die einzelnen Stakeholder einen unterschiedlichen Anteil an den Investitionen und den monetarisierten Wirkungen. Folgende Grafik zeigt, dass neben den PatientInnen der Ambulatorien und deren Angehörigen, alle weiteren Stakeholder im Vergleich einen unbedeutenden Anteil am Profit aufweisen.

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



Es ist zu erkennen, dass die PatientInnen den höchsten Anteil am Profit mit 77,5% bekommen. Die nächstbedeutende Stakeholdergruppe sind die Angehörigen, die 20,9% des Gesamtprofits haben und auch finanziell nur marginal in Form von privaten Behandlungsbeiträgen zu den VKKJ beitragen. Diese beiden Stakeholdergruppen vereinen 98,4% des Gesamtprofits auf sich. Die MitarbeiterInnen profitieren im Vergleich nur gering, mit einem Gesamtprofit von 0,6%. Die nächstbedeutenden Stakeholdergruppen sind die Krankenhäuser, der VKKJ selbst und die Sozialversicherungsträger und das Arbeitsmarktservice.

Das Land Niederösterreich und Wien und die Sozialversicherungsträger trugen als fördergebende Institutionen den Großteil der Investitionen bei. Des Weiteren investieren die Angehörigen durch private Behandlungsbeiträge, die allgemeine Bevölkerung mit Spenden und sonstigen Einnahmen und der VKKJ selbst mit Mitgliedsbeiträgen und der Auflösung von Rücklagen.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die VKKJ vor allem für die PatientInnen und Angehörigen, einen deutlichen Profit bringen. Insgesamt rentiert sich ein in die VKKJ investierter Euro, zu 1067%.

## 7 AUSWIRKUNG DER INKLUSION VON LANGFRISTIGEN WIRKUNGEN IN DIE ANALYSE

Diefendorf et al. (2005) zählen eine Reihe von Studien auf, die bestätigen, dass Frühförderung von entwicklungsverzögerten Kindern und Jugendlichen eine wichtige Zukunftsinvestition darstellen. Viele Studien beweisen dabei die Langzeitwirkungen, wie eine geringe Anzahl an Schulabbrechern, weniger Ausgaben für sonderpädagogische Schulen, höhere Produktivität, weniger Kosten für die öffentliche Hand, höhere Steuerabgaben und geringere Kosten für jugendliche Straftäter.

Deshalb wurden unterschiedliche **langfristige Wirkungen** in die Analyse inkludiert, welche im obig errechneten SROI-Wert noch unberücksichtigt blieben und werden nachfolgend im Rahmen unterschiedlicher Szenarien dargestellt.

### 7.1 SZENARIO 1 – HÖHERES EINKOMMEN

Für das erste Szenario wurde die Annahme getroffen, dass durch die **verbesserte Kommunikationsfähigkeit**, welche die VKKJ durch ihre unterschiedlichen Therapien bewirken, ein Anteil der Kinder und Jugendlichen (5%) einer höher qualifizierten Arbeit nachgehen kann und somit von einem **höheren Einkommen** profitiert.

Tabelle 7-1: langfristige Wirkungen - Szenario 1

<b>Szenario 1</b>	
<b>Höheres Einkommen</b> Differenz zwischen dem Bruttostundenverdienst eines/einer HilfsarbeiterIn und einem/einer SekretärIn multipliziert mit der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitszeit in Stunden multipliziert mit der durchschnittlichen Lebensarbeitszeit in Jahren abgezinst mit 2,4% p.a. multipliziert mit 5% der PatientInnen der VKKJ im Jahr 2013 (Annahme)	<b>€ 71.791.870</b>
<b>SROI-Wert - Szenario 1</b>	<b>15,76</b>

Für die Berechnung dieses Szenarios wurde der durchschnittliche Bruttostundenverdienst einer/eines HilfsarbeiterIn herangezogen und mit dem durchschnittlichen Bruttostundenverdienst eines Sekretariatsjobs verglichen. Die Differenz wurde mit der durchschnittlichen Bruttoarbeitszeit in Stunden multipliziert und auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit hochgerechnet. Da es sich um eine längerfristige Wirkung handelt, wurde der hochgerechnete Betrag mit 2,4% abgezinst. Dies entspricht dem Zinssatz einer Bundesanleihe mit dem Fälligkeitsdatum 2034 und ergibt für 361 PatientInnen (5% der PatientInnen der VKKJ) zusätzliche monetarisierte Wirkungen in Höhe von **71.791.870 Euro**. Das Szenario 1 erhöht somit den SROI-Wert von den ursprünglich errechneten 10,67 Euro pro investiertem Euro auf **15,76 Euro**.

### 7.2 SZENARIO 2 – BESSERE BILDUNGSKARRIERE

Eine weitere langfristige Wirkung, welche die VKKJ durch ihre medizinisch-therapeutischen Behandlungen bewirkt, ist eine **bessere Bildungskarriere** der Kinder und Jugendlichen.

Durch die unterschiedlichen Therapien wird die **Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit** der PatientInnen gesteigert. Dadurch können diese besser dem Unterricht folgen.

**Tabelle 7-2: langfristige Wirkungen – Szenario 2**

Szenario 2	
<b>Höheres Einkommen</b>	
Differenz zwischen dem 1. Quartil und dem Median eines durchschnittlichen Bruttojahresgehaltes eines/einer ÖsterreicherIn multipliziert mit der durchschnittlichen Lebensarbeitszeit in Jahren abgezinst mit 2,4% p.a. multipliziert mit 5% der PatientInnen der VKKJ im Jahr 2013 (Annahme)	<b>€ 127.254.658</b>
<b>SROI-Wert - Szenario 2</b>	<b>19,69</b>

Es wurde die Annahme gesetzt, dass eine bessere Bildungskarriere mit einem höheren Einkommen am Arbeitsmarkt zusammenhängt. Für die Monetarisierung der besseren Bildungskarriere wurde die Differenz zwischen dem 1. Quartil und dem Median eines durchschnittlichen Bruttojahresgehaltes eines/einer ÖsterreicherIn herangezogen und ebenfalls auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit hochgerechnet und abgezinst. Auch dieser Betrag wurde mit einer Anzahl von 361 PatientInnen (5% der PatientInnen der VKKJ) multipliziert. Dies ergibt in Summe einen Betrag von **127.254.658 Euro**. Wird dieser wiederum zum ursprünglich errechneten SROI-Wert hinzugezählt, ergibt dies einen neuen SROI-Wert für das Szenario 2 von **19,69 Euro** pro investiertem Euro.

### 7.3 SZENARIO 3 – INANSPRUCHNAME VON ASSISTENZLEISTUNGEN

Als drittes Szenario wurde eine **höhere Inanspruchnahme von Assistenzleistungen** angenommen. Ohne den Therapien der VKKJ würde ein Anteil der PatientInnen nicht erlernen, **Nahrung selbstständig** aufzunehmen. Ein weiter Anteil könnte ihre **Mobilität** nicht verbessern. Dadurch müssten mehr Assistenzleistungen in Anspruch genommen werden, um die Einschränkungen zu kompensieren.

**Tabelle 7-3: langfristige Wirkungen - Szenario 3**

Szenario 3	
<b>Höhere Inanspruchnahme von Assistenzleistungen</b>	
Kosten Wohnassistenz 1h pro Tag pro Jahr multipliziert mit der durchschnittlichen Lebenserwartung in Jahren abzüglich der Lebensjahre in denen die Eltern die Betreuung übernehmen abgezinst mit 2,4% p.a. multipliziert mit 5% der PatientInnen der VKKJ im Jahr 2013 (Annahme)	<b>€ 148.700.717</b>
<b>SROI-Wert - Szenario 3</b>	<b>21,21</b>

Für die Monetarisierung dieser Wirkung wurden die Kosten für eine Stunde Wohnassistenz pro Tag pro Jahr herangezogen. Wobei anzumerken ist, dass eine Stunde Assistenzleistung pro Tag, für Personen die ihre Nahrung nicht selbstständig aufnehmen können beziehungsweise in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, extrem unterbewertet ist. Dieser Betrag wurde auf die

durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren hochgerechnet, abzüglich der ersten 18 Lebensjahren, in denen sich üblicherweise Eltern um ihr Kind kümmern. Der hochgerechnete Betrag wurde wiederum abgezinst und mit einer Anzahl von 5% der Kinder und Jugendlichen, welche im Jahr 2013 eine Behandlung in den Ambulatorien der VKKJ erhielten, multipliziert. Dies ergibt zusätzlich monetarisierte Wirkungen in Höhe von **148.700.717 Euro**. Der SROI-Wert würde auf **21,21** steigen.

## 7.4 SZENARIO 4 – GERINGERE SOZIALE BELASTUNGEN DER ELTERN

Durch die VKKJ erlernt ein Anteil der Kinder und Jugendlichen **soziale Kompetenzen**. Dadurch ist es den Eltern möglich, bei Freunden oder Verwandten Besuche zu machen. Sie profitieren somit von **geringeren sozialen Belastungen**.

Tabelle 7-4: langfristige Wirkungen - Szenario 4

<b>Szenario 4</b>	
<b>geringere soziale Belastungen der Eltern</b>	
Durchschnittlicher Zeitaufwand für Besuche bei Freunden und Verwandten	
multipliziert mal 50% (Annahme)	
multipliziert mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	
hochgerechnet auf 10,3 Jahre	
abgezinst mit 2,4% p.a.	
multipliziert mit 5% der PatientInnen der VKKJ im Jahr 2013 (Annahme)	<b>€ 7.075.791</b>
<b>SROI-Wert - Szenario 4</b>	<b>11,17</b>

Im Durchschnitt verbringt ein/e ÖsterreicherIn 30 Minuten pro Tag mit Besuchen bei FreundInnen und Verwandten. Durch die Therapien der VKKJ ist dies auch für die Eltern von entwicklungsverzögerten oder behinderten Kindern und Jugendlichen möglich. Es wurde die Annahme getroffen, dass es den Angehörigen der PatientInnen trotzdem nicht in dem Ausmaß wie einem/einer DurchschnittsösterreicherIn möglich ist, Besuche zu machen. Es wurde die Hälfte der Zeit, dies entspricht 15 Minuten pro Tag, angenommen und mit dem Bruttostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn multipliziert und auf ein Jahr hochgerechnet. Das Durchschnittsalter einer/eines VKKJ-PatientIn beträgt 7,7 Jahre. Geht man davon aus, dass die Eltern ihr Kind bis zum 18. Lebensjahr versorgen, verbleiben 10,3 Jahre. Der Jahresbetrag wurde somit auf 10,3 Jahre hochgerechnet und abgezinst. Dies ergibt zusätzlich monetarisierte Wirkungen für eine Anzahl von 361 PatientInnen von **7.075.791 Euro** für das Jahr 2013. Der SROI-Wert würde von 10,67 auf **11,17** steigen.

Die oben dargestellten Szenarien sind durchaus realistische Annahmen und zeigen welchen hohen gesamtgesellschaftlichen Mehrwert Investitionen im frühen Kindesalter durch ihren langfristigen Charakter erzeugen können.

## 8 RESÜMEE

Das NPO & SE Kompetenzzentrum der Wirtschaftsuniversität Wien (WU Wien) erhielt von der VKKJ – Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche den Auftrag die **gesellschaftlichen und ökonomischen Wirkungen der VKKJ in Niederösterreich und Wien** zu analysieren. Der Beobachtungszeitraum bezieht sich auf das Jahr 2013.

**Die Analyse erfolgte mittels einer Social Return on Investment (SROI)-Analyse, deren Ziel es ist, den durch die VKKJ geschaffenen gesellschaftlichen Mehrwert möglichst umfassend zu erfassen und zu bewerten.** Die Methode will neben den finanziellen, explizit auch die sozialen Wirkungen des Projekts messen. Die vorliegende Analyse orientiert sich am von Schober/Then (2015) herausgegebenen „Praxishandbuch Social Return on Investment“. Ein wesentlicher Punkt ist die Identifikation der wichtigsten Stakeholder zu Beginn. Für jede Stakeholdergruppe wird der investierte Input dem erzielten Output sowie dem Outcome (Wirkungen) in einer Wirkungskette gegenübergestellt. Die solcherart identifizierten Wirkungen werden verifiziert, ergänzt, quantifiziert und zum Schluss soweit möglich und sinnvoll in Geldeinheiten bewertet. Somit kann letztlich der monetäre Wert der aggregierten Wirkungen dem gesamten, in Geldeinheiten vorliegendem Input, gegenübergestellt werden. Die sich ergebende Spitzenkennzahl ist der SROI-Wert, der als Verhältniskennzahl angibt, wie die monetarisierten Wirkungen proportional zu den investierten Geldern sind. Ein Wert von 1:2 signalisiert doppelt so wertvolle gesellschaftliche Wirkungen wie Investitionen.

Die **Forschungsfrage 1** lautet: *„Welche Wirkungen bzw. welchen Nutzen entfaltet die VKKJ bei den relevanten Stakeholdergruppen?“*

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

Die **Forschungsfrage 3** lautet: *„Welcher monetarisierte Gesamtnutzen ergibt sich aus einem in die VKKJ investierten Euro?“*

Als **Alternativszenario** wird angenommen, dass es keine VKKJ gibt. Die PatientInnen der Ambulatorien und KlientInnen des Tagesheims müssten entsprechend, soweit Kapazitäten vorhanden sind, in anderen Betreuungssettings untergebracht werden. Dies wären andere Ambulatorien oder niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen für die PatientInnen der Ambulatorien. KlientInnen des Tagesheims könnten, soweit Kapazitäten vorhanden, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung beziehungsweise in anderen Tagesheimen unterkommen. Nachdem nicht alle PatientInnen und KlientInnen anderswo untergebracht werden könnten, würden Angehörige ebenfalls einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand übernehmen müssen.

Die Studie zeigt die vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten auf, welche von der VKKJ erbracht werden. Als Stakeholder wurden hierbei folgende Gruppen identifiziert:

- PatientInnen der Ambulatorien
- KlientInnen des Tagesheims
- Angehörige
- MitarbeiterInnen
- Krankenhäuser
- Bund
- Land
- Sozialversicherungsträger
- AMS
- VKKJ
- LieferantInnen
- ÄrztInnen
- KooperationspartnerInnen
- sonstige

Zusammengefasst konnte bei den Stakeholdern gut deren Nutzen, also die Wirkungen der VKKJ aus Sicht der Stakeholder, erhoben werden. Die Quantifizierung und Monetarisierung war im Großen und Ganzen gut möglich. Forschungsfrage 2 kann somit positiv beantwortet werden: Die Wirkungen lassen sich weitgehend sinnvoll und valide berechnen und monetarisieren.

Insgesamt ergeben sich auf Basis der hier durchgeführten Erhebungen und Berechnungen für das Jahr 2013 **monetarisierter Wirkungen in der Höhe von rund 151 Mio. Euro**. Demgegenüber stehen **Investitionen von hochgerechnet 14 Mio. Euro**, die insbesondere aus Zahlungen des Landes und der Sozialversicherungsträger bestehen.

Der **größte Profit** entsteht für die **PatientInnen der Ambulatorien (77,5 %)**, die als zentrale Stakeholdergruppe der VKKJ anzusehen sind. Im Jahr 2013 wurden von der VKKJ 7.219 Kinder und Jugendliche medizinisch-therapeutisch behandelt. In Summe wurden im Jahr 2013 84.375 Leistungsstunden erbracht.

Die PatientInnen profitieren vor allem von verbesserten Biorhythmen, weniger Infektionen, weniger Schmerzen, der Verbesserung der orofacialen Funktionen, der Verbesserung von Tonus, Haltung, Mobilität, der Verbesserung der Sinnes und Körperwahrnehmung und des Umfeldes, der Verbesserung der Fein-/Grobmotorik, dem Wissen zum Krankheitsverlauf, dem Erlernen von Copingstrategien, der Verbesserung der kognitiven Funktionen, der Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit, der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, der Nahrungsaufnahme ohne oder mit weniger Hilfe, einem erhöhten physischen und psychischen Wohlbefinden, der Verbesserung der Orientierung in der Umwelt, der Verbesserung der Mobilität, der Erhöhung des Sicherheitsgefühls und fühlen sich angenommen, wertgeschätzt und ernst genommen. Insgesamt ergeben sich monetarisierte Wirkungen von **116.765.390 Euro**.

Der **zweitgrößte Profit** entsteht für die **Angehörigen (20,9%)**. Die Angehörigen profitieren von einer geringeren psychischen und sozialen Belastung, vom Wissen, dass ihr Kind gut versorgt ist, von einer verbesserten Beziehung zum Kind, einer Zeitersparnis und einer Kostenersparnis im Alternativszenario.

**Den drittgrößten Profit haben die hauptamtlichen MitarbeiterInnen**, die durch die VKKJ einer Beschäftigung nachgehen **mit 0,6%**, **den viertgrößten die Krankenhäuser**, durch eine Zeitersparnis in der Diagnostik und Nachsorge, **mit 0,4%**.

Wird der Gesamtprofit auf die Gesamtinvestitionen in die VKKJ bezogen, ergibt dies einen SROI-Wert von **10,67**. **Dies bedeutet, dass jeder 2013 in die VKKJ investierte Euro Wirkungen im monetarisierten Gegenwert von 10,67 Euro schafft.**

**Werden langfristige Wirkungen in die Analyse miteinbezogen, beträgt der SROI-Wert je nach Szenario zwischen 11,17 und 21,21 Euro.**

**Zusammengefasst ist die VKKJ sehr wirkungsvoll. Die monetarisierten Wirkungen, bezogen auf das Jahr 2013, waren mehr als 10 Mal so hoch als die getätigten finanziellen Investitionen.**

## 9 LITERATURVERZEICHNIS

AMS (2013a): Arbeitsmarktdaten Online zu Themenbereichen Arbeitslosigkeit und Stellenangebot. <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/> (Stand: 27.05.2013)

AMS (2013b): AMS Arbeitslosengeld-Rechner. <http://ams.brz.gv.at/ams/alrech/> (Stand: 27.05.2015)

AMS (2014): Arbeitsmarktlage 2013. AMS Österreich. Wien, 2014.

Arbeitskreis (2004): Zur sozialpädiatrischen Versorgung für entwicklungsbeeinträchtigte oder von Beeinträchtigung bedrohte Kinder und Jugendliche und deren Familien. Arbeitskreis Herausforderungen in der Pädiatrie. Wien.

Ärztammer (2015): Gehaltstabelle Turnusärztinnen und Turnusärzte. [http://www.aekwien.at/media/Gehaltstabelle\\_Turnusaerzte\\_022015.pdf](http://www.aekwien.at/media/Gehaltstabelle_Turnusaerzte_022015.pdf) (Stand: 31.05.2015)

BAGS 2015: Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich. Stand: 1. Februar 1015. <http://www.bags-kv.at/1093,,,2.html> (Stand: 15.7.2015)

Beelmann, Andreas/Schneider, Norbert (2003): Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Psychologie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2), 129-143. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2003.

Betriebsklima (2013): Zu wenig Einsatz für gutes Betriebsklima. <http://www.cio.de/karriere/personalfuehrung/2908962/index2.html> (Stand: 06.05.2013)

BHP (2015): Berufs- und Fachverband Heilpädagogik. Berufsbild. <http://bhponline.de/berufsbild/> (Stand: 25.07.2015)

BMASK (2013): Freiwilliges Engagement in Österreich. Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012. Studienbericht. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien, 2013.

Bobath (2014): Bobath-Konzept-Deutschland. <http://www.bobath-konzept-deutschland.de/> (Stand: 09.06.2015)

Brandstetter et al. (2003): Flächendeckende Versorgung mit ambulanten Einrichtungen zur Habilitation beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher am Beispiel Wiens.

Brillen-Sehhilfen (2015): Was kostet eine neue Brille? <http://www.brillen-sehhilfen.de/brille-kosten-preise.php> (Stand: 22.07.2015)

Bruneforth, Michael, Lassnigg, Lorenz (Hrsg.). (2012): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2012, Band 1: Das Schulsystem im Spiegel von Daten und Indikatoren. Graz: Leykam

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Psychotherapie. Wenn die Seele Hilfe braucht. Wien, 2010.

Bundesministerium für Gesundheit (2013a): Entwicklungsverzögerungen/ -störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungsaspekte. Grundlagenbericht für das BMG. Wien, 2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2013b): Kinder und Jugend Gesundheitsstrategie. Wien, Oktober 2013.

BVFFNÖ (2015): Berufsverband für Frühförderung Niederösterreich. Berufsbild. <http://www.fruehfoerderung-berufsverband.at/index.php/berufsbild.html> (Stand: 25.07.2015)

Careesma (2015): Fach- oder Diplomsozialbetreuer/in Behindertenarbeit Wohnhaus Wr. Neustadt <http://www.careesma.at/jobs/fach-oder-diplomsozialbetreuer-in-behindertenarbeit-wohnhaus-wr-neustadt/niederosterreich/2090352>

Devuyt, Julie (2006): Rhythmik: Ein pädagogisches Konzept für die therapeutische Arbeit. Musiktherapie. Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen.

Diefendorft et al. (2005): The long term economic benefits of high quality early childhood intervention programs.

Diel, Evita (2010): Finanzierung von Hilfsmitteln in Österreich. Hindernis-Marathon mit ungewissen Erfolgchancen durch einen schwer durchschaubaren bürokratischen Dschungel. In: Reinhold Kerbl, Leonhard Thun-Hohenstein, Lilli Damm, Franz Waldhauser (Hrsg), Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt, 4. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2010, Springer Verlag Wien New York, ISBN 978-3-7091-0882-6 Springer. Wien. New York.

European Agency for Development in Special Needs Education (2005): Frühförderung: Untersuchung der Strukturen in europäischen Ländern. Brüssel, 2005.

Flick, Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag

Gehaltskompass (2015): "Facharzt/Fachärztin (Kinder- und Jugendheilkunde)" <http://www.karrierekompass.at/beruf2399-Facharzt~Fachaerztin-Kinderheilkunde-Jugendheilkunde> (Stand: 23.07.2015)

Hainz, Andreas (2013): Systemische Familientherapie – Rahmenbedingungen. <http://www.systemische-familientherapie.at/?q=node/16> (Stand: 23.04.2013)

Hansaton (2015): Hörsysteme – Basis. Ohne SV-Bewilligung. <http://www.hansaton.at/de/hoerloesungen/preisklassen/> (Stand: 22.07.2015)  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/reisegewohnheiten/index.html#index1](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/reisegewohnheiten/index.html#index1)

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

Karch, D./Boltshauser, E./Göhlich-Ratmann, G./ Gross-Selbeck, G./ Pietz, J./Schlack, H. (2005): Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen (unter besonderer Berücksichtigung infantilen Zerebralparesen). Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Karch, D./Rating, D./Bode, H./Boltshause, E./Plecko. B./ Sprinz, A. (2008): Tiergestützte Therapien. Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Karch, D.; Groß-Selbeck, G.; Pietz, J.; Schlack, H-G. (2003): Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales. Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie

Keiner, Nils Richard (2006): Pharmazeutische Betreuung von COPD-Patienten im Krankenhaus als Beitrag zu einer integrierten Versorgung. Cuvillier Verlag Göttingen. 1. Auflage

Kinderliga - Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2014): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2014, Wien

Körperkrafttraining (2015): 20 Einheiten Fit Paket. <http://www.koerperkrafttraining.at/preise> (Stand: 15.7.2015)

Leete, Laura (2000): Wage equity and employee motivation in nonprofit and for-profit organizations. *Journal of Economic Behavior & Organizations*, Vol. 43 (2000) 423-446.

Lifetool Solutions (2015): Kommunikationsgeräte. <http://www.lifetool-solutions.at/DE/?cwsstructure=10103&page=shopartikel> (Stand: 15.7.2015)

Logopädie Austria (2015): Berufsprofil. <http://www.logopaediaustria.at/verband/berufsprofil> (Stand: 22.07.2015)

LZH (2012): Leitbildgedanke und Konzept spezielle Therapien am LHZ Dornbirn: Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie, Psychologie, Reittherapie. LZH Abteilung Therapie.

MA 15 (2012): Wiener Kindergesundheitsbericht. Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, 2012.

Markowitsch, Jörg/Helfer, Günter (2003): Betriebliche Weiterbildung in Österreich und Europa. <http://www.trainingineurope.com/mmedia/2007.06.27/1182942099.pdf> (Stand: 25.04.2013)

Neumayr, Michaela/Schober, Christian (2012): Giving in Austria. Einflussfaktoren auf das Spendeverhalten der österreichischen Bevölkerung. NPO-Kompetenzzentrum und Abteilung für Nonprofit Management, WU. Wien

NÖ Landesregierung (2012): Kinder- und Jugendgesundheit in Niederösterreich. Im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung. Wien, 2012.

ÖBP (2015): Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie – Über Psychotherapie. <https://www.psychotherapie.at/patientinnen/ueber-psychotherapie> (Stand: 18.07.2015)

ÖBR (2015): Österreichischer Berufsverband für Rhythmik/Musik- und Bewegungspädagogik. Was ist Rhythmik? <http://www.rhythmik.at/rhythmik.html> (Stand: 15.07.2015)

ÖKTR (2015): Österreichisches Kuratorium für therapeutisches Reiten. Was ist Hippotherapie? <http://www.oktr.at/hippotherapie> (Stand: 15.07.2015)

Püspök, Rudolf et al. (2011): Beträchtliche therapeutische Unterversorgung in Österreich. In: *Pädiatrie & Pödiologie*. Springer-Verlag. 1/2011

Rauscher, Olivia/Mildenberger, Georg/Krlev, Gorgi (2015): „Wie werden Wirkungen identifiziert? Das Wirkungsmodell“ In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.41-57; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

Rechtsfreund (2015): Schmerzensgeld. <http://www.rechtsfreund.at/schmerzensgeld.htm> (Stand: 15.7.2015)

Rechtsfreund (o.J.): Schmerzengeld - Heilungskosten - Verdienstentgang - Rechtsanwalt - Österreich – Literatur. <http://www.rechtsfreund.at/schmerzengeld.htm> (Stand: 27.10.2012)

Rosar, Cindy (2010): Logopädie und Glücksforschung – gibt es einen Zusammenhang zwischen logopädischer Therapie bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) und mehr Lebenszufriedenheit? Graz, Juni 2010

Rosenbaum, T./Borusiak, P./Schweitzer, T./Berweck, S./Sprinz, A./Straßburg, H./Klepper, J. (2013): Stellungnahme der gemeinsamen Therapiekommission der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Dynamische Kopforthesen ("Helmtherapien").

Schneider, Friedrich/Dreer, Elisabeth (2013): Volkswirtschaftliche Analyse eines rechtzeitigen Erkennens von Burnout. Johannes Kepler Universität Linz. 2013.

Schober, Christian (2015): "Wie können Wirkungen monetarisiert werden?" In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.125-159; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

Schober, Christian/Rauscher Olivia (2014): „Was ist Impact? Gesellschaftliche Wirkungen von (Nonprofit) Organisationen. Von der Identifikation über die Bewertung bis zu unterschiedlichen Analyseformen.“, Working Paper, NPO&SE Kompetenzzentrum WU Wien. Download unter:  
[http://www.wu.ac.at/npo/competence/forschungsthemen/impact\\_gesellschaftliche\\_wirkungen\\_von\\_nonprofit\\_organisationen.pdf](http://www.wu.ac.at/npo/competence/forschungsthemen/impact_gesellschaftliche_wirkungen_von_nonprofit_organisationen.pdf)

Schober, Christian/Rauscher, Olivia (2014a): Alle Macht der Wirkungsmessung? In: Zimmer, Annette E./Simsa, Ruth (Hrsg.): Forschung zu Zivilgesellschaft, NPOs und Engagement. Quo vadis? Wiesbaden: Springer, S. 261-282.

Schober, Christian/Then, Volker (2015): "Was ist eine SROI-Analyse? Wie verhält sie sich zu anderen Analyseformen? Warum sind Wirkungen zentral? Die Einleitung" In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.1-22; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.  
[http://ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user\\_upload/EDWText/TextElemente/PHN-Texte/Erhebungsmethoden/Lebensqualitaet\\_Wohlbefinden\\_\\_Braehler.pdf](http://ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/PHN-Texte/Erhebungsmethoden/Lebensqualitaet_Wohlbefinden__Braehler.pdf) (Stand: 15.7.2015)

SDE (2013): Wohnassistenz – Soziale Dienste Ennstal. <http://www.soziale-dienste-ennstal.at/leistungen/wohnhilfen> (Stand: 25.04.2013)

SDE (2015): Soziale Dienste Ennstal. Mobile Betreuung für Menschen mit Behinderung. Familienassistenz. <http://www.soziale-dienste-ennstal.at/leistungen/familienassistenz> (Stand: 15.7.2015)

Stangl-Taller (2013): Die Systemische Familientherapie. <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/PSYCHOTHERAPIE/Systemische-Familientherapie.shtml> (Stand: 25.04.2013)

Statistik Austria (2010a): Zeitverwendungserhebung 2008/09. [http://www.statistik.at/web\\_de/static/durchschnittliche\\_zeitverwendung\\_pro\\_tag\\_samstag\\_-\\_sonntag\\_aller\\_personen\\_\\_052100.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/durchschnittliche_zeitverwendung_pro_tag_samstag_-_sonntag_aller_personen__052100.pdf) (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2010b): Bruttostundenverdienste. Verdienste nach Berufsgruppen 2010, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/verdienststruktur/068380.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/verdienststruktur/068380.html) (Stand: 26.05.2015)

Statistik Austria (2012a): Allgemeiner Einkommensbericht. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/)

einkommen/allgemeiner\_einkommensbericht/index.html (Stand: 29.09.2012)

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

Statistik Austria (2013): Krankenstandsfälle und -tage nach Geschlecht seit 1965.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandsta ge/022362.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandsta ge/022362.html) (Stand: 15.7.2015)

Statistik Austria (2013a): Nettomonatseinkommen unselbstständig Erwerbstätiger nach Bundesland und Geschlecht – Jahresdurchschnitt 2013.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/nettomonatseinkommen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/nettomonatseinkommen/index.html)

Statistik Austria (2013b): Urlaubs- und Geschäftsreisen 2013.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/reisegewohnheiten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/tourismus/reisegewohnheiten/index.html) (Stand: 27.05.2015)

Statistik Austria (2014): Arbeitslose (internationale und nationale Definition).  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose\\_arbeitssuchende/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitssuchende/) (Stand: 08.06.2015)

Statistik Austria (2014a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html)

Statistik Austria (2014b): Urlaubsreisen 2014.

Straßburg Hans-Michael, Dacheneder Winfried, Kreß Wolfram (2003): Entwicklungsstörungen bei Kindern. 3. Auflage. München: Urban&Fischer.

Streissler-Führer, Agnes (2013): Ausgewählte Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung. Erstellt für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Then, Volker/ Schober, Christian (2015): "Was bleibt zusammenfassend und mit Blick auf die Zukunft zu sagen?" In: Schober, Christian/ Then, Volker (Hrsg.) (2015): „Praxishandbuch Social Return on Investment. Wirkungen sozialer Investitionen messen.“ S.219-226; Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.

TIP Studie (2012): Was ist der Urlaub wert? Reiseausgaben der Deutschen in der Ferienzeit. Ergebnisse einer telefonischen Befragung deutscher Reisender. Deutschland, 2012.

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

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

Vavrik, K.; Damm, L. (2009): Visionen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit. Für die österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. Wien

Verhaltenstherapie (2015): Elternberatung vor einvernehmlicher Scheidung.  
<http://www.verhaltenstherapie-nairz.at/angebote/elternberatung-vor-einvernehmlicher-scheidung/> (Stand: 22.07.2015)

WAG (2014): Assistenzgenossenschaft – persönliche Assistenz – wie bekomme ich

persönliche Assistenz? <http://www.wag.or.at/persoeliche-assistenz-pa/wie-bekomme-ich-pa/> (Stand: 26.05.2015)

Wifi Wien (2013): Übersicht der Kursangebote des WIFI Wien – Persönlichkeitsentwicklung.  
<http://www.wifiwien.at/eshop/kursbuch.aspx/Pers%C3%B6nlichkeitsentwicklung/@/ZG/BH/>  
(Stand: 15.04.2013)

## **10 ANHANG**

## 10.1 WIRKUNGSBÜNDEL

Abbildung 10-1: verbesserte Biorhythmen

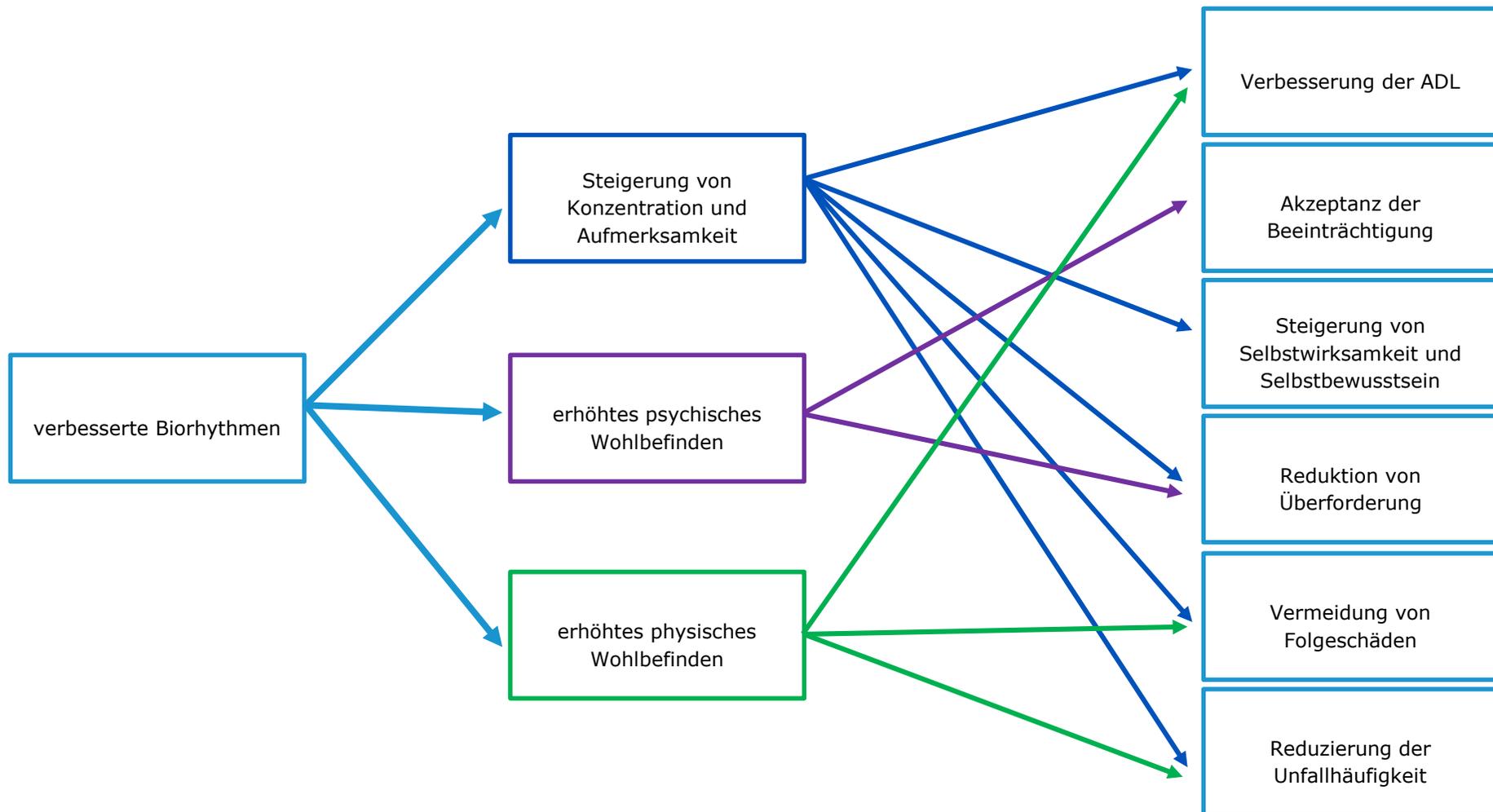


Abbildung 10-2: weniger Infektionen

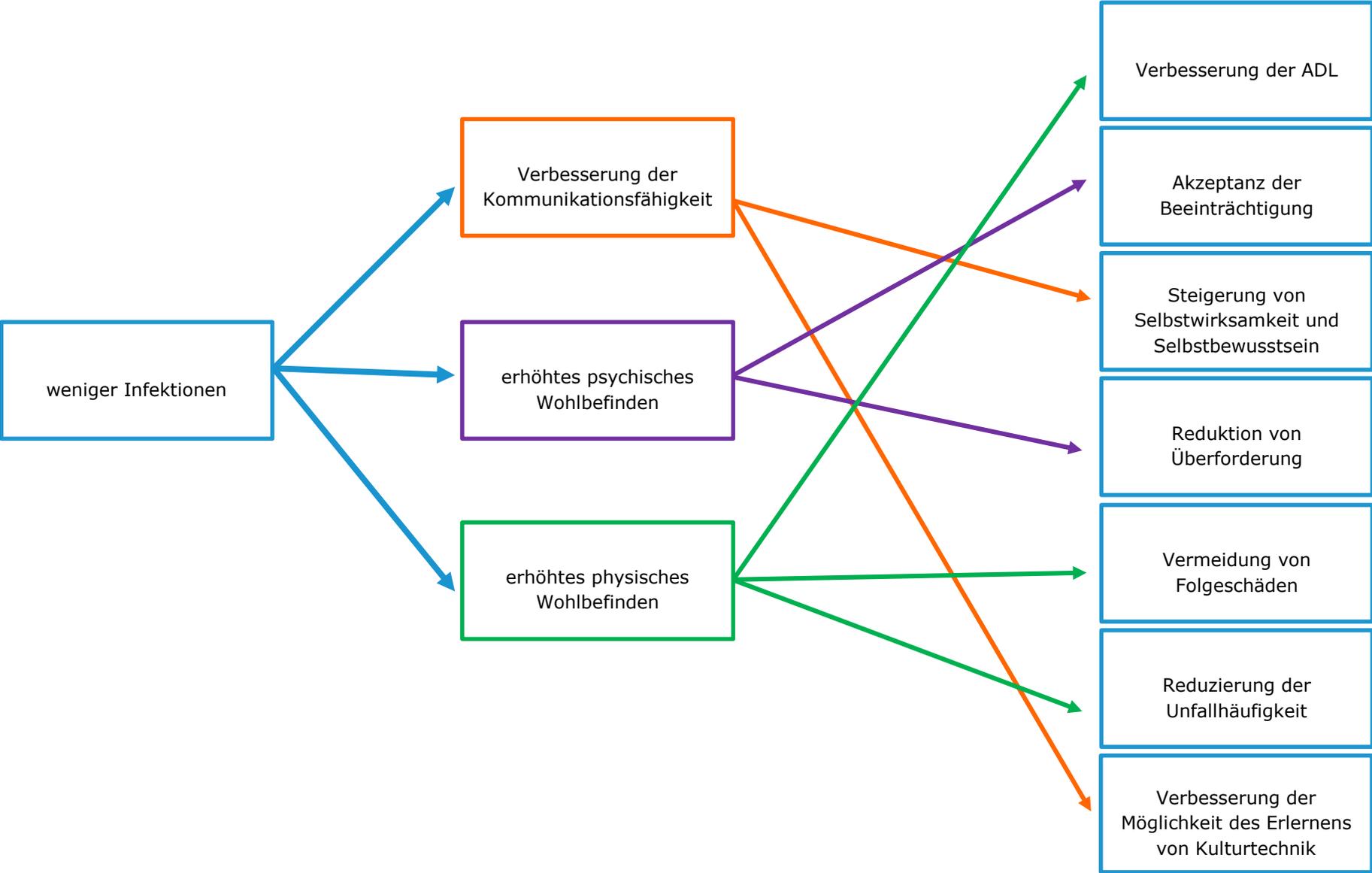


Abbildung 10-3: Schmerzreduktion

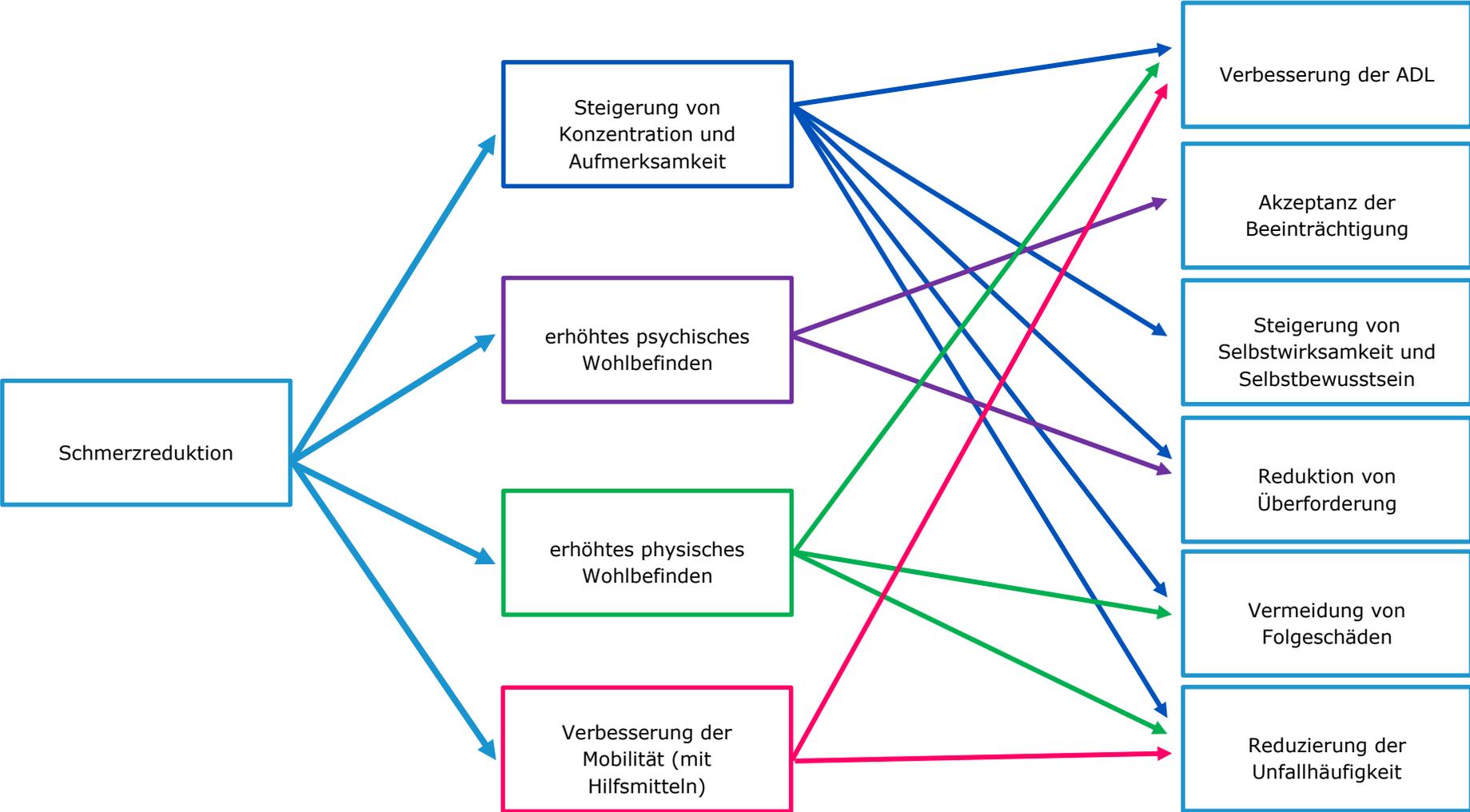


Abbildung 10-4: Verbesserung der orofacialen Funktionen

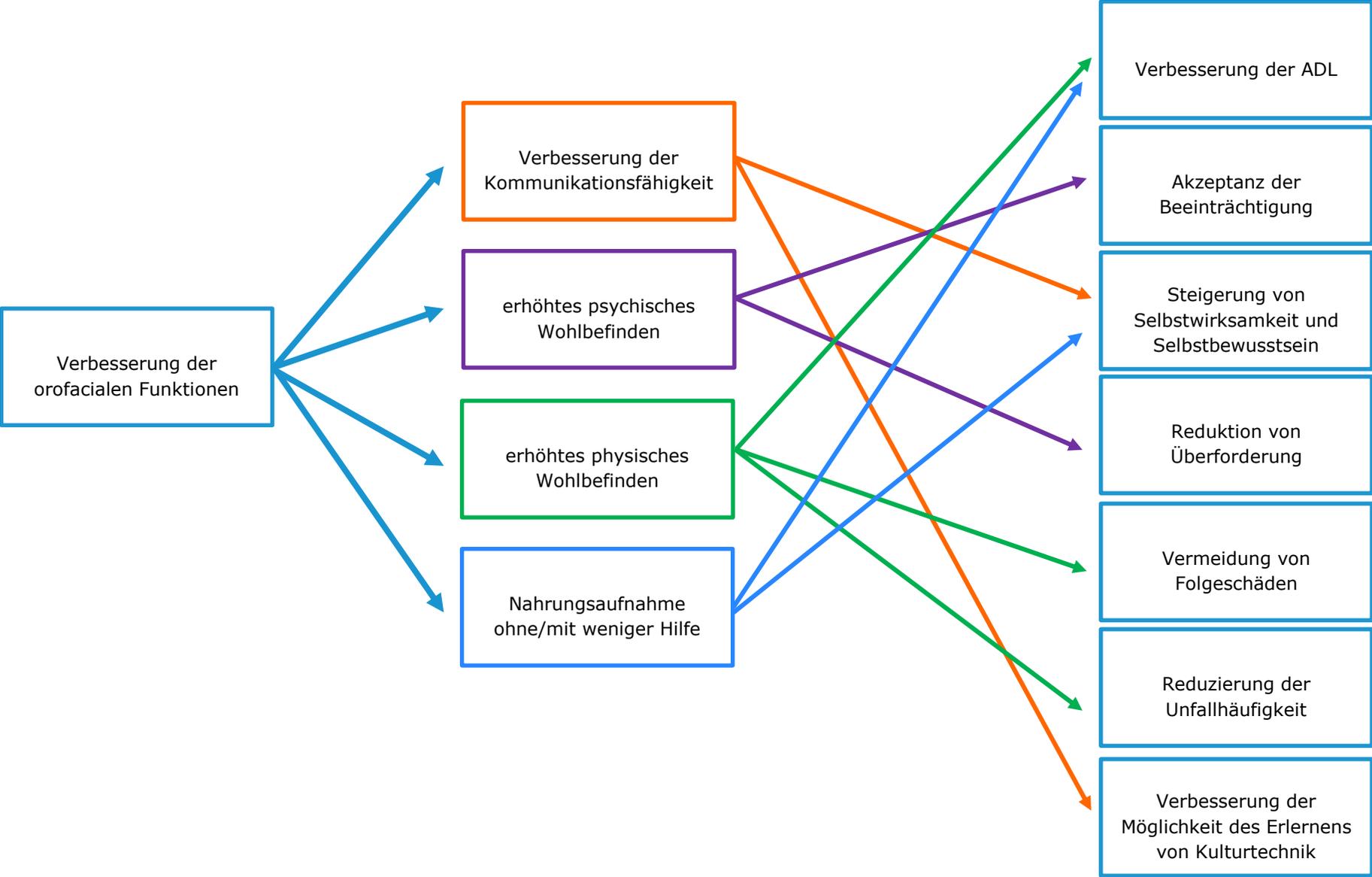


Abbildung 10-5: Verbesserung von Tonus und Haltung

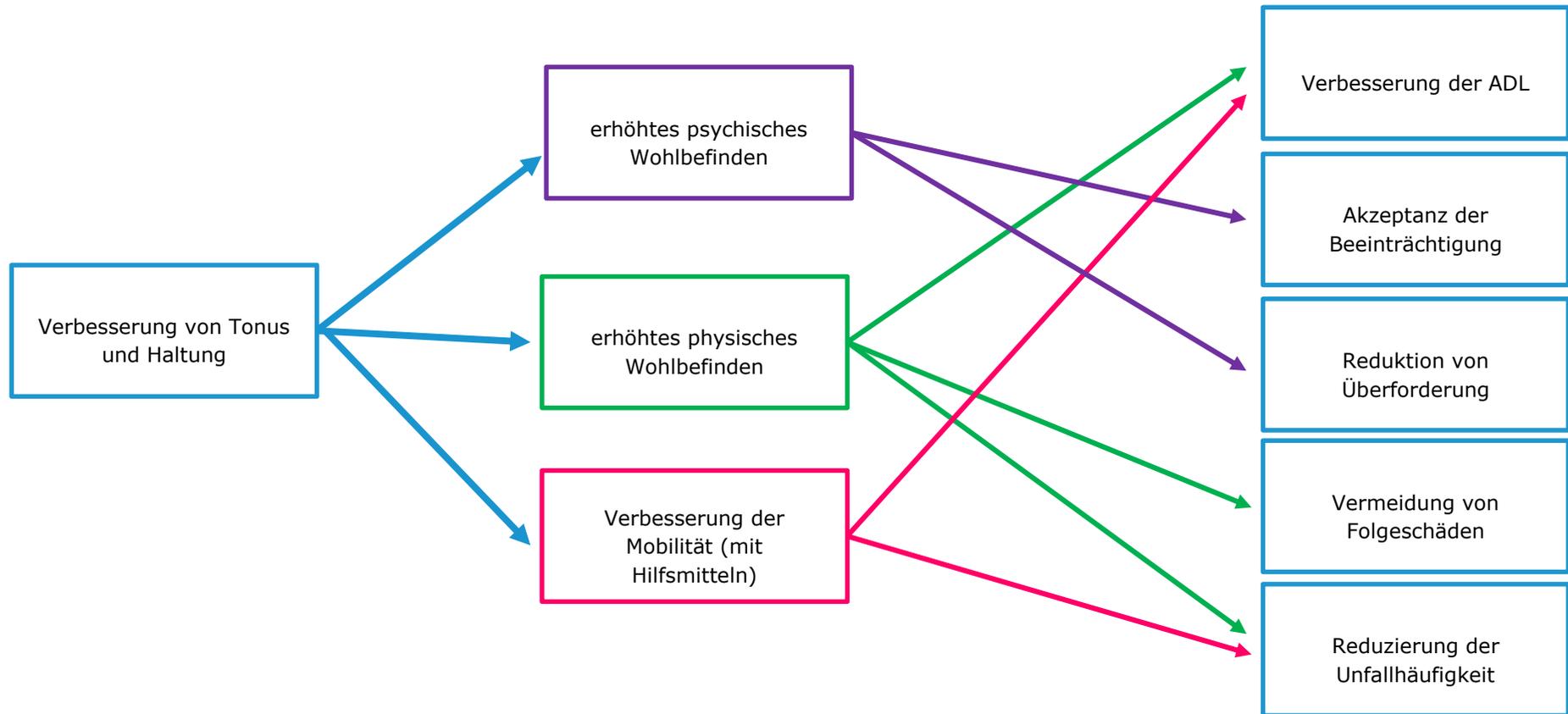


Abbildung 10-6: Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung und des Umfelds

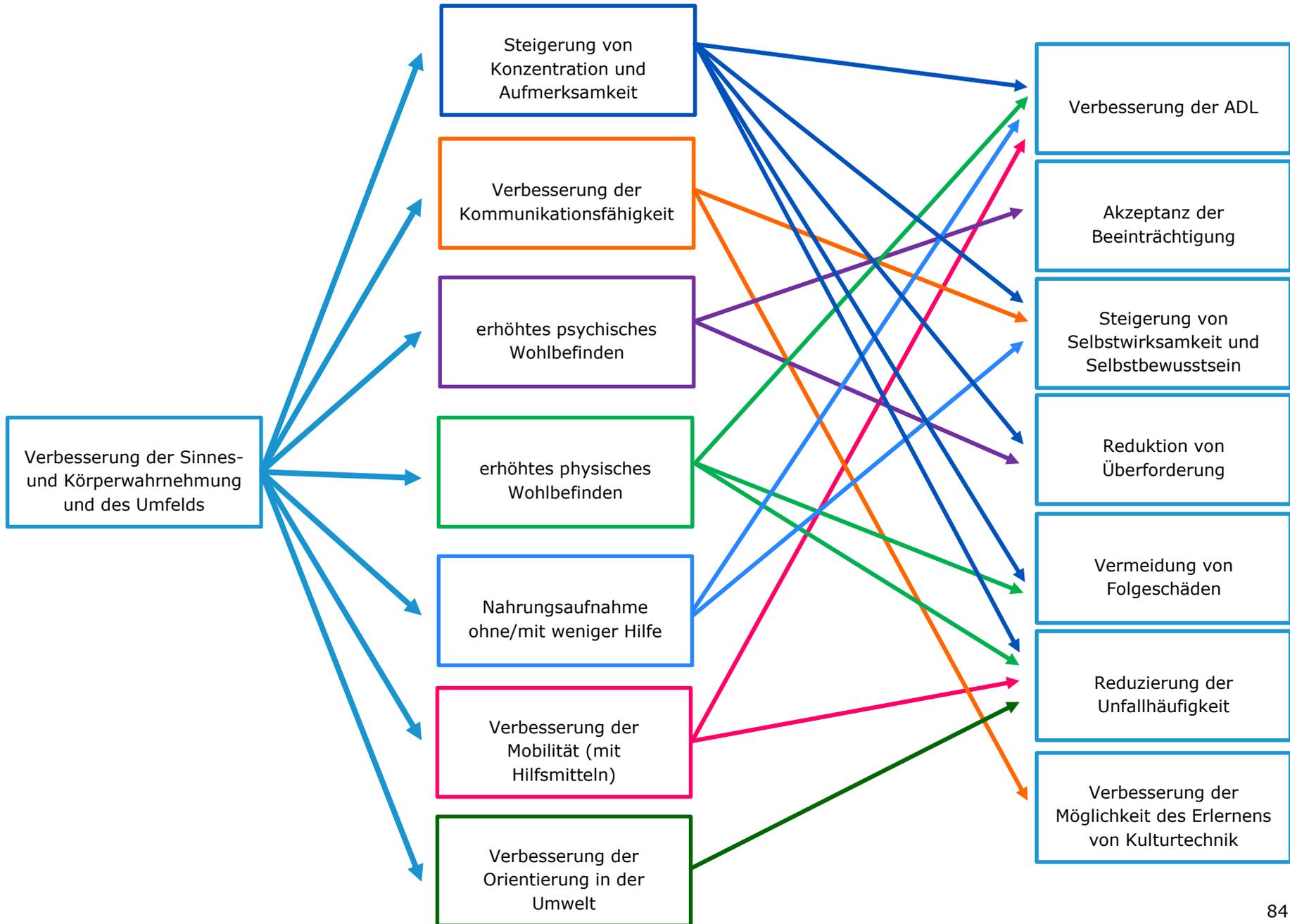


Abbildung 10-7: sich angenommen, wertgeschätzt, ernst genommen fühlen



Abbildung 10-8: Verbesserung der Fein- und Grobmotorik

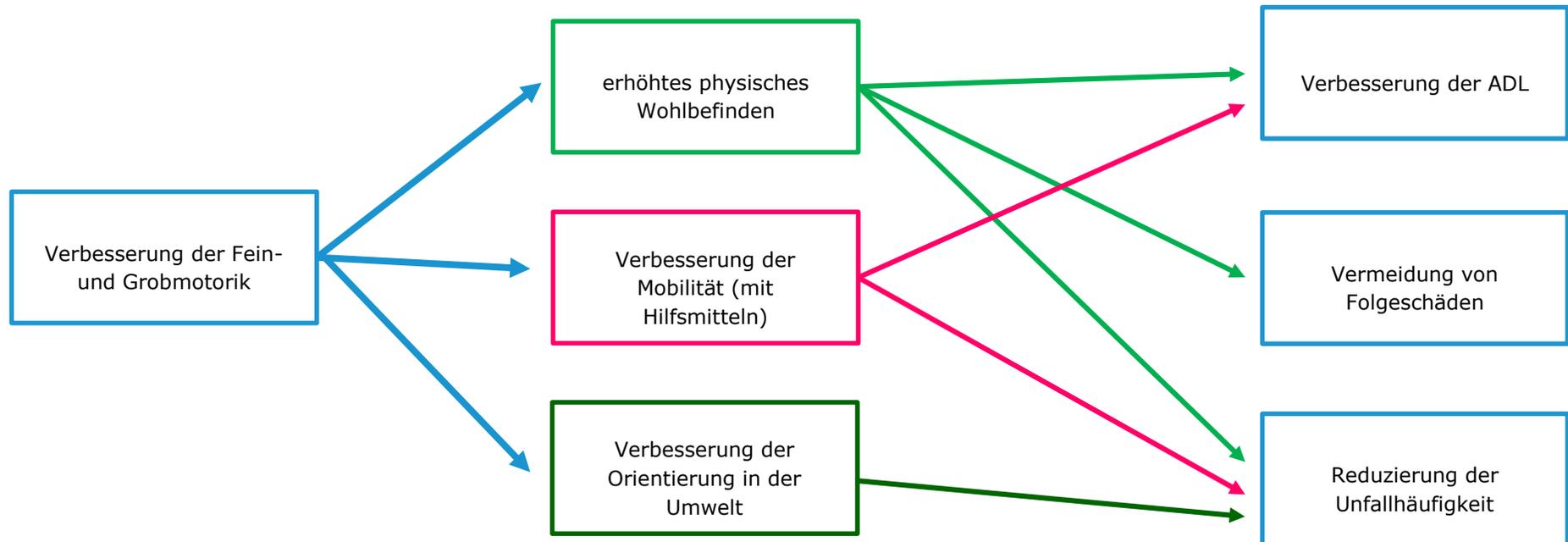


Abbildung 10-9: Wissen zum Krankheitsverlauf

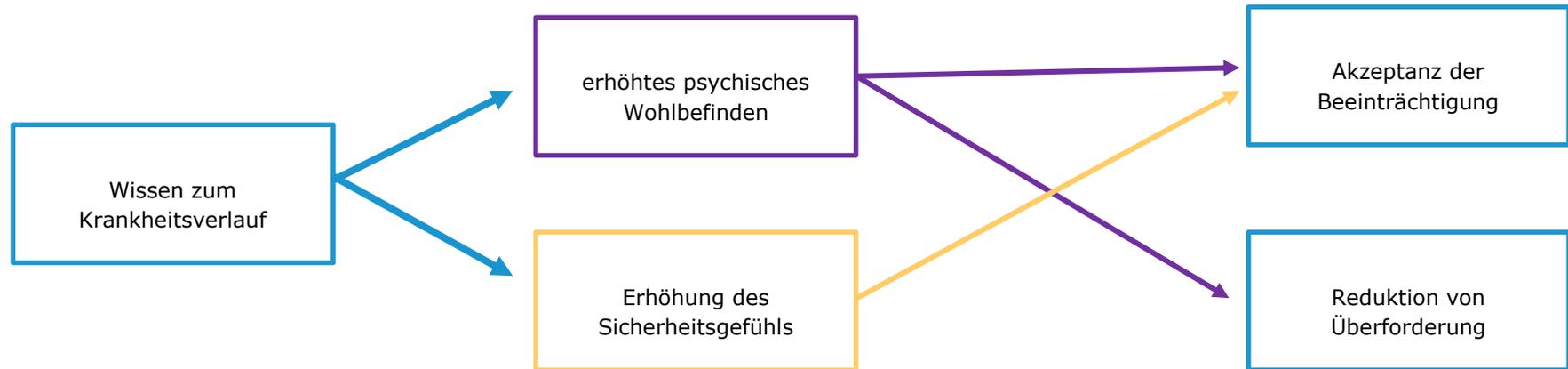


Abbildung 10-10: Erlernen von Copingstrategien

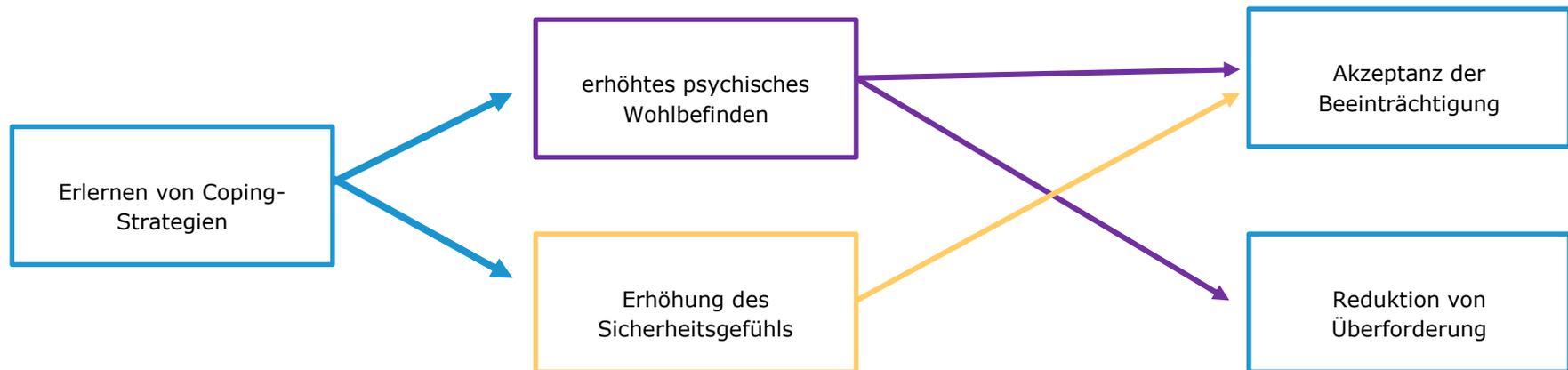
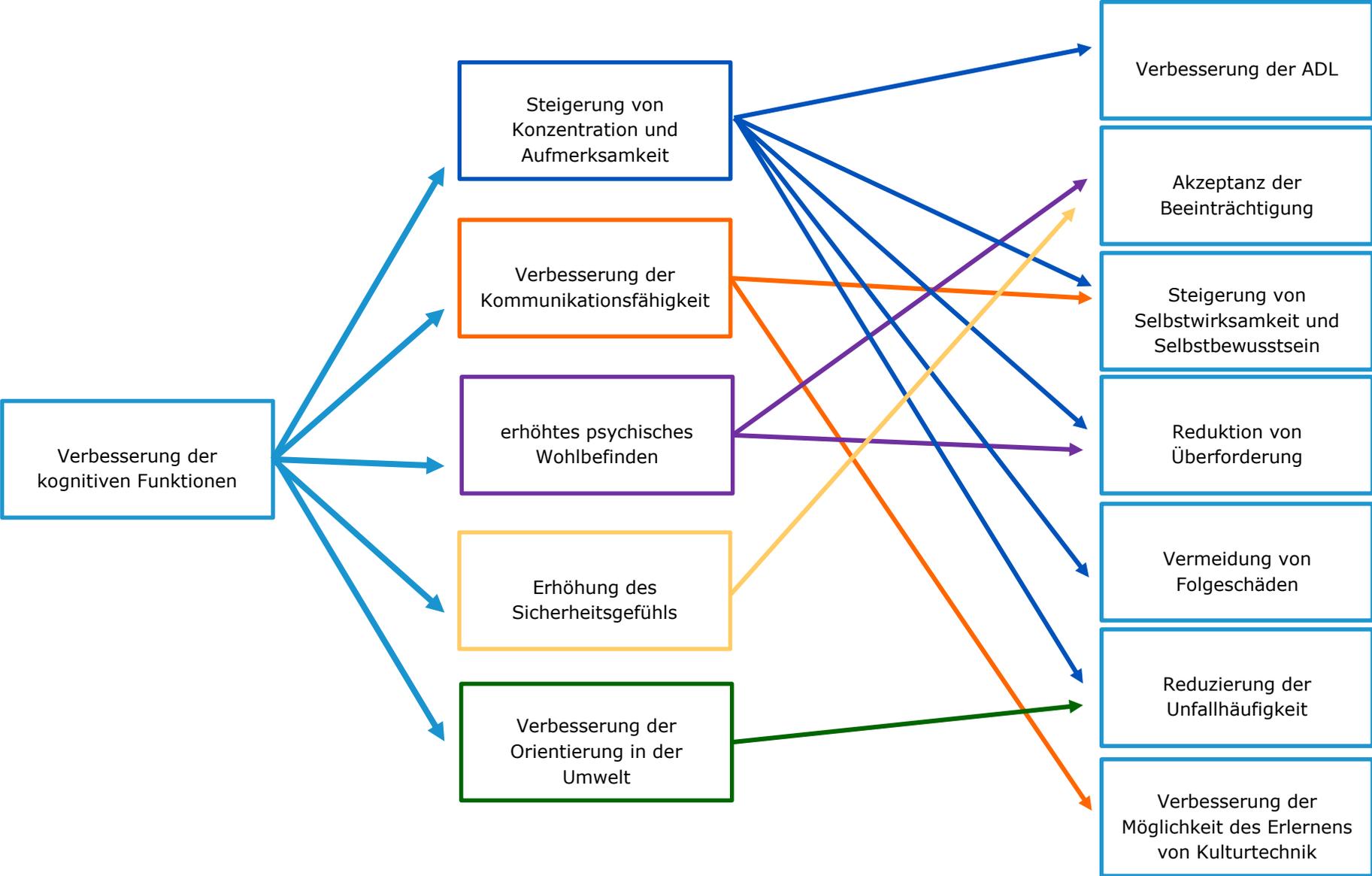


Abbildung 10-11: Verbesserung der kognitiven Funktionen



## 10.2 WIRKUNGSKETTEN

Tabelle 10-1: Wirkungsketten

Stakeholder	Input	Unternehmensaktivität	Output	Wirkungen (Outcome)	Deadweight
<b>PatientInnen</b>	Zeit, Vertrauen	Medizinisch-therapeutische Behandlung in den Ambulatorien	Anzahl an Leistungsstunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>verbesserte Biorhythmen</li> <li>weniger Infektionen</li> <li>weniger Schmerzen</li> <li>Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit</li> <li>Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit</li> <li>Nahrungsaufnahme ohne/mit weniger Hilfe</li> <li>erhöhtes physisches Wohlbefinden</li> <li>erhöhtes psychisches Wohlbefinden</li> <li>Verbesserung der Orientierung in der Umwelt</li> <li>Verbesserung der Mobilität (mit Hilfsmitteln)</li> <li>erhöhtes Sicherheitsgefühl</li> </ul>	Anzahl der PatientInnen, die auch ohne die VKKJ die entsprechende Wirkung erzielt hätte

<b>Angehörige</b>	Zeit, Vertrauen, private Behandlungsbeiträge	Medizinisch-therapeutische Betreuung ihrer Kinder  Elternberatung und psychische Unterstützung	Anzahl der von VKKJ erbrachten Leistungsstunden	geringere psychische Belastung  Freizeit  Wissen, dass Kind gut versorgt ist  verbesserte Beziehung zum Kind  zeitliche und organisatorische Entlastung  Kosteneinsparung im Vergleich zum Alternativszenario	Anzahl der Angehörigen, deren Kind ohne VKKJ anders betreut wäre
<b>MitarbeiterInnen</b>	Arbeitszeit  Fähigkeiten (Sozialkompetenz, Einfühlungsvermögen,...)  Fertigkeiten (erworbenes Wissen, Ausbildung,...)	Zurverfügungstellung des Arbeitsplatzes  Bereitstellung von Arbeitsmitteln  Weiterbildungsmöglichkeiten	Anzahl an bezahlten Stunden  Anzahl/ Qualität an Weiterbildungen	feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen  höhere Sensibilisierung für Menschen mit Behinderung  Positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)  Teamarbeit – interdisziplinäres Team  Know-how Gewinn durch Zusatzqualifikationen	Möglichkeit eines Alternativjobs
<b>Krankenhäuser</b>	Vermittlung an VKKJ  Beratung und Austausch über medizinische Therapien	Übernahme von PatientInnen	Anzahl der von VKKJ übernommenen PatientInnen	Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik  Zeitersparnis durch Übernahme der Nachsorge	Anzahl der PatientInnen, die auch ohne VKKJ einer Diagnostik oder Nachsorge im Krankenhaus bedürfen

<b>Bund</b>	N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen (Lohnsteuer, DB)	Möglichkeit eines Alternativjobs
<b>Land</b>	Subventionen und Zuschüsse	Medizinisch-therapeutische Behandlung	Anzahl behandelter bzw. betreuter Personen	Erfüllung des Versorgungsauftrages	Aktivitäten der VKKJ, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können
<b>Sozialversicherungs-träger</b>	Subventionen und Zuschüsse	Medizinisch-therapeutische Behandlung Betreuung im Tagesheim Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl behandelter PatientInnen bzw. betreuter KlientInnen Anzahl beschäftigter MitarbeiterInnen	Erfüllung des Versorgungsauftrages zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	Aktivitäten der VKKJ, die durch andere bestehende Organisationen oder Privatpersonen substituiert werden können  Möglichkeit eines Alternativjobs

<b>AMS</b>	N/A	Bereitstellung von Arbeitsplätzen	Anzahl an beschäftigten u. ausgebildeten MitarbeiterInnen	Einsparung von Arbeitslosengeld zusätzliche Beiträge zur Arbeitslosenversicherung	Einsparungen, die durch eine Alternativbeschäftigung eingetreten wären
<b>LieferantInnen</b>	Produkte/ Dienstleistungen	Bezug von Produkten und Dienstleistungen um den Betrieb der VKKJ zu ermöglichen	Anzahl und Umfang an abgenommenen Produkten/ Dienstleistungen	zusätzliche Aufträge	Aufträge, die durch andere Organisationen/ Firmen kompensiert werden könnten
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	Beratung und Austausch über medizinische Therapie	Übernahme von medizinischen und therapeutischen Verrichtungen	Anzahl an PatientInnen bei denen weniger Untersuchungen notwendig sind	Zeitersparnis	Anzahl PatientInnen, die auch ohne VKKJ keine zusätzlichen Untersuchungen benötigen

<b>VKKJ</b>	Auflösung Rückstellungen Mitgliedsbeiträge	Erbringung der Leistungen	Zufallsüberschuss für projektbezogene Rücklagen Anzahl der MitgliederInnen	möglicher Ausbau der VKKJ und deren Leistungsbereiche zur Zielerreichung  Positives Gefühl (Erfüllung etwas Gutes zu tun)	Wahrscheinlichkeit, sich anderweitig ehrenamtlich zu engagieren
-------------	---	---------------------------	---	---	---

## 10.3 DATENTABELLE

Abbildung 10-12: Zuordnung von Daten und Quellenangaben

Stakeholder	Wirkungen (Outcome)	Indikatoren / Proxys	Daten	Quellen
PatientInnen	verbesserte Biorhythmen	<b>Proxy:</b> Nachtdienstzuschlag	Nachtdienstzuschlag pro durchgehendem Nachtdienst: € 36,71	BAGS 2015, Statistik Austria 2010a, Statistik Austria 2010b
		Durchschnittlicher Zeitaufwand für Freizeitaktivitäten	Zeitaufwand für ausgewählte Freizeitaktivitäten am Tag: 30 Minuten	
		Durchschnittlicher Nettostundenlohn einer/eines ÖsterreicherIn	Durchschnittlicher Nettostundenlohn: € 9,05	
	weniger Infektionen	<b>Proxy:</b> Folgekosten einer Bronchitis	Folgekosten einer Bronchitis: € 569	Keiner 2006
	weniger leichte / starke Schmerzen	<b>Proxy:</b> Schmerzensgeld	Kosten für leichte Schmerzen: € 100 Kosten für starke Schmerzen: € 275	Rechtsfreund 2015

<b>PatientInnen</b>	leichte Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit	<b>Proxy:</b> Kosten einer Regelschule pro Jahr pro SchülerIn	Kosten einer Regelschule pro Jahr pro SchülerIn: € 7.914	Bruneforth 2012
	erhebliche Steigerung von Konzentration und Aufmerksamkeit	<b>Proxy:</b> Differenz zwischen den Kosten einer Regelschule und einer Sonderschule pro Jahr pro SchülerIn	Kosten einer Regelschule pro Jahr pro SchülerIn: € 7.914 Kosten einer Sonderschule pro Jahr pro SchülerIn: € 30.905	Bruneforth 2012
	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit	<b>Proxy:</b> Kosten eines computerunterstützten Kommunikationsgeräts	Kosten für mittelschwer Betroffene: € 494 Kosten für stark Betroffene: € 8.160	Lifetool Solutions 2015
	Nahrungsaufnahme ohne/mit weniger Hilfe	<b>Proxy:</b> Kosten für eine persönliche Assistenz für ein Jahr	Höhe der Kosten: € 12.775	SDE 2013, eigene Berechnung
	erhöhtes physisches Wohlbefinden	<b>Proxy:</b> Kosten eines Personaltrainers	Höhe der Kosten Personaltrainer: € 1.260 pro Jahr	Körperkrafttraining 2015, Rechtsfreund 2015, Statistik Austria 2013, eigene Berechnungen
		Schmerzensgeld für leichte Schmerzen	Kosten für leichte Schmerzen: € 100	
	erhöhtes psychisches Wohlbefinden	Durchschnittliche Krankenstandstage	Durchschnittliche Krankenstandstage: 13 Tage	TIP Studie 2012, Statistik Austria 2014b, Statistik Austria 2010a, Statistik Austria 2010b
		<b>Proxy:</b> Ausgaben für Kurzurlaub	Kosten Kurzurlaub: € 152 Durchschnittliche Urlaubsausgaben: € 729,60	

<b>PatientInnen</b>		Durchschnittlichen Urlaubsausgaben	Zeitverwendung soziale Kontakte: 1h 41 Minuten	
		Zeitverwendung für soziale Kontakte		
	leichte Verbesserung der Orientierung in der Umwelt	<b>Proxy:</b> Höher der Kosten für ein Hörgerät und eine Sehhilfe	Höhe der Kosten Hörgerät: € 729,94 Höhe der Kosten Sehhilfe: € 372	Hansaton 2015, Brillen-Sehhilfen 2015
	erhebliche Verbesserung der Orientierung in der Umwelt	<b>Proxy:</b> Kosten für eine persönliche Assistenz für ein Jahr für eine halbe Stunde pro Tag	Höhe der Kosten: € 6.387,50	SDE 2013, eigene Berechnung
	Verbesserung der Mobilität (mit Hilfsmitteln)	<b>Proxy:</b> Kosten für eine Wohnassistenz für ein Jahr	Höhe der Kosten: € 12.775	SDE 2013, eigene Berechnung
	erhöhtes Sicherheitsgefühl	<b>Proxy:</b> Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530	Uniqa, Schober et. al 2013, eigene Berechnung
<b>Angehörige</b>	geringere psychische Belastung	<b>Proxy:</b> durchschnittliche Urlaubsausgaben  Kosten einer Elternberatung	Durchschnittliche Urlaubsausgaben: € 729,60  Kosten Elternberatung pro Stunde: € 60	TIP Studie 2012, Statistik Austria 2014b, Verhaltenstherapie 2015
	Freizeit	<b>Proxy:</b> Bruttostundenverdienst eines/einer ÖsterreicherIn	Höhe Bruttostundenverdienst: € 12,79	Statistik Austria 2010b

<b>Angehörige</b>	Wissen, dass Kind gut versorgt ist	<b>Proxy:</b> Ausgaben für Verwaltungskosten für eine Pflegeversicherung	Verwaltungskosten für Pflegeversicherung pro Jahr: € 530	Uniq, Schober et. al 2013, eigene Berechnung
	Verbesserung der Beziehung zum Kind	<b>Proxy:</b> Kosten für eine systemische Familientherapie	Kosten Familientherapie (Einheit á 90 Minuten): € 160 Dauer Kurztherapie: 6 Einheiten	Stangl-Taller 2013, Hainz 2013, eigene Berechnung
	zeitliche und organisatorische Entlastung	<b>Proxy:</b> Bruttostundenverdienst eines/einer ÖsterreicherIn	Höhe Bruttostundenverdienst: € 12,79 Zeitersparnis pro Jahr gesamt: 145.211 Stunden	Statistik Austria 2010b, Leistungsdaten VKKJ, eigene Berechnungen
	Kosteneinsparung im Vergleich zum Alternativszenario	Selbstbehalt im niedergelassenen Bereich	Höhe Selbstbehalt: € 30	Kinderliga 2014, Leistungsdaten VKKJ, eigene Berechnungen
<b>MitarbeiterInnen</b>	feste Beschäftigung und fixes Erwerbseinkommen	Löhne und Gehälter	Höhe Löhne und Gehälter: € 7.327.655,44	Bilanz VKKJ
	höhere Sensibilisierung für Menschen mit Behinderung	<b>Proxy:</b> entgangenes Bruttoeinkommen für ein zweimonatiges Praktikum in einem Behindertenheim	Bruttomonatseinkommen BehindertenpädagogIn: € 1.901,33	Careesma 2015
	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	<b>Proxy:</b> Gehaltsunterschied im Nonprofit- und Profit-Bereich	Gehaltsunterschied brutto pro Stunde: € 6,17	Leete 2000

<b>MitarbeiterInnen</b>	Teamarbeit	<b>Proxy:</b> Kosten für den Erwerb von Teamfähigkeiten	Kurskosten für „Teambuilding“: € 1.260,-	Wifi Wien 2013
	Weiterbildungsmöglichkeiten	Aufwand für Fort- und Weiterbildungen für 2013	Höhe Weiterbildungsaufwand: € 190.631,12 Anteil Unternehmen, die Weiterbildungen anbieten: 72%	Bilanz VKKJ, Markowitsch/Helfer 2003
<b>Krankenhäuser</b>	Zeitersparnis durch bereits durchgeführte Diagnostik	<b>Proxy:</b> Diagnostikaufwand multipliziert mit dem Personalaufwand einer TurnusärztIn	Diagnostikaufwand: 1,5 Stunden Personalaufwand TurnusärztIn: € 3.400 brutto	Ärzttekammer 2015
	Zeitersparnis durch Übernahme der Nachsorge	Anzahl der übernommenen Stunden multipliziert mit dem Personalaufwand einer TurnusärztIn	Anzahl der Stunden gesamt: 21.560 Personalaufwand TurnusärztIn: € 3.400 brutto	Erhebung Organisation, eigene Berechnungen, Ärztekammer 2014
<b>Bund</b>	zusätzliche Steuer- und Abgabeneinnahmen	Höhe der zusätzlichen Steuer- u. Abgabeneinnahmen	Zusätzliche Steuer- u. Abgabeneinnahmen: € 129.910	Erhebung Organisation
	Einnahmen aus der Ausgleichstaxe für das Behinderteneinstellungsgesetz	Höhe der Einnahmen aus der Ausgleichstaxe für das Behinderteneinstellungsgesetz	Höhe der Einnahmen: € 23.380	Erhebung Organisation

<b>Sozialversicherungs-träger</b>	Zusätzliche Beiträge zur Sozialversicherung	Höhe der zusätzlich generierten SV-Beiträge	Zusätzliche SV-Beiträge: € 213.315	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung
<b>AMS</b>	Einsparung von Arbeitslosengeld/	Höhe des eingesparten Arbeitslosengeldes	Höhe des eingesparten ALG: € 199.914 Arbeitslosenquote Österreich 2013: 7,6%	AMS 2013a, eigene Berechnung
<b>LieferantInnen</b>	zusätzliche Aufträge	Höhe der zusätzlichen Aufträge	Höhe der zusätzlichen Aufträge: € 7.478	Erhebung Organisationen, eigene Berechnung
<b>Niedergelassene ÄrztInnen</b>	Zeitersparnis	<b>Proxy:</b> Zeitersparnis in Stunden multipliziert mit Bruttostundengehalt einer/eines KinderärztIn	Zeitersparnis in Stunden: € 4.368 Bruttomonatsgehalt KinderärztIn: € 3.250	Erhebung KinderärztInnen, Gehaltskompass 2015
<b>VKKJ</b>	Zufallsüberschuss	Höhe des Zufallsüberschusses	Höhe des Zufallsüberschusses für projektbezogene Rücklagen zur Zielerreichung: € 340.706	Bilanz VKKJ
	positives Gefühl (Erfüllung, etwas Gutes tun)	<b>Proxy:</b> Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn	Durchschnittliche Spende einer ÖsterreicherIn: € 91,40	Neumayr und Schober 2012

## **INFOS UND KONTAKT**

### **NPO & SE Kompetenzzentrum**

Welthandelsplatz 1, 1020 Wien

T +43-1-313 36-5878

F +43-1-313 36-5824

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

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