

Evaluierungsmethoden für niederschwellige, ambulante Gesundheitszentren für vulnerable Personengruppen

Zielgruppen-Fokus:
obdachlose, wohnungslose
und nicht-krankenversicherte
Personen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 114

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Evaluierungsmethoden für niederschwellige, ambulante Gesundheitszentren für vulnerable Personengruppen

Zielgruppen-Fokus:
obdachlose, wohnungslose
und nicht-krankenversicherte
Personen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, April 2019

Projektteam

Projektleitung: Dr. phil. Roman Winkler, MMSc
Mag.^a rer. nat. Inanna Reinsperger, MPH

Projektbearbeitung: Dr. phil. Roman Winkler, MMSc
Mag.^a rer. nat. Inanna Reinsperger, MPH

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA (Hons), MA

Externe Begutachtung: Dr.ⁱⁿ Sabine Haas (Gesundheit Österreich GmbH, Wien)

Interne Begutachtung: Dr.ⁱⁿ Ingrid Zechmeister-Koss, MA

Korrespondenz: roman.winkler@hta.lbg.ac.at, inanna.reinsperger@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Winkler, R., Reinsperger, I. Evaluierungsmethoden für niederschwellige, ambulante Gesundheitszentren für vulnerable Personengruppen– Zielgruppen-Fokus: obdachlose, wohnungslose und nicht-versicherte Personen. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 114; 2019. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<https://hta.lbg.ac.at/page/imprint>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisonsgasse 7/20, A-1090 Wien
<https://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“, der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 114

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2019 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	5
Summary.....	7
1 Einleitung.....	9
1.1 Hintergrund.....	9
1.2 neunerhaus Gesundheitszentrum	12
1.3 Zielsetzungen und Forschungsfragen.....	13
1.4 Terminologie.....	14
1.4.1 Evaluation.....	14
1.4.2 Formen von Wohnungslosigkeit.....	14
1.4.3 Nicht-krankenversicherte Personen.....	15
2 Methoden.....	17
2.1 Einschlusskriterien.....	18
2.2 Ausschlusskriterien	18
2.3 Literaturauswahl	19
2.4 Qualitätssicherung	20
3 Ergebnisse.....	21
3.1 Evaluationsformen	21
3.1.1 Formative Evaluation (Prozessqualität).....	22
3.1.2 Summative Evaluation (Ergebnisqualität).....	22
3.1.3 Evaluation der Strukturqualität	23
3.1.4 Fremd- und Selbstevaluation.....	23
3.2 Zielebenen von Evaluationen – „Evaluationspopulationen“	23
3.3 Evaluationsleitfäden und -standards – „good practice“ Beispiele.....	25
3.3.1 Standards der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation“.....	25
3.3.2 Evaluationsempfehlungen von „Evaluation Support Scotland“	28
3.3.3 Master-Evaluationskatalog für österreichische PHC-Einrichtungen	32
3.4 Wirkungsmodelle	33
3.5 Berichts- und Studienergebnisse zu Evaluationsmethoden, -indikatoren und -instrumenten.....	36
3.5.1 Methodenbeschreibung in Evaluationsberichten aus Österreich und Deutschland	36
3.5.2 Methodenbeschreibung in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien	40
4 Zusammenfassung und Diskussion	47
5 Literatur.....	53
Anhang.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.3-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram).....	19
Abbildung 3.1-1: Zeitlicher Rahmen eines Evaluationskonzeptes (Beispiel)	22
Abbildung 3.3-1: „Evaluation Pathway“ von „Evaluation Support Scotland“	28
Abbildung 3.3-2: Homelessness Star™ – visuelle Darstellung (Beispiel)	30
Abbildung 3.4-1: Logic Model	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1-1: Einschlusskriterien (PICO).....	18
Tabelle 3.3-1: Kerneigenschaften und Einzelstandards von Evaluationen	27
Tabelle 3.3-2: Übersicht zu Themenfeldern („outcome areas“) und Indikatoren	29
Tabelle 3.3-3: Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen (Auszug aus Indikatorenliste)	32
Tabelle 3.5-1: Evaluationsindikatoren nach Zielebenen (Basis: Evaluationsberichte aus Österreich und Deutschland, n=7).....	39
Tabelle 3.5-2: Evaluationsindikatoren nach Zielebenen (Basis: Evaluationsstudien, n=12)	42
Tabelle 3.5-3: Beschreibung von Messinstrumenten entlang verwendeter Evaluationsindikatoren.....	44
Tabelle A-1: Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen (Indikatorenliste gesamt).....	57
Tabelle A-2: Gütekriterien qualitativer Forschungsansatz – summative Evaluation Frühe-Hilfen-Netzwerke Österreich.....	59
Tabelle A-3: Beschreibung von Evaluationsmethoden in Berichten aus Österreich und Deutschland (Teil I).....	60
Tabelle A-3: Beschreibung von Evaluationsmethoden in Berichten aus Österreich und Deutschland (Teil II)	63
Tabelle A-4: Beschreibung von Evaluationsmethoden in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien (Teil I).....	66
Tabelle A-4: Beschreibung von Evaluationsmethoden in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien (Teil II)	68
Tabelle A-4: Beschreibung von Evaluationsmethoden in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien (Teil III).....	70

Zusammenfassung

Hintergrund

Sozialbenachteiligte Personen, wie obdach-, wohnungslose und nicht-kranken-versicherte Personen, weisen gegenüber Vergleichspopulationen einen schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand auf. Sozialeinrichtungen tragen wesentlich zur medizinischen Behandlung und sozialarbeiterischen Unterstützung dieser Personen bei. Der vorliegende Forschungsbericht erörterte die Frage nach relevanten Evaluationsmethoden, -indikatoren und -instrumenten zur Nutzenbewertung von niederschwelligen, ambulanten Gesundheitseinrichtungen für vulnerable Personengruppen.

Methode

Für den Bericht wurde eine systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken sowie eine Handsuche auf den Webseiten von Fachgesellschaften für Evaluationen durchgeführt. Zudem wurden ergänzend (vorwiegend österreichische) ExpertInnen für „Evaluationen von komplexen Interventionen für vulnerable Personen“ in die Literaturrecherche miteinbezogen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 12 (englischsprachige) Evaluationsstudien und 7 (deutschsprachige) Evaluationsberichte identifiziert werden, in denen Methoden, Indikatoren und/oder Instrumente dokumentiert wurden, die im Zuge von Evaluationen von niederschwelligen, ambulanten Gesundheitseinrichtungen verwendet wurden. Eine große methodische Heterogenität konnte entsprechend den thematischen Hintergründen und Zielsetzungen festgestellt werden, wobei sich mehrheitlich ein „mixed methods“ Zugang erkennen ließ. Dabei handelte es sich v. a. um Interviews mit PatientInnen/LeistungsanbieterInnen (wie z. B. ÄrztInnen, AbteilungsleiterInnen) sowie um Fragebögen. Hinsichtlich verwendeter Evaluationsindikatoren wurden vorrangig soziodemographische Daten, der Gesundheitszustand der PatientInnen sowie die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen erhoben. Weitere Indikatoren bezogen sich auf die Zufriedenheit der PatientInnen – etwa hinsichtlich des Angebotsspektrums. Nur wenige Publikationen berichteten im Zuge von Evaluationen zu gesundheitsökonomische Indikatoren (z. B. Wirtschaftlichkeit von Programmen). Grundsätzlich fanden sich auch wenige Studien, die Angaben zu Evaluationsinstrumenten machten – wobei der psychische Gesundheitszustand der PatientInnen am häufigsten gemessen wurden. Diesbezüglich wurden sowohl generische als auch krankheitsspezifische Instrumente (z. B. bzgl. affektiver Erkrankungen) berichtet.

Recherche von Methoden, Indikatoren und Instrumenten für die Evaluation von niederschwelligen Gesundheitszentren für obdach-, wohnungslose und nicht-kranken-versicherte Personen

systematische Literatursuche, Handsuche, ExpertInnen-Kontakte

12 (englischsprachige) Evaluationsstudien, 7 (deutschsprachige) Evaluationsberichte

große methodische Heterogenität, meist „mixed methods“ (Interviews, Fragebögen, ...)

Evaluationsindikatoren: z. B. Inanspruchnahme von Leistungen, Gesundheitszustand, tw. ökonomische Parameter

in wenigen Studien Angaben zu Instrumenten

Schlussfolgerungen

Empfehlungen für die Planung und Durchführung solcher Evaluationen:

partizipative Evaluationsdesigns zur Involvierung von „hardly to reach populations“

Vertrauens- und Beziehungsebene, „retention strategies“

Entwicklung eines Wirkungsmodells als Basis für die Auswahl adäquater Methoden, Indikatoren und Instrumente

Abschließend wurden Handlungsempfehlungen formuliert, die vor dem Hintergrund allgemeiner Evaluationstheorien und der Studien- und Berichtsergebnisse, bei der Planung und Durchführung von Evaluationen von Gesundheitszentren für vulnerable Personen, berücksichtigt werden sollten:

- ✦ Bei obdach-, wohnungslosen und nicht-krankenversicherten Personen handelt es sich um „hardly to reach populations“. Niederschwelligkeit sollte sich nicht nur im Leistungszugang, sondern auch in der Wahl der Evaluationsmethode widerspiegeln. Hierbei spielen „partizipative Evaluationsdesigns“, die etwa vulnerable Gruppen in die Gestaltung von Evaluationen miteinbeziehen, eine besonders wichtige Rolle.
- ✦ Die Vertrauens- und Beziehungsebene ist für die Durchführung von Evaluationen ein wichtiger Faktor. Es bedarf der Entwicklung von „retention strategies“, d. h. von Strategien mit denen PatientInnen „gehalten“ werden können.
- ✦ Vor der Planung bzw. der Durchführung einer Evaluation sollte ein Wirkungsmodell entwickelt werden, um die Zielrichtung einer Evaluation genau bestimmen zu können. Darauf aufbauend können relevante Evaluationspopulationen identifiziert, adäquate Evaluationsmethoden und -indikatoren bestimmt und die entsprechenden Evaluationsinstrumente festgelegt werden.

Summary

Background

Socially disadvantaged persons, such as homeless and non-insured persons, have a worse physical and mental health status than comparable populations. Social institutions make a significant contribution to the medical treatment and social worker support of these persons. This research report discussed the question of relevant evaluation methods, indicators and instruments for the evaluation of easily accessible, outpatient health centers for vulnerable groups.

search for methods, indicators and instruments for the evaluation of easily accessible, outpatient health centers for homeless and non-insured people

Methods

A systematic literature search was conducted in several databases as well as a manual search on the websites of professional associations for evaluations. In addition, (predominantly Austrian) experts for 'evaluations of complex interventions for vulnerable persons' were contacted and asked for relevant publications.

systematic literature search, hand search, expert contacts

Results

In total, 12 evaluation studies (in English) and 7 evaluation reports (in German) were identified. The selected publications reported on evaluation methods, indicators and/or instruments focusing on low-threshold outpatient health care facilities. There was a high degree of methodological heterogeneity according to the thematic backgrounds and objectives – however, the majority of the publications involved a 'mixed methods' approach. These were mainly interviews (with patients/service providers such as doctors, department heads) and questionnaires. With regard to the evaluation indicators used, socio-demographic data, patients' health status as well as the use of health and social services were collected primarily. Further indicators related to the satisfaction of the patients – for example with regard to the range of (health and social) services. Only a few publications reported on health economic indicators (e.g. profitability of programmes). Basically, there were also few studies that provided information on evaluation instruments. The mental health status of the patients was measured most frequently. In this respect, both generic and disease-specific instruments (e.g. affective diseases) were reported.

12 evaluation studies (in English), 7 evaluation reports (in German)

methodological heterogeneity, mostly mixed methods (e.g., interviews, questionnaires, ...)

evaluation indicators: e.g., health status, use of services, economic parameters; information on instruments in few studies

Conclusions

recommendations for planning and carrying out such evaluations:

participatory evaluation designs for involving 'hardly to reach populations'

level of trust and relationship, 'retention strategies'

development of a logic model as a basis for identifying adequate methods, indicators and instruments

Finally, recommendations were formulated, which should be taken into account against the background of general evaluation theories and study and report results when planning and carrying out evaluations of health centres for vulnerable persons:

- ✦ Homeless and uninsured persons are 'hardly to reach populations'. Low threshold levels should not only be reflected in access to services, but also in the choice of evaluation method. 'Participatory evaluation designs', which involve vulnerable groups in the design of evaluations, for example, play a particularly important role here.
- ✦ The level of trust and relationship is an important factor in the conduct of evaluations. There is a need to develop 'retention strategies', i.e. strategies to increase patients' commitment to participate in long-term evaluations.
- ✦ Before planning or carrying out an evaluation, a logic model should be developed in order to be able to precisely determine the objective of an evaluation. Based on this, relevant evaluation populations can be identified, adequate evaluation methods and indicators determined and the corresponding evaluation instruments defined.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Obdachlose, wohnungslose und nicht-versicherte Personen zählen aufgrund ihrer sozialen Situation zu den vulnerablen Personengruppen der Gesellschaft. 2016 waren laut Statistik Austria 15.038 Personen in Österreich als wohnungslos registriert. Das ist um ein Drittel mehr als im Jahr 2008. Insgesamt muss zusätzlich eine Dunkelziffer an wohnungslosen Personen angenommen werden [1]. Ein Anstieg an wohnungslosen Menschen wird etwa auch in Deutschland verzeichnet [2]. Generell sind Größenordnungen zu diesen Personengruppen allerdings mit Vorsicht zu genießen, da Erhebungen von Messunsicherheiten begleitet sind. Dies gilt etwa auch für die Zahl an nicht-krankenversicherten Personen. Berechnungen erweisen sich als schwierig, da der Versicherungsstatus von manchen Personen (wie z. B. von selbständig Erwerbstätigen oder PendlerInnen, die einen Hauptwohnsitz im benachbarten Ausland haben) unklar sein kann. In einem Bericht des „European Centre for Social Welfare Policy and Research“ wird darauf hingewiesen, dass die Zahl an nicht-krankenversicherten Personen in Österreich insgesamt deutlich kleiner geworden ist (etwa im Vergleich zu 2003 wo noch mehr als 100.000 nicht-krankenversicherten Personen angenommen wurden) [3]. Ein wesentlicher Grund war hierfür die zahlenmäßige Berücksichtigung von BezieherInnen der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) in die Krankenversicherung. Aktuell weist <Help.gv.at> (das österreichische e-Government Portal) für 99,9 % der österreichische Bevölkerung einen Krankenversicherungsschutz (durch die Pflichtversicherung, Selbstversicherung oder Mitversicherung durch Angehörige) aus [4].

Die von Obdach- und Wohnungslosigkeit sowie von fehlendem Versicherungsschutz betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen sind umfassenden körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsbedrohungen und sozialen Belastungen ausgesetzt und haben zumeist keinen bzw. einen sehr erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung. Sozioökonomische Benachteiligung, prekäre Lebensbedingungen und Armut sind generell zentrale Risikofaktoren für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und den Verlust von Sozial- und Versicherungsleistungen. Sucht, psychische Störungen und Traumatisierungen sowie kognitive Einschränkungen sind vorherrschende Gesundheitsprobleme in vulnerablen Personengruppen. Die Prävalenz von Suchtproblemen (Tabak, Alkohol, illegale Drogen) ist überdurchschnittlich hoch und trägt wesentlich zu der erhöhten Morbidität und Mortalität etwa unter Wohnungslosen bei. Eine Meta-Analyse aus 2008 fand Prävalenzraten zur Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit bei wohnungslosen Personen von 37,9 % (95 % CI 27,8-48,0 %) und 24,4, % (95 % CI 13,2-35,6) [5].

Das gleichzeitige Auftreten gravierender Problemlagen zeigt sich gerade bei den genannten Personengruppen besonders deutlich. Soziale Bedrohungen (wie etwa der Verlust einer sicheren und dauerhaften Unterkunft und/oder eines Arbeitsplatzes) und gesundheitliche Belastungen (z. B. eine akute oder chronisch körperliche/psychische Erkrankung) stellen Menschen und auch Sozialeinrichtungen vor erhebliche Herausforderungen. Zudem sind betroffenen Menschen mit Scham(gefühlen), Stigmatisierungserfahrungen und Frustrationserlebnissen konfrontiert, die die Motivation zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten erschweren. Weiters gibt es oftmals gesetzliche

Obdach-, Wohnungslosigkeit und fehlender Versicherungsschutz kennzeichnen soziale und gesundheitliche Vulnerabilität

Ergebnisse von Erhebungen sind mit Messunsicherheiten behaftet

Krankenversicherungsschutz liegt lt. e-Government Portal in Österreich bei 99,9 %

körperliche und psychische Erkrankungen sowie Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe

hohe Prävalenzraten von Suchterkrankungen z. B. bei wohnungslosen Personen

gesellschaftliche Marginalisierung und Multimorbidität

Herausforderungen werden auf individueller und struktureller Ebene ersichtlich

<p>Sicherung von basalen Bedürfnissen als prioritäre Versorgungsziele</p>	<p>Barrieren (wie etwa Selbstbehalte bzgl. entstandener Behandlungskosten), sowie administrative Erfordernisse (z. B. das Sammeln von Belegen), die zu erfüllen sind [6].</p>
<p>4 Komponenten als „good practice“ Maßnahmen für die Versorgung von vulnerablen Personen umfassen ...</p>	<p>Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Marginalisierung bzw. Stigmatisierung bedarf es daher gerade für vulnerable Personengruppen niederschwelliger Unterstützungs- und Hilfesysteme, die (komplexe) Interventionen (v. a. aus den Bereichen Medizin, Pflege, psychischer Gesundheit, Sozialarbeit) individuell zur Verfügung stellen.</p>
<p>... aufsuchende Hilfen, Entlastung von Akuteinrichtungen, Kooperation zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten und über Berufsgruppen hinweg, Aufklärung über Angebote</p>	<p>Hinsichtlich einer niederschweligen Gesundheitsversorgung nennt eine qualitative EU-Studie aus 2012 vier zentrale Komponenten, die als „good practice“ Beispiele für eine Versorgung von sechs vulnerablen Personengruppen beschrieben werden. Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen aus 14 europäischen Ländern wurden zu „good practice“ Versorgungskonzepten von Langzeitarbeitslosen, SexarbeiterInnen, Wohnungslosen, Flüchtlingen/AsylwerberInnen und MigrantInnen ohne gesetzlichem Aufenthaltstitel befragt und haben folgende Komponenten genannt ([5]; [7]):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Aufsuchende Hilfen in der Gemeinde, um PatientInnen mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen zu erreichen und behandeln zu können; ✦ Verbesserung des Zugangs zu Angeboten, die Notfälle vermeiden helfen und den Druck auf das Akut-/Notfallsystem vermindern helfen; ✦ Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten und die Integration von Allgemeinmedizin und Psychiatrie und ✦ Öffentlichkeitsarbeit, um KlinikerInnen, wie auch Betroffene über die Angebote auf dem Laufenden zu halten und sie bei der Navigation im/ durch das Versorgungssystem zu unterstützen [5].
<p>Gestaltung des Versorgungs- und Behandlungssettings als entscheidender Erfolgsfaktor</p>	<p>Grundsätzlich müssen therapeutische Konzepte und Interventionen für vulnerable Personengruppen verschiedene Versorgungselemente verbinden, um den komplexen Krankheitsbildern bzw. Störungen und den sozialen Rahmenbedingungen der Personen angemessen begegnen zu können. Das Setting in dem Gesundheits- und Sozialleistungen angeboten werden ist vor dem Hintergrund der zuvor genannten Belastungen (wie etwa Zugänglichkeit, Stigmatisierung, Kenntnisse über Leistungsspektrum etc.) ein entscheidender Faktor [5]. Als Beispiele für solche niederschweligen Einrichtungen werden in der Literatur etwa „Community Health Centers (CHCs)“ angeführt. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die vor allem im angloamerikanischen Raum bzw. in Ländern mit einer profunden Public Health Tradition vorzufinden sind. CHCs stehen Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen und sozialen Erfordernissen zur Verfügung – eben auch PatientInnen in besonders bedrohlichen Umständen, wie etwa nicht-krankenversicherten Kinder und deren Familien [8].</p>
<p>„Community Health Centers“ als Beispiele für niederschwellige Einrichtungen für vulnerable Personen</p>	<p>In Österreich führte 2015 die österreichische Armutskonferenz eine Studie durch, um zentrale Faktoren im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgungssituation von vulnerable Personengruppen in Österreich zu erfassen [9]. Zu diesem Zweck wurden mit Armutsbetroffenen qualitative Interviews geführt in denen folgende Themen erörtert wurden:</p>
<p>Interviews mit Armutsbetroffenen in Österreich bzgl. gesundheitlicher Versorgung, Zugang zum Gesundheitssystem,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ der mangelnde Zugang von armutsbetroffenen Personen zu Gesundheitsdienstleistungen; ✦ die Unterschiede bezüglich der Versorgungssituation zwischen Stadt und Land;

- ✿ die Nicht-Leistbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen;
- ✿ die Unverständlichkeit von Diagnosen und Befunden sowie
- ✿ Schwierigkeiten bei Gutachten, Beschämung und Ängste.

Darauf aufbauend wurden von der österreichischen Armutskonferenz folgende 15 Vorschläge formuliert, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen sowie psychosozialen Situation von vulnerablen Personen abzielt [9]:

1. Organisation von Begleitdiensten für Armutsbetroffene bei Gutachten und Gesundheitsdiensten (z. B. bei Ämtern und Behörden);
2. Persönliche Begleitung, Mentoring, „Buddies“ (z. B. für gemeinsame Freizeitaktivitäten);
3. Psychotherapie und psychosoziale Notdienste (z. B. erleichterter Zugang zu kostenloser Psychotherapie, Ausbau von Therapie- und Beratungseinrichtungen und psychosozialen Notdiensten außerhalb der Ballungszentren);
4. Prävention und Rehabilitation (z. B. erleichterter Zugang zu präventiven Gesundheitsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen);
5. Finanzielle Unterstützung (z. B. unbürokratische finanzielle Unterstützung bei Behandlungen mit Selbstbehalten, wie bei Zahnersatz, Regulierungen, sonstigen Heilbehelfen);
6. Bessere (öffentliche) Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen;
7. Keine Zwangsmaßnahmen zu „krankmachender Erwerbsarbeit“ durch Androhung von Sanktionen, Verlust von Unterstützungen etc., die soziale Ausgrenzung weiter verstärken;
8. Wiedereinführung des Pensionsvorschlusses (bedeutet eine finanzielle Absicherung für Menschen, deren Anspruch auf Krankengeld nach einem Jahr Bezug ausgeschöpft war, z. B. aufgrund schwerer Unfälle, langwieriger Krebserkrankungen, psychischer Erkrankungen, die allesamt eine längere Arbeitsunfähigkeit mit sich bringen können);
9. Medizinische Gutachten: Mehr Respekt und Beachtung vorliegender Befunde; bessere Ausbildung und Sensibilisierung von GutachterInnen;
10. Gleiche Behandlung und gleiche Therapien für prekarierte Personen-unabhängig von den sozioökonomischen Möglichkeiten;
11. Keine Kürzung für Sozialdienste und -einrichtungen;
12. Rechtshilfe und Anwaltschaft – gleicher Rechtszugang für alle – unabhängig von den sozioökonomischen Möglichkeiten;
13. Schließen von Versorgungslücken für Menschen ohne Krankenversicherung. Die Gründe sind hierfür zumeist strukturelle Rahmenbedingungen, soziale Benachteiligungen, fehlende persönliche Ressourcen und ein Informationsmangel. Dies trifft insbesondere Personen in prekärer Beschäftigung, Personen in schweren psychischen Krisen, Arbeitssuchende ohne Leistungsanspruch, Hilfesuchende, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen etc.;
14. Verständlichkeit und Lesbarkeit von Formularen, Diagnosen und Therapien erhöhen (z. B. in Form einer leichter verständlichen Formularensprache);
15. Dialogforen mit ÄrztInnen, EntscheidungsträgerInnen und anderen Gesundheitsberufen einrichten (d. h. armutsbetroffene Personen tauschen sich auf Augenhöhe mit AkteurInnen des Gesundheitssystems aus; Sensibilisierung für Anliegen und Situation Einkommensschwacher, Erfahrungsaustausch am runden Tisch (z. B. mittels „Weltcafé“).

Leistbarkeit von Gesundheitsdiensten, Verständlichkeit von Diagnosen, Befunden etc.

Studie der österr. Armutskonferenz mit Forderungskatalog, u. a. bzgl.

Bereitstellung von Begleitdiensten bei Amtswegen, Mentoring „Buddies“ zur Freizeitgestaltung

Präventions- und Reha-Programme, finanzielle Unterstützung für diverse Heilbehelfe

Gewährung eines Pensionsvorschlusses, z. B. bei chronischem Krankheitsgeschehen

respektvoller Umgang seitens der Gesundheits- und Sozialberufe sowie Schulungs- bzw. Sensibilisierungsmaßnahmen

Krankenversicherungslücken schließen

Fachjargon in „leichter Sprache“ zur Verfügung stellen

Bereitstellung von Foren zum Austausch von Armutsbetroffenen und Gesundheits- und Sozialberufen

<p>Sozialorganisationen übernehmen wesentliche Versorgungsleistungen für vulnerable Personen</p>	<p>Sozialorganisationen, wie etwa <i>neunerhaus</i> in Wien (https://www.neunerhaus.at/), stellen für die genannten Personengruppen grundlegende gesundheitliche und soziale Versorgungsangebote (wie etwa im Bereich der Allgemeinmedizin, Zahnmedizin oder Sozialarbeit) zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es in Wien (sowie andersorts in Österreich) eine Reihe weiterer Anlaufstellen für vulnerable Personengruppen, in denen Gesundheits- und Sozialleistungen sowie diverse Beratungen zur Verfügung gestellt werden. Eine Liste mit Organisationen und Adressen in Wien findet sich etwa auf der Homepage der Stadt Wien [10].</p>
<p>LBI-HTA Beauftragung durch <i>neunerhaus</i>:</p> <p>Recherche von methodischen Zugängen im Rahmen von Evaluationen</p>	<p>Vor diesem Hintergrund wurde das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA) von <i>neunerhaus</i> beauftragt, Evaluierungsmethoden zur Nutzenbewertung niederschwelliger ambulanter Gesundheitszentren, die ihre Leistungen vor allem Personen zur Verfügung stellen, die sich in prekären Lebenssituationen befinden, zu recherchieren. Bevor die Projekt-Zielsetzungen, -Forschungsfragen und der methodische Zugang dargelegt werden, wird im Folgenden <i>neunerhaus</i> kurz vorgestellt, um eine Übersicht bzgl. der Aufgaben und des gesundheitlichen und sozialen Leistungsangebots zu liefern.</p>

1.2 *neunerhaus* Gesundheitszentrum

<p><i>neunerhaus</i>: seit 1999 Wohnangebote, Beratung und med. Versorgung v. a. für obdachlose und armutsgefährdete Menschen in Wien</p>	<p><i>neunerhaus</i> ist eine im Jahr 1999 gegründete Sozialorganisation in Wien, die v. a. obdachlosen und armutsgefährdeten Menschen Wohnangebote, umfangreiche Beratungen und medizinische Versorgung bietet. Das vielfältige Leistungsspektrum wurde in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert: neben drei <i>neunerhaus</i> Wohnhäusern und der mobilen Wohnbetreuung wurde ab 2006 die medizinische Versorgung schrittweise ausgebaut und im Herbst 2017 wurde das Gesundheitszentrum <i>neunerhaus</i> eröffnet.</p>
<p><i>neunerhaus</i> Gesundheitszentrum: multiprofessionelles Team aus Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Pflege, Sozialarbeit, zahnärztl. und Ordinationsassistenz</p>	<p>Im <i>neunerhaus</i> Gesundheitszentrum ist ein multiprofessionelles Team aus AllgemeinmedizinerInnen, ZahnärztInnen, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, SozialarbeiterInnen sowie zahnärztlichen und OrdinationsassistentInnen tätig. Das Leistungsangebot in der <i>neunerhaus</i> Arztpraxis umfasst u. a. Akutversorgung, medikamentöse Ersteinstellung und langfristige therapeutische Begleitung, diagnostische Abklärungen durch Kooperationen mit Labors, Bildgebung sowie niedergelassenen FachärztInnen, ggfs. Organisation der weiteren Behandlung im stationären Bereich. Durch den Einsatz von Videodolmetsch kann die Behandlung in der jeweiligen Landessprache der PatientInnen durchgeführt werden. In der <i>neunerhaus</i> Zahnarztpraxis werden neben zahnmedizinischer Beratung und Diagnostik, Schmerzbehandlung und konservierender Zahnheilkunde auch beispielsweise chirurgische Eingriffe und Prothetik sowie prophylaktische Maßnahmen angeboten. Die SozialarbeiterInnen unterstützen die PatientInnen durch ein niederschwelliges Informations- und Gesprächsangebot bei Fragen zu Versicherungsstatus, Wohnsituation, Behörden etc. und bieten zudem Krisenintervention, psychosoziale Entlastungsgespräche und bedürfnisorientierte Weitervermittlung im Sozial- und Gesundheitssystem. Das diplomierte Pflegepersonal ist u. a. für das Wundmanagement (die fachgerechte Versorgung chronischer Wunden), apparative Diagnostik (z. B. EKG, Blutabnahmen) und Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen zuständig [11].</p>
<p>allgemeinmedizinische und zahnärztliche Versorgung, sozialarbeiterische Beratung, Wundversorgung</p> <p>Einsatz von Videodolmetsch</p>	

Zusätzlich ist Gesundheitszentrum *neunerhaus* mit den gesundheitsfördernden Angeboten des angrenzenden *neunerhaus* Cafés (in dem etwa SozialarbeiterInnen im Bedarfsfall den direkten Kontakt zu Café-BesucherInnen anbieten) verknüpft. Als weiteres Angebot sind mobile/aufsuchende ÄrztInnen in den Tageszentren, Notquartieren sowie in den unterschiedlichen Wohnangeboten tätig [11].

Im ersten Jahr nach der Neugestaltung des *neunerhaus* Gesundheitszentrums wurden insgesamt 4.873 Menschen behandelt. Die häufigsten Diagnosen waren psychische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems und der Verdauungsorgane. Im Jahr 2017 wurden auch 279 Kinder und Jugendliche im *neunerhaus* Gesundheitszentrum behandelt, 2018 waren es 230 nicht-krankenversicherte Kinder und Jugendliche [12].

**weitere Angebote:
angrenzendes Café,
mobile/aufsuchende
ÄrztInnen**

**4.873 Menschen wurden
im 1. Jahr behandelt,
darunter auch
rund 280 Kinder und
Jugendliche**

1.3 Zielsetzungen und Forschungsfragen

Die primäre Zielsetzung, die mit dem vorliegenden Projekt verfolgt wird, ist die Bereitstellung einer Übersicht zur Evaluierungsmethodik von niederschweligen, ambulanten Gesundheitszentren (inkl. niederschwelliger Sozialarbeit) für obdachlose, wohnungslose und nicht-versicherte Personen zu erstellen. Die nachstehenden Forschungsfragen sollen darauf hinweisen, dass mit dem Begriff *Evaluierungsmethodik* ein umfassendes Spektrum an relevanten Faktoren (wie Zielgruppen, Indikatoren, Instrumente etc.) abgedeckt werden soll.

- ✿ Welche Evaluierungsmethoden bzw. -ansätze werden in Evaluierungsberichten beschrieben?
- ✿ Welche primären Evaluierungs-Endpunkte bzw. -Indikatoren werden erhoben?
- ✿ Welche standardisierten Messinstrumente werden hierfür verwendet?
- ✿ Welche Personengruppen sind genannt und welche Gesundheitsbedrohungen und/oder sozialen Belastungen werden beschrieben?
- ✿ Welche Versorgungssettings werden beschrieben (ambulant, d. h. in Zentren vor Ort/mobile Settings im öffentlichen Raum, sonstige Settings)?

Im Bericht werden jedoch keine Evaluierungsergebnisse per se (z. B. im Hinblick auf bestimmte Endpunkte oder Personengruppen) dargestellt, da es sich hierbei um ein Projektziel außerhalb der Fragestellungen handelt.

Bevor das methodische Vorgehen (Kapitel 2) näher beschrieben wird, widmet sich das folgende Unterkapitel zunächst noch einigen zentralen Begriffen.

**Ziel: Bereitstellung
einer Übersicht zu
Evaluierungsmethoden**

**5 zentrale
Forschungsfragen**

**Darstellung von
Evaluierungsergebnissen
ist *kein* Projektziel**

1.4 Terminologie

1.4.1 Evaluation

systematisches Vorgehen, empirische Daten bilden Basis; Ziel ist die Bewertung von Programmen, Einrichtungen, Prozessen etc.

Der Begriff Evaluation beschreibt die systematische Untersuchung eines spezifischen Evaluationsgegenstandes (z. B. eine Institution, ein Programm, ein Prozess, eine Intervention etc.) und dient in erster Linie der Qualitätssicherung. Nachvollziehbarkeit und Systematik sind zentrale Charakteristika, die einen Evaluationsprozess kennzeichnen. Daten, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können, stellen die Basis für Bewertungsprozesse (Evaluationen) dar. Das übergeordnete Ziel von Evaluationen ist eine transparente, Kriterien-geleitete Bewertung (etwa hinsichtlich des Nutzens einer Intervention, der Qualität eines Prozesses etc.) [13]. Im vorliegenden Bericht kommen abwechselnd die Begriffe Evaluation bzw. Evaluierung zur Anwendung – daraus ergeben sich jedoch keine inhaltlichen Unterschiede.

1.4.2 Formen von Wohnungslosigkeit

„ETHOS-Typologie“ zum konzeptionellen Verständnis von Wohnungslosigkeit

Prinzipiell kann zwischen verschiedenen Formen der Wohnungslosigkeit unterschieden werden. Gemäß einer Typologie (ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), die von FEANTSA (Europäischer Dachverband der Wohnungslosenhilfe) entworfen wurde, liegen Definitionen von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekärer Wohnversorgung vor, die die Kategorien obdach-, wohnungslos, ungesichertes bzw. ungenügendes Wohnen näher beschreiben [14].

Obdachlosigkeit

Wohnsituation beschränkt sich auf öffentlichen Raum sowie auf Notschlafstellen, Wärmestuben etc.

Als obdachlos gelten Menschen, die ohne sonstiger Unterkunft im öffentlichen Raum (z. B. auf der Straße, unter Brücken, in Parks etc.) leben. Zudem werden Menschen auch als obdachlos bezeichnet, wenn kein fester Wohnsitz vorliegt und Wärmestuben, Notschlafstellen und sonstige niederschwellige Einrichtungen für Aufenthalte und Übernachtungen in Anspruch genommen werden [15].

Wohnungslosigkeit

wohnungslose Menschen wohnen in Einrichtungen mit begrenzter Aufenthaltsdauer

Als wohnungslos werden Menschen beschrieben, die in Einrichtungen mit begrenzter Aufenthaltsdauer leben. Hiermit sind Wohnoptionen gemeint, die keine Dauerwohnmöglichkeiten umfassen, wie etwa Übergangswohnheime, -wohnungen, Asylheime, Herbergen. Weiters gelten auch Personen die (kurz- oder mittelfristig) in Schutzeinrichtungen (z. B. Frauenhäuser) untergebracht sind als wohnungslos. Weiters gelten Menschen als wohnungslos, wenn sie nach einer längeren institutionellen Unterbringung (z. B. Gefängnisse, Krankenhäuser, Heilanstalten, Jugendheimen etc.) entlassen werden und keine ausreichenden (dauerhaften) Wohnvorkehrungen getroffen wurden [15].

Ungesichertes Wohnen

Menschen ohne Hauptwohnsitz bzw. ohne vertraglichem Mietverhältnis, die vorübergehend bei FreundInnen, Bekannten oder Verwandten wohnen, befinden sich in einer ungesicherten Wohnsituation [15].

Menschen wohnen „ungesichert“, wenn sie u. a. ohne Hauptwohnsitz sind

Ungenügendes Wohnen

Menschen, die in Behausungen leben, die für ein konventionelles Wohnen nicht gedacht sind bzw. als ungeeignet klassifiziert wurden, wohnen in ungenügenden Wohnverhältnissen. Hierzu zählen etwa Garagen, Keller, Abbruchhäuser etc. Als ungenügend werden auch Wohnsituationen beschrieben, in denen mehr Menschen wohnen als behördlich für zulässig befunden werden [15].

Menschen ohne adäquater Wohnbedingungen

1.4.3 Nicht-krankenversicherte Personen

Hierunter sind laut dem Bericht des „European Centre for Social Welfare Policy and Research“ vor allem Personen gemeint, die trotz eines umfassend ausgestalteten Krankenversicherungsschutzes (wie etwa in Österreich) in „außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen aus dem Schutzbereich der Versicherung“ fallen. Die Gründe lassen sich hierfür in strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnden Informationen finden. Darüber hinaus sind dieser Gruppe auch Menschen aus anderen (EU-)Ländern und Drittländern zuzurechnen, die nicht erwerbstätig sind, keinen Sozialleistungsansprüche besitzen bzw. keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen [3].

Menschen ohne Krankenversicherung erfahren soziale Ausnahmesituationen

2 Methoden

Die Analyse zu Evaluationsmethoden für die Nutzenbewertung niederschwelliger ambulanter Gesundheitseinrichtungen für vulnerable Personengruppen (mit Fokus auf obdach-, wohnungslose und nicht-krankenversicherte Personen) basiert auf einer systematischen Literatursuche, die von 29. bis 30. November 2018 in den folgenden Datenbanken durchgeführt wurde:

- ✿ Medline via Ovid
- ✿ PsycInfo via Ovid
- ✿ Embase
- ✿ The Cochrane Library
- ✿ CRD (DARE, NHS-EED, HTA)
- ✿ Web of Science
- ✿ TRIP-Database

Als Suchbegriffe wurden sowohl MeSH-Terms wie „Homeless, uninsured (health insurance), at risk populations, primary health care“ als auch Freitext-Schlagwörter, wie u. a. „Community (health) centers/clinics/facilities, outpatient, outreach, evaluat*/assess*/tool*/instrument*/indicator*/test*/questionnaire*/survey*/model* verwendet. Über die systematische Suche konnten insgesamt 2.189 Literaturzitate identifiziert werden, von denen nach Entfernung der Duplikate 1.460 Referenzen für die Durchsicht auf Abstract-Ebene verblieben. Zusätzlich wurde eine umfangreiche Handsuche (Internet-Suche) von den BerichtsautorInnen durchgeführt.

Darüber hinaus wurden österreichische Public Health bzw. Evaluierungs-ExpertInnen folgender Institutionen per E-Mail hinsichtlich Literaturhinweise und Forschungsprojekte zu Evaluationsmethoden angefragt:

- ✿ Public Health School Graz,
- ✿ Gesundheit Österreich GmbH,
- ✿ Vienna Evaluation Network,
- ✿ Donau-Universität Krems, Zentrum Evaluation, Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie.

Weiters wurde im Zuge der Handsuche Kontakt mit der australischen Kooperative „BetterEvaluation“ (<https://www.betterevaluation.org/>) aufgenommen, um Evaluationsmethoden für niederschwellige, ambulante Gesundheitseinrichtung zu erfragen.

Online Recherchen wurden ergänzend auf ausgewählten Webseiten durchgeführt:

- ✿ Webseiten von Fachgesellschaften, die Evaluationshandbücher und -projekte veröffentlicht bzw. -methoden (weiter)entwickelt haben (wie z. B. die „Deutsche Gesellschaft für Evaluation“, die „Canadian Evaluation Society“, die „American Evaluation Society“, „Evaluation Support Scotland“, „Public Health England“ etc.) sowie
- ✿ Webseiten von Institutionen, die laut Bericht der Medizinischen Universität Graz (Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische Primärversorgungs-Einrichtungen 2016, [16]) Indikatoren-datenbanken zur Verfügung stellen (z. B. „Agency for Healthcare Re-

**systematische
Literatursuche in
mehreren Datenbanken**

**mehr als 1.400 Treffer
in der systematischen
Suche – ergänzende
umfangreiche
Hand-/Internet-Suche**

**österr. ExpertInnen zu
Evaluationsmethoden
im Kontext der
beschriebenen
Personengruppen
angefragt**

**e-Mail Kontakt zu
EvaluationsexpertInnen
in Australien**

**umfassende
Internet-Suche nach
Fachorganisationen,
die sich theoretisch
und/oder praktisch
in Form von Projekten
mit Evaluationen und
vulnerablen Personen
beschäftigt haben**

search and Quality (AHRQ)“, „Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)“, „Organisation of Economic Cooperation and Development (OECD)“ etc. – Gesamtliste siehe Bericht [16]).

- ✳ Webseiten von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die mit ihren Angeboten vulnerable Personengruppen (insbesondere wohnungs-, obdachlose Personen und nicht-krankenversicherte Personen) erreichen.

2.1 Einschlusskriterien

Tabelle 2.1-1: Einschlusskriterien (PICO)

Population	Wohnungslose, obdachlose und nicht-krankenversicherte Personen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)
Intervention	Niederschwellige, ambulante Versorgungseinrichtungen mit einem gesundheitsbezogenen Leistungsangebot
Kontrolle	--- (nicht zutreffend)
Outcomes (Endpunkte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Evaluierungsmethoden, -indikatoren, -instrumente ✳ Zielgruppen von Evaluierungen; körperliche/psychosoziale Belastungen
Studiendesign	Einzelstudien, Übersichtsarbeiten, Evaluierungs- und Projektberichte
Publikationszeitraum	2000 bis 2019

2.2 Ausschlusskriterien

Darlegung von Ausschlusskriterien

Grundsätzlich wurden v. a. Literaturangaben ausgeschlossen, die keine ambulanten („outpatient“) Versorgungseinrichtungen umfassten.

2.3 Literatursauswahl

Insgesamt standen 1.467 Quellen (systematische Suche und Handsuche) für die Literatursauswahl zur Verfügung. Die Literatur wurde von zwei Personen (RW, IR) unabhängig voneinander begutachtet. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens oder die Einbindung einer dritten Person gelöst. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 2.3-1 dargestellt:

**Literatursauswahl aus
1.467 Quellen**

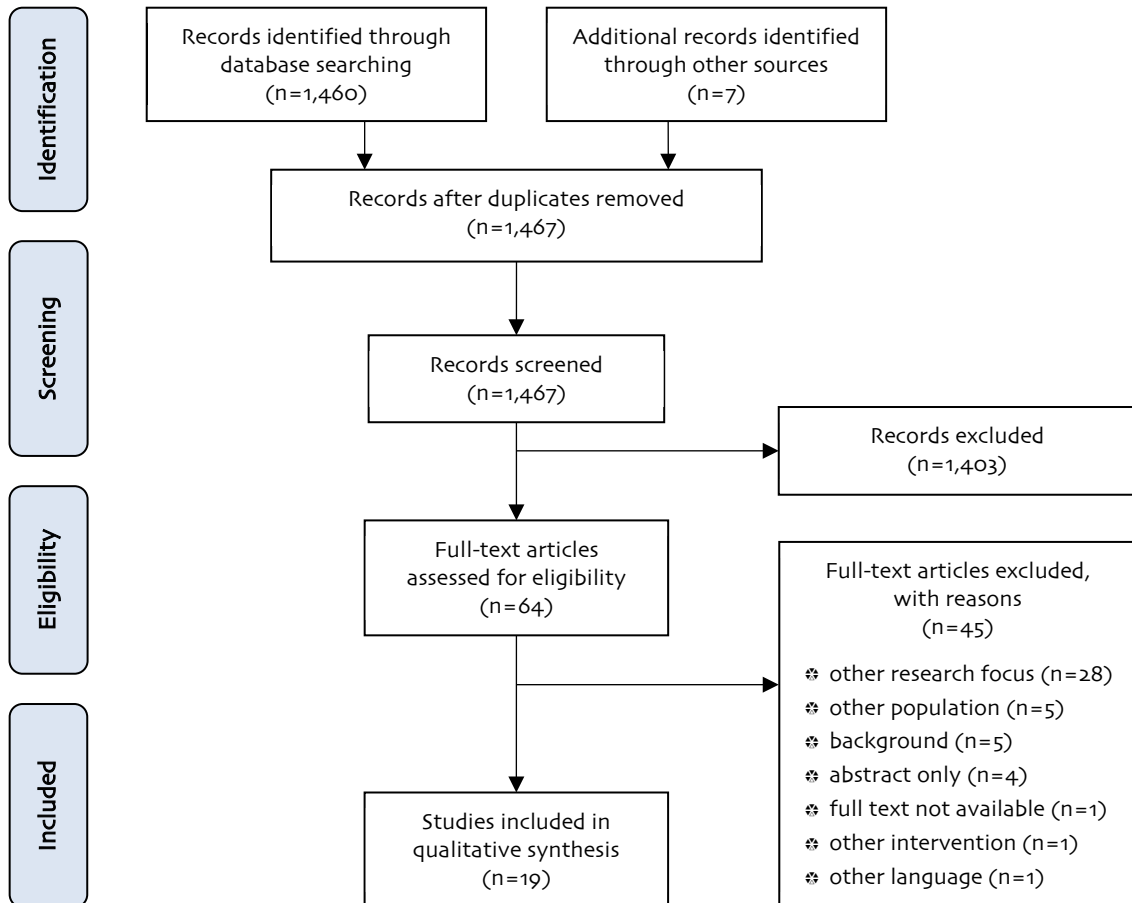


Abbildung 2.3-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)

2.4 Qualitätssicherung

interner und externer Review

Der vorliegende Bericht wurde von einer internen und einer externen Reviewerin (siehe „Projektbeteiligung“ auf Seite 2) begutachtet. Letztere wurde in erster Linie um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht:

Review entlang von definierten Qualitätskriterien

- ✿ „fachliche Korrektheit“ (Stimmen die Informationen?)
- ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (Wird die Methode richtig eingesetzt?)
- ✿ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?)
- ✿ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (Haben die Ergebnisse Relevanz für AnwenderInnen?)
- ✿ „formale Korrektheit“
- ✿ „Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands“.

Review dient der Qualitätssicherung

Das LBI-HTA betrachtet die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen als Methode der Qualitätssicherung von wissenschaftlichen Arbeiten. Die Verantwortung für den Berichtsinhalt liegt beim LBI-HTA.

3 Ergebnisse

Das britische „National Institute for Health Research (NHS)“ bietet auf der Seite <http://nhsevaluationtoolkit.net> zahlreiche allgemeine Hinweise, die bei der Planung und beim Durchführen von Evaluationen im Gesundheitsbereich zu beachten sind. Dabei wird auch auf einen Bericht der „Health Foundation“ mit dem Titel „Evaluation: what to consider [17]“, Bezug genommen. Die Absicht, die damit verfolgt wird, besteht laut den AutorInnen in der Bereitstellung von grundlegenden Überlegungen, die im Kontext Evaluation und Gesundheitsthemen relevant sind. Ein allgemein gültiges Vorgehen könne aufgrund eines potentiell breiten Spektrums an Evaluationsfragen und –absichten aber nicht zur Verfügung gestellt werden.

In diesem Verständnis wird nachstehend eine Übersicht zu möglichen Evaluationsformen, relevanten AkteurInnen und theoretischen Überlegungen gegeben. Im Anschluss daran wird eine Ergebnisanalyse zu den identifizierten Studien und Berichten folgen, die v. a. die definierten Zielgruppen (vulnerable Gruppen, insbesondere wohnungslose, obdachlose und nicht-krankenversicherte Personen) adressieren.

3.1 Evaluationsformen

Im Folgenden werden zunächst zentrale Evaluationsformen vorgestellt, die die Unterschiede von Evaluationen entlang von grundlegenden Charakteristika und intendierten Zielsetzungen skizzieren sollen. Grundsätzlich können Evaluationen aber auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten (etwa vor oder während einer Programm-Probephase bzw. während oder nach einer Programm-Durchführung) erfolgen – wie aus Abbildung 3.1-1 ersichtlich wird.

Bei Evaluationen können hinsichtlich ihrer inhaltlichen Ausrichtung drei verschiedene Herangehensweisen unterschieden werden. Demnach können Evaluationen nach dem Qualitätsmodell von Avedis Donabedian die Qualität von

- ✧ Prozessen,
- ✧ Ergebnissen und
- ✧ Strukturen erfassen [19].

britischer NHS stellt Empfehlungen für die Durchführung von Evaluationen bereit

Übersicht zu Evaluationsformen, zentralen AkteurInnen sowie theoretische Überlegungen

Evaluationen können in unterschiedlichen (Programm)Stadien durchgeführt werden

Qualitätsmodell nach A. Donabedian: Bewertung von Prozessen, Ergebnissen und Strukturen

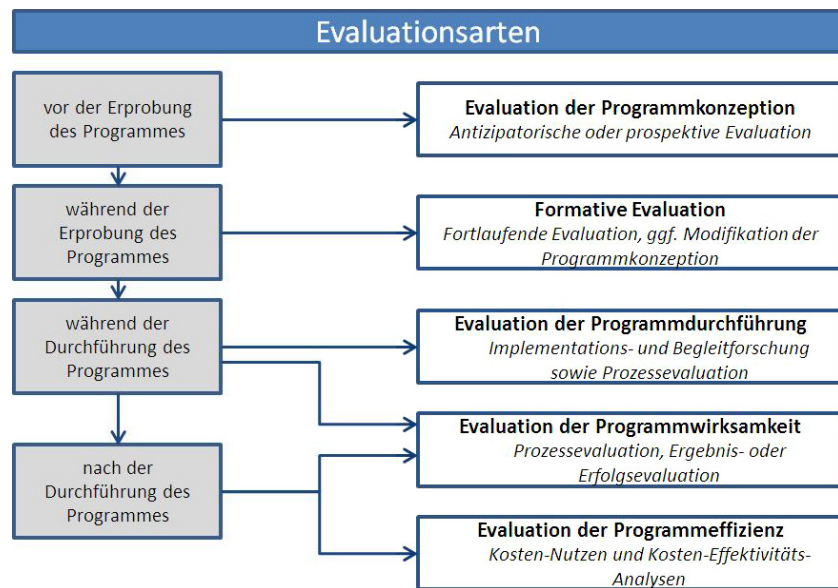


Abbildung 3.1-1: Zeitlicher Rahmen eines Evaluationskonzeptes (Beispiel) (Quelle: [18])

3.1.1 Formative Evaluation (Prozessqualität)

eine formative Evaluation verfolgt das Ziel, bei Bedarf zeitnahe in Prozesse einzugreifen

Die formative Evaluation verfolgt das Ziel, einen Evaluationsgegenstand (z. B. ein Programm zur Gesundheitsförderung) zu verbessern bzw. zu steuern. Hierbei geht es primär um die Bewertung eines bestimmten (Implementations-) Prozesses und nicht um die Wirkung einer bestimmten Intervention [13]. Eine formative Evaluation soll prozessbegleitend Informationen liefern, um zeitgerecht Änderungen in Gang setzen, Programme adaptieren und optimieren zu können [20]. Formative Evaluationen richten sich vorrangig an Programmverantwortliche und werden oft zyklisch durchgeführt.

3.1.2 Summative Evaluation (Ergebnisqualität)

eine summative Evaluation erfolgt nach der Durchführung eines Programmes, einer Intervention etc.

kritische Bewertung von kontrollierten Designs bei Evaluationen zu vulnerablen Gruppen

Die summative oder ergebnisorientierte Evaluation ist eine bilanzierende Evaluation, d. h. sie soll eine Entscheidungsfindung unterstützen, wie etwa die Fortführung, die Ausweitung oder die Einstellung eines Evaluationsgegenstandes. Hierzu wird eine retrospektive Gesamtbewertung vorgenommen [13]. Wirkungen bzw. Wirkungszusammenhänge stehen im Mittelpunkt der Bewertung. Für die Durchführung sind je nach Evaluationsfokus bestimmte Studiendesigns erforderlich – Aussagen über kausale Wirkungszusammenhänge erfordern etwa vergleichende Designs (mit entsprechenden Kontrollgruppen, um Unterschiede/Vergleiche sichtbar zu machen) [20]. Bei Evaluationen, die sich mit vulnerablen Personengruppen bzw. mit komplexen Public Health Interventionen beschäftigen, werden in der Literatur im Hinblick auf kontrollierte Evaluationsdesigns durchaus unterschiedliche/kritische Positionen vertreten. Siehe hierzu etwa die Ausführungen des „Fonds Gesundes Österreich“ [21].

3.1.3 Evaluation der Strukturqualität

Evaluationen zur Strukturqualität beschäftigen sich u. a. mit demografischen, finanziellen, personellen und materiellen Aspekten der zu evaluierenden Institutionen. Dabei geht es etwa um Bewertungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von ausreichend geschultem Personal (z. B. intern verfügbare Expertise von MitarbeiterInnen), Möglichkeiten zu Team-Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen etc. [19].

Bewertungen von Strukturen umfassen etwa die finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen einer Einrichtung

3.1.4 Fremd- und Selbstevaluation

Bei Fremdevaluationen sind die Evaluierenden nicht an der Entwicklung, Umsetzung oder dem Management des Evaluationsgegenstands beteiligt. Fremdevaluationen werden auch als externe Evaluationen bezeichnet. Hierbei kommen externe EvaluatorenInnen zum Einsatz, die für die Planung und Durchführung der Evaluation verantwortlich sind. Damit soll eine Interessen-geleitete oder organisatorische Befangenheit möglichst vermieden und ein unvoreingenommener Blick auf den Evaluationsgegenstand ermöglicht werden.

Fremdevaluation – ohne Einbindung von primären Zielgruppen, dadurch soll Unabhängigkeit garantiert werden

Selbstevaluationen sind Evaluationen, bei der Personen, die einen Gegenstand entwickeln und/oder umsetzen, diesen selbstverantwortlich und eigenständig evaluieren. Die Rollen des/der Evaluierenden, Programmverantwortlichen und teils auch AuftraggeberInnen fallen hier zusammen („in-house-evaluation“). Bei einer Selbstevaluation (z. B. eine Organisation, eine Berufsgruppe etc. evaluiert sich selbst) besteht ein höheres Risiko für verzerrte Ergebnisse (Bias) als bei Fremdevaluationen.

Selbstevaluation – Verantwortung wird von primären Zielgruppen selbst durchgeführt – hohes Biasrisiko

Im Hinblick auf Evaluationen, die auf vulnerable Personengruppen fokussieren, sind partizipative Vorgehensweisen und Ansätze – d. h. Evaluationen, die als „Koproduktion“ zwischen Evaluationsteams und vulnerablen Gruppen stattfinden – besonders bedeutsam. Damit soll weitgehend sichergestellt werden, dass (auch im Falle von Fremdevaluationen) die Lebensrealitäten dieser Personen nicht außer Acht gelassen werden – sondern im Evaluationsdesign abgebildet sind.

Empfehlung für partizipative Evaluationsdesigns – v. a. bei Fokus auf vulnerable Personengruppen

3.2 Zielebenen von Evaluationen – „Evaluationspopulationen“

Evaluationen können mehrere Populationen, AkteurInnen bzw. Policy-Ebenen miteinbeziehen bzw. betreffen. Entsprechend den Zielsetzungen einer Evaluation müssen die Fragestellungen den jeweiligen Evaluationsebenen bzw. den -populationen angepasst werden.

Fragestellungen müssen Ebenen einer Evaluation bzw. den Zielgruppen angepasst werden

Bei der Evaluation des Projekts „Primary Health Care – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf“ wurden etwa drei unterschiedliche Zielebenen berücksichtigt: Die PatientInnenebene, die AnbieterInnen- und MitarbeiterInnenebene und die Systemsteuerungsebene.¹ Während die beiden ersteren Ebenen auf die entsprechenden Personen (also PatientInnen und Leistungs-

Zielebenen von Evaluationen können sowohl Personen als auch die strukturelle Ebene umfassen

¹ Die Evaluation berücksichtigte zudem eine weitere, vierte Zielebene, die jedoch an dieser Stelle nicht näher ausgeführt wird, da es sich hierbei um eine sehr spezifische Ebene handelt, die keine allgemein gültigen Informationen zum Thema „Zielebenen“ liefert – nähere Infos können allerdings im GÖG-Bericht nachgelesen werden [20].

<p>wohnungs-, obdachlose und nicht- krankenversicherte Personen zählen zu den „hardly to reach populations“</p>	<p>erbringerInnen des Gesundheitszentrums) abzielten, sollten mit der Berücksichtigung der Systemsteuerungsebene, Veränderungen auf einer strukturellen Ebene identifiziert und bewertet werden [20].</p>
<p>spezielle Sampling-Methoden für spezifische Zielgruppen beachten</p>	<p>Neben der Identifikation der Evaluationspopulationen per se stellt sich auch die Frage nach der Erreichbarkeit von entsprechenden Personen(gruppen). Diese Frage ist bei wohnungs-, obdachlosen und nicht-krankenversicherten Personen besonders virulent. Aufgrund struktureller Benachteiligungen und der bereits erwähnten Stigmatisierungs- und Marginalisierungserfahrungen wird in diesem Zusammenhang in der der Literatur wiederholt die Bezeichnung „hardly ro reach populations“ verwendet. Mit diesem Begriff soll auch die Verantwortung verdeutlicht werden, die EvaluatorInnen bei der Kontaktaufnahme mit vulnerablen Personen bzw. auch bei der Durchführung von Evaluationen tragen [22]. Damit eröffnet sich ein zentrales (Evaluations)Thema, das sich wiederholt in der Evaluationsliteratur fand und das sich mit Herangehensweisen bzw. Strategien zur Erreichung und Einbindung von Zielgruppen (Sampling Strategien bzgl. vulnerablen Personengruppen) beschäftigt.</p>
<p>„klassischer“ Methodenzugang bzw. Instrumenteneinsatz nicht zielführend</p>	<p>Sampling Strategien</p> <p>In diesem Kapitel sollen exemplarisch Strategien vorgestellt werden, die sich vor allem für Zielgruppen bewährt haben, die sich aufgrund ihrer sozialen Situation mit herkömmlichen Erhebungs- bzw. Evaluationsmethoden bzw. -instrumenten (wie z. B. Befragung, Fokusgruppeninterviews etc.) nicht bzw. nur schwer zu einer Teilnahme an einer Evaluation bewegen lassen.</p>
<p>stattdessen oftmals „direkter Zugang“ zu Zielgruppen suchen</p>	<p>Systematische Stichprobenziehung und Datenerhebung waren bei „versteckten Populationen („hidden populations““ für SozialwissenschaftlerInnen schon immer eine große Herausforderung. Marginalisierte Gruppen wie wohnungs- und obdachlose Personen, suchtkranke Personen, SexarbeiterInnen oder MigrantInnen ohne gesetzlichen Aufenthaltstitel sind mit den üblichen Methoden der Datenerhebung kaum erreichbar. Aus diesem Grund gehen diese marginalisierten Personengruppen in den Standard-Evaluationen per Definition verloren bzw. sind bestenfalls stark unterrepräsentiert [23].</p>
<p>aufsuchende Strategien, um „hidden populations“ zu erreichen</p>	<p>Bei vulnerablen Gruppen finden sich in der Literatur wiederholt Methoden des „Schnellball-Samplings“ (Erreichen von Personen bzw. Zielgruppen über bereits bestehende Kontakte), Kontakt zu SchlüsselakteurInnen und gezielte Stichprobenziehungen [24, 25].</p> <p>Eine weitere Strategie bietet sich mit der Anwendung von ortsbezogenen Stichproben („venue-based sampling“). Hierbei werden potentielle Zielgruppen direkt („vor Ort“) kontaktiert und eingeladen an einer Evaluation teilzunehmen. Diese Strategie hatte sich vor allem in früheren gesundheitsbezogenen Evaluationen bewährt, in denen risikoreiches Verhalten von Personen mit bestimmten (öffentlichen) Orten in Verbindung gebracht wurde [22]. Allerdings hat sich diese Strategie auch bei anderen „hidden populations“ bewährt, wie z. B. bei Personen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen, Kleinkindern und hochbetagten Personen, transidenten Personen etc. [26]. Vor dem Hintergrund eines solchen „aufsuchenden Modells“ kann sich auch die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme mit wohnungs- und obdachlosen Personen ergeben [22].</p>

Darüber hinaus empfiehlt sich im Zuge der Auswahl von Zielgruppen vorab die Auseinandersetzung mit organisatorischen Überlegungen und potentiellen Problemen, die zwischen EvaluatorInnen und spezifischen Personengruppen auftreten können. Hierzu zählen etwa,

- ✧ die Wahl eines geeigneten (sicheren) Ortes und einer passenden Zeit für eine Evaluation;
- ✧ Überlegungen zum Umgang mit Ablehnung bzw. Verweigerung (etwa eine Frage zu beantworten) bzw. mit dem Abbruch der Teilnahme;
- ✧ Bereitstellung von persönlichen Kontaktinformationen (des Evaluators/der Evaluatorin), um einen weiteren Kontakt (etwa für ein Follow-up Interview) zu ermöglichen [23].

vorab mit potentiellen Schwierigkeiten auseinandersetzen, die auftreten können

3.3 Evaluationsleitfäden und -standards – „good practice“ Beispiele

Die beiden nachfolgenden „good practice“ Beispiele wurden ausgewählt, da es sich zum einen um allgemeine Referenzen der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation“ handelt (auf die u. a. auch in einem Evaluierungsbericht für das österreichische „Frühe Hilfen Netzwerk“ [27] referenziert wurde). Zum anderen wird ein allgemeiner Evaluationsleitfaden der schottischen Agentur „Evaluation Support Scotland“ vorgestellt, der explizit auf die Gruppe wohnungsloser Personen Bezug nimmt [28].

2 „good practice“ Beispiele als Handlungsanleitungen für Evaluationen

Als drittes Dokument wird der „Master-Evaluationskatalog für österreichische PHC-Einrichtungen“ [16], der von der Medizinischen Universität Graz erstellt wurde, kurz beschrieben. Ziel dieses Projekts war die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, welche zur übergeordneten Evaluation der in Österreich geplanten PHC-Einrichtungen verwendet werden können.

3.3.1 Standards der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation“

Die „Deutsche Gesellschaft für Evaluation“ (<https://www.degeval.org/home/>) hat 2012 ihre Standards für Evaluationen (aus 2002) einer Revision unterzogen und neu veröffentlicht. Diese Evaluationsstandards richten sich an zentrale AkteurInnen einer Evaluation (Evaluierende, AuftraggeberInnen einer Evaluation und sonstige Beteiligte). Mit dieser Orientierungshilfe soll die

Evaluationsstandards als Orientierungshilfe bei der Planung und Durchführung von Bewertungsprozessen

- ✧ Qualität von Evaluationen beurteilt werden können,
- ✧ eine inhaltliche Richtschnur für Aus- und Weiterbildungen zur Verfügung gestellt sowie
- ✧ die Professionalisierung von Evaluationen erhöht werden.

Demnach sollen Evaluationen vier Kerneigenschaften (Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit) aufweisen, die in 25 Einzelstandards unterteilt sind. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Zielsetzungen der Kerneigenschaften dargestellt. Im Anschluss daran findet sich die Tabelle 3.3-1, die einen detaillierteren Überblick zu Einzelstandards liefert. Eine genaue Operationalisierung dieser Einzelstandards wird an dieser Stelle nicht durchgeführt – nähere Beschreibungen finden sich hierzu allerdings in der Dokumentation der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation“ (siehe [13]).

4 Kerneigenschaften von Evaluationen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness, Genauigkeit

Klärung des Evaluationszweckes und auf Informationsbedarf von Zielgruppen achten	Nützlichkeit Mit der Beachtung der Nützlichkeitsstandards soll sichergestellt werden, dass sich die Bewertung an den (vorab) abgestimmten und geklärten Evaluationszwecken orientiert und etwaiger Informationsbedarf der Zielgruppen entsprechend berücksichtigt wird.
strukturierte Planung und Umsetzung – Kostenbewusstsein erforderlich	Durchführbarkeit Mit den Durchführbarkeitsstandards soll sichergestellt werden, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.
respektvollen Umgang pflegen	Fairness Die Fairnessstandards sollen einen respektvollen und fairen Umgang mit allen beteiligten Personen und Zielgruppen einer Evaluation garantieren.
wissenschaftliche Gütekriterien einhalten	Genauigkeit Mit der Beachtung der Genauigkeitsstandards soll sichergestellt werden, dass mit den Evaluationsfragestellungen gültige und nachvollziehbare Informationen und Ergebnisse hervorgebracht und vermittelt werden. Hierbei spielen wissenschaftliche Gütekriterien eine besondere Rolle.

Tabelle 3.3-1: Kerneigenschaften und Einzelstandards von Evaluationen

Nützlichkeit	Durchführbarkeit	Fairness	Genauigkeit
✳ Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen	✳ Angemessene Verfahren	✳ Formale Vereinbarungen	✳ Beschreibung des Evaluationsgegenstandes
✳ Klärung der Evaluationszwecke	✳ Diplomatisches Vorgehen	✳ Schutz individueller Rechte	✳ Kontextanalyse
✳ Kompetenz und Glaubwürdigkeit der EvaluatorInnen	✳ Effizienz von Evaluation	✳ Umfassende und faire Prüfung	✳ Beschreibung von Zwecken und Vorgehen
✳ Auswahl und Umfang der Informationen		✳ Unparteiische Durchführung und Berichterstattung	✳ Angabe von Informationsquellen
✳ Transparenz von Werthaltungen		✳ Offenlegung von Ergebnissen und Berichten	✳ Valide und reliable Informationen
✳ Vollständigkeit und Klarheit der Berichterstattung			✳ Systematische Fehlerprüfung
✳ Rechtzeitigkeit der Evaluation			✳ Angemessene Analyse qualitativer und quantitativer Informationen
✳ Nutzung und Nutzen der Evaluation			✳ Begründete Bewertungen und Schlussfolgerungen
			✳ Meta-Evaluation

Quelle: [13]

3.3.2 Evaluationsempfehlungen von „Evaluation Support Scotland“

schottische
Beratungsagentur
für Evaluationen
im NGO-bzw.
„third sector“-Bereich

Leitfaden für
Organisationen zur
Anwendung und
Bewertung relevanter
Outcomes

„Evaluation Support Scotland“ (<http://www.evaluationsupportscotland.org.uk/>) ist eine Evaluationsagentur, die u. a. von der schottischen Regierung finanziert wird und die vorrangig NGOs und „third sector“ Organisationen (z. B. Wohltätigkeitseinrichtungen) im Zusammenhang mit Evaluationen berät. Das übergeordnete Ziel von „Evaluation Support Scotland“ besteht in der Gestaltung von nützlichen, relevanten und ökonomisch verhältnismäßigen Bewertungen. Im Rahmen von unterschiedlichen thematischen Evaluationsbereichen (wie etwa zu Kunst/Kultur, Sport, Kinder und Jugendliche, Umweltthemen etc.) widmet sich ein Schwerpunkt auch dem Thema „Wohnungslosigkeit“. In diesem Zusammenhang wurde ein Leitfaden für Wohnungslosen-Institutionen erstellt, der eine Hilfestellung bei der Festlegung, Integration und Bewertung von relevanten Outcomes geben soll und der nachfolgend vorgestellt wird.

Die vorgeschlagene Vorgehensweise wird hierbei in Form eines „Evaluation Pathway“ beschrieben, der aus vier Stufen besteht [29] (siehe Abbildung 3.3-1).



Abbildung 3.3-1:
„Evaluation Pathway“ von
„Evaluation Support Scotland“ (Quelle: [29])

4 Stufen im
„Evaluation Pathway“

Die vier Stufen umfassen folgende aufeinander aufbauende Inhalte:

- ✿ **Festlegung von Outcomes/Indikatoren** („setting outcomes and indicators“);
- ✿ **Erhebung der Evidenz** („collecting evidence“);
- ✿ **Ergebnisanalyse** („analysing & reporting“) und
- ✿ **Handlungsempfehlungen** („acting on your learning“).

unterschiedliche
Outcome-Ebenen,
die unterschiedliche
Personen bzw.
Organisationsebenen
berücksichtigen können

Der Schwerpunkt in den nachfolgenden Ausführungen wird auf Outcomes/Indikatoren liegen. Outcomes, die für eine Wohnungslosen-Einrichtung in Betracht gezogen werden können, können prinzipiell auf unterschiedlichen Ebenen auftauchen, wie z. B. auf der

- ✿ individuellen Ebene (etwa auf der PatientInnenebene),
- ✿ Familienebene,
- ✿ Gemeinschaftsebene (z. B. Stadtteil, Nachbarschaftszentrum etc.),
- ✿ Organisationsebene und auf der
- ✿ Policy-Ebene.

Leitfaden-Fokus:
Outcomes auf
individueller Ebene

Der „Evaluation Support Scotland“ Leitfaden für Wohnungslosen-Einrichtungen widmet sich ausschließlich der individuellen, d. h. personenbezogenen Ebene.

Outcomes spielen in Evaluationen eine zentrale Rolle, die Veränderungen, Verbesserungen, Verschlechterungen (z. B. hinsichtlich eines bestimmten gesundheitlichen Verhaltens) aufweisen können. Für eine nähere Bestimmung werden Indikatoren benötigt mit deren Hilfe erhoben werden kann, inwieweit etwa ein Outcome-Ergebnis erreicht wurde [30].

Grundsätzlich umfasst der „Evaluation Support Scotland“ Leitfaden ein breites Spektrum an relevanten – insgesamt sieben – „Outcome areas“. Der Bereich „Gesundheit“ repräsentiert dabei einen zentralen Bereich, der eng mit anderen verknüpft ist. Gesundheit wird im Leitfaden als „körperliche und psychische Gesundheit“ beschrieben. Mögliche Indikatoren, die im Zusammenhang mit wohnungslosen Personen bedeutsam sein können, sind hierbei etwa

- ✿ ein Rückgang an Angststörungen,
- ✿ ein verbesserter körperlicher Allgemeinzustand und
- ✿ eine verbesserte Compliance etwa hinsichtlich einer Medikamenteneinnahme oder Inanspruchnahme von sonstigen Gesundheitsleistungen.

Die nachfolgende Tabelle 3.3-2 stellt eine Übersicht zu den sieben „Outcome areas“ für Wohnungslosen-Einrichtungen zur Verfügung und gibt Beispiele für Indikatoren.

Outcomes weisen ein Ergebnis aus – Indikatoren dienen der näheren (Ergebnis)Bestimmung

Gesundheit als ein zentraler Outcome-Bereich ...

... relevante Indikatoren, etwa zu verminderter psychischer Belastung, verbesserter körperlicher Befindlichkeit etc.

Leitfaden umfasst insgesamt 7 „Outcome areas“

Tabelle 3.3-2: Übersicht zu Themenfeldern („outcome areas“) und Indikatoren

Outcome area	Indicators
Circumstances	✿ Client housed
Physical or psychological health	✿ Reduction in anxiety ✿ Improved physical fitness ✿ More responsible use of medication or health services
Behaviour	✿ Reduced risk taking around drugs, eg, moving from street to prescribed drugs ✿ Reduction in offending behaviour
Attitude	✿ More motivation to plan a better future ✿ Increased awareness of the effects of drugs and alcohol
Self-perception	✿ Increased self-confidence ✿ Increased self-esteem
Knowledge or skills	✿ Increased knowledge of housing rights ✿ Improved job search skills ✿ Increased ability to budget
Relationships	✿ Homeless teenager returns home ✿ Less conflict at home

„Outcomes Star“ – Beispiel für ein Evaluationstool

Darüber hinaus beschreibt der schottische Evaluations-Leitfaden auch ein Tool zur Bewertung von Indikatoren, das auf eine visuelle (sternförmige) Bewertung von Outcomes setzt. Der „Outcomes Star“ (Homelessness Star™) beruht auf dem „Participatory Assessment and Measurement (PAM)“ Ansatz, der Evaluation als eine verschränkte Zusammenarbeit zwischen (wohnungsloser/m) KlientIn bzw. PatientIn und professioneller Begleitung versteht. Ziel dieses Ansatzes ist die Selbstermächtigung von vulnerablen Personen, die Kooperation mit Unterstützungssystemen und in Folge die Integration in bestehende Versorgungsstrukturen. Der Homelessness Star™ dient hierbei der

Evaluationstool setzt auf visuelle Darstellung zur Einschätzung des (gesundheitlichen) Status quo und zur Illustration von Veränderungen im Längsschnitt

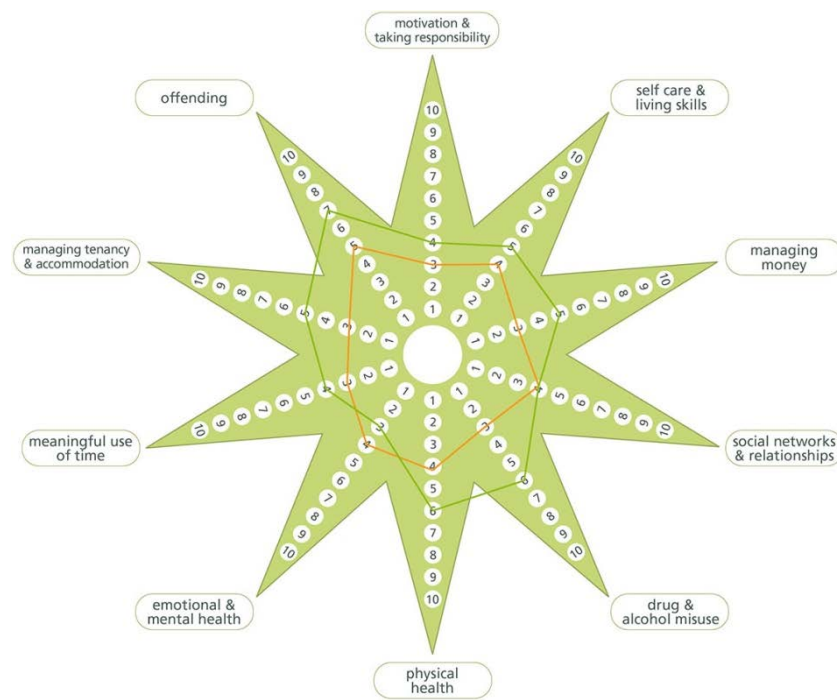
**Evaluations-Tool
berücksichtigt
10 Themenbereiche,
wie etwa Selbstfürsorge,
Sozialkapital,
Substanzkonsum,
körperliche und
mentale Gesundheit,
Freizeitverhalten etc.**

(KlientInnen- bzw. PatientInnen-bezogenen) individuellen Standortbestimmung und umfasst insgesamt 10 Themen- bzw. Lebensbereiche:

- ✿ „Motivation and taking responsibility,
- ✿ Self-care and living skills,
- ✿ Managing money and personal administration,
- ✿ Social networks and relationships,
- ✿ Drug and alcohol misuse,
- ✿ Physical health,
- ✿ Emotional and mental health,
- ✿ Meaningful use of time,
- ✿ Managing tenancy and accommodation,
- ✿ Offending“.

**Einschätzung auf einer
sternförmigen Matrix**

Die nachstehende Abbildung 3.3-2 verdeutlicht die Themen-/Lebensbereiche und gibt ein Beispiel für mögliche Einschätzungen (durch KlientInnen/PatientInnen und professioneller Begleitung, wie z. B. Sozialarbeit).



Homelessness Star™ © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd
Authors: Sara Burns and Joy MacKeith
www.outcomesstar.org.uk

Abbildung 3.3-2: Homelessness Star™ – visuelle Darstellung (Beispiel) (Quelle: [31])

**theoretischer
Hintergrund ist
„The Journey of Change“
– schrittweise
Einschätzung auf einer
Skala von 1 bis 10**

Die inhaltliche Ausrichtung des Evaluationstools orientiert sich an einem Modell, das sich „The Journey of Change“ nennt. Der theoretische Hintergrund ergibt sich durch die Annahme, dass nachhaltige Veränderung schrittweise erfolgt, die von unterschiedliche Stadien eingeleitet wird. Für die Einschätzung bzw. Bewertung dieser Veränderungen unterscheidet das Evaluationsstool zwischen fünf Schritten, die sich auf einer Skala von 1 bis 10 aufteilen.

Am Themen-/Lebensbereich „physical health“ wird die Skala nachstehend beschrieben (eine ausführliche Beschreibung findet sich hierzu in [31]).

Das primäre Ziel besteht darin, dem/der PatientIn eine Einschätzung hinsichtlich der eigenen körperlichen Gesundheit zu geben. Insgesamt soll mit dem Homelessness Star™ jedoch ein Gesamteindruck über alle 10 Themen-/Lebensbereiche hinweg vermittelt werden.

PatientIn soll dadurch Einschätzung/eine Standortbestimmung ermöglicht werden ...

Beispielbereich „Körperliche Gesundheit“

In der Problemlage feststecken – Stuck (Skala 1-2)

- ❖ Meine körperliche Gesundheit ist einem schlechten Zustand – ich möchte aber darüber nicht sprechen (Skala 1).
- ❖ Meine körperliche Gesundheit ist in einem schlechten Zustand – fallweise wird eine Behandlung/Beratung in Anspruch genommen (Skala 2).

zu Beginn
... das „Erkennen“ der eigenen gesundheitlichen Situation/Problemlage
...

Hilfe annehmen – Accepting help (Skala 3-4)

- ❖ Ich brauche professionelle Hilfe für meine körperlichen Beschwerden (Skala 3).
- ❖ Ich folge den Behandlungspfaden/-empfehlungen (Skala 4).

... die Bereitschaft entwickeln, Probleme benennen und Hilfe annehmen zu können ...

An Veränderung glauben – Believing (Skala 5-6)

- ❖ Ich bin für mein körperliches (Wohl)Befinden (mit)verantwortlich (Skala 5).
- ❖ Ich zeige Eigeninitiative, um mein körperliches (Wohl)Befinden zu beeinflussen (Skala 6).

... den eigenen Beitrag/die Eigenverantwortung für das Wohlbefinden zu erkennen ...

Lerneffekte erzielen – Learning (Skala 7-8)

- ❖ Ich weiß Bescheid über mein eigenes Gesundheitsverhalten und treffe entsprechende (gesundheitsförderliche) Entscheidungen (Skala 7).
- ❖ Ich folge einem gesundheitsförderlichen Lebensstil und nehme für einen kontinuierlichen Verlauf professionelle Unterstützung in Anspruch (Skala 8).

... das eigene Gesundheitsverhalten einschätzen lernen und daraus Konsequenzen ableiten können ...

Eigenständigkeit erleben – Self-reliance (Skala 9-10)

- ❖ Ich kann zu einem überwiegenden Teil eigenständig einen gesundheitsförderlichen Lebensstil verfolgen – fallweise nehme ich Unterstützung in Anspruch, um förderliche Gesundheitsgewohnheiten beizubehalten (Skala 9).
- ❖ Ich folge einem autonomen und gesundheitsförderlichen Lebensstil – ich verfüge über ausreichend Gesundheitskompetenzen (Skala 10) [31].

... das Erfahrene beibehalten und anwenden können – bei Bedarf auf entsprechende Hilfsangebote zurückgreifen können

„Evaluation Support Scotland“ weist zudem explizit auf die Bedeutung struktureller Faktoren (Verhältnisse bzw. Policies, die etwa die öffentliche Grundversorgung regeln) hin, die bei einer Evaluation nicht außer gelassen werden dürfen. Dies ist vor allem aus einer Public Health Perspektive von besonderer Relevanz. Mit dem Leitfaden soll der Fokus jedoch bewusst auf Aspekte gelenkt werden, die von den Zielgruppen selbst am ehesten beeinflusst bzw. verändert werden können.

strukturelle Bedingungen bei Evaluationen nicht vernachlässigen – Public Health Sicht einnehmen hinsichtlich der gesundheitlichen Verhältnisse

3.3.3 Master-Evaluationskatalog für österreichische PHC-Einrichtungen

Bericht Med-Uni Graz mit Qualitätsindikatoren für Bewertung von Primary Health Care Einrichtungen in Österreich

Im Jahr 2015 erstellte das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz im Rahmen der Kooperationsvereinbarung mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger einen Bericht mit dem Titel „Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen“. Der Bericht beschreibt die Entwicklung und Auswahl von Qualitätsindikatoren zur übergeordneten Evaluierung der in Österreich geplanten PHC-Einrichtungen, welche den Anforderungen des Konzepts der Bundes-Zielsteuerungskommission zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich entsprechen [16].

Identifikation von international etablierten Indikatoren -> Bewertung bzgl. Relevanz und Umsetzungspotential durch 12 ExpertInnen -> Erstellung eines Masters-Evaluationskatalogs mit 30 Indikatoren

Das methodische Vorgehen kombiniert wissenschaftliche Evidenz und eine strukturierte Bewertung durch ein ExpertInnenpanel. Durch eine Recherche nach international bereits etablierten Qualitätsindikatoren für PHC in verschiedenen Datenbanken wurden 281 potenziell relevante Indikatoren identifiziert, welche nach Sichtung und Gegenüberstellung auf 65 Indikatoren zusammengefasst werden konnten. Diese wurden anschließend in einem zweistufigen Verfahren von einem Gremium aus 12 ExpertInnen hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität bewertet. Letztendlich wurden 30 Qualitätsindikatoren, welche von den ExpertInnen als relevant und praktikabel bewertet wurden, in den Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen in Österreich aufgenommen. Diese können den übergeordneten Kriterien Zugang, Qualität der Versorgung, Kontinuität der Versorgung, Koordination der Versorgung und Sicherheit zugeordnet werden [16].

Indikatoren umfassen Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität für PHC-Einrichtungen, aber auch für sonstige niederschwellige, ambulante Angebote

Die Indikatoren beziehen sich auf unterschiedliche Qualitätsaspekte (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität). Diese beziehen sich auf PHC-Einrichtungen, könnten jedoch zum Teil auch für spezifische Gesundheitseinrichtungen wie Gesundheitszentrum *neunerhaus* mit Fokus auf obdachlose, wohnungslose und nicht-krankenversicherte Personen relevant sein [16].

Nachstehend wird auszugsweise je PHC-Kriterium ein Indikator als Beispiel genannt. Die vollständige Liste mit allen Indikatoren findet sich im Anhang (Tabelle A-1).

Tabelle 3.3-3: Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen (Auszug aus Indikatorenliste)

Ausgewählte Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen		
Indikator	Beschreibung	Qualitätsaspekt
PHC Kriterium: Zugang		
Behandlungszugang	Der Indikator beschreibt den Anteil der PatientInnen, für die es nach eigenen Angaben einfach war, die Behandlung im Rahmen der Primärversorgung zu bekommen.	Strukturqualität
PHC Kriterium: Qualität der Versorgung		
Informationen zur Behandlung aus PatientInnensicht	Der Indikator beschreibt den Anteil der PatientInnen einer Versorgungseinrichtung, die angeben, dass sie von ihrer Versorgungseinrichtung eine ausreichende Aufklärung zu Erkrankung, Behandlung und zu Kontrollterminen erhalten haben.	Ergebnisqualität
PHC Kriterium: Kontinuität der Versorgung		
Abgleich Medikation – PatientInnenakte	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der PatientInnen einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, deren Medikamentenliste mit der tatsächlich laut PatientInnenakte/Therapieplan verschriebenen Medikation abgeglichen wurde.	Prozessqualität

Ausgewählte Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen		
Indikator	Beschreibung	Qualitätsaspekt
<i>PHC-Kriterium: Koordination der Versorgung</i>		
Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams	Der Indikator gibt den Anteil der PatientInnen an, bei denen alle Informationen betreffend Diagnose oder Änderung der Behandlung rasch und einfach für alle an der Behandlung beteiligten Personen zugänglich sind.	Prozessqualität
<i>PHC-Kriterium: Sicherheit</i>		
Medikamentenallergien	Der Indikator gibt an, ob es in der PHC-Versorgungseinrichtung ein Standardverfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen gibt.	Prozessqualität

Quelle: [16]

3.4 Wirkungsmodelle

In der Evaluationsforschung werden Wirkungsmodelle bereits seit den 1950er Jahren eingesetzt. Ein Wirkungsmodell ist eine Veranschaulichung der Ablauf- oder Wirkungslogik z. B. eines Programmes oder eines Projektes. Die Darstellung der Programmtheorie in einem Wirkungsmodell bietet eine Strukturierungshilfe bei der Bestimmung von Evaluationsfragen, -vergleichen und -methoden. Es gibt unterschiedliche Zugänge zur Entwicklung eines Wirkungsmodells; drei davon (Logic Model, Theory of Change, realistischer Evaluationsansatz) sollen nachfolgend kurz beschrieben werden [32].

Wirkungsmodelle können in unterschiedlichen Bereichen und in allen Phasen des Politikzyklus („Policy Cycle“, bestehend aus Problemdefinition, Politikformulierung, Politikumsetzung, Politikwirkungen) verwendet werden, z. B. beim Monitoring, bei der Strategieentwicklung, bei der Kommunikation, beim Controlling/der Fortschrittmessung, sowie bei der Evaluation [33].

Logic Models bestehen aus fünf Elementen und veranschaulichen, mit welchen Mitteln (Input) über welchen Weg (Maßnahmen) mittels welcher Leistungen (Output) welche Wirkungen bei der Zielgruppe (Outcome) erzielt und wie dadurch gesellschaftliche Probleme gelöst werden sollen (Impact). Beim Logic Model werden Wirkungszusammenhänge im Sinne einer Konzentration auf die wesentlichen Effekte vereinfacht, wodurch ein guter Überblick über bereits bestehende Programme und deren grundlegender Komponenten geboten werden kann [32].

Logic Models haben sich in der Praxis der Programmplanung und der Evaluation weit verbreitet, werden aber auch für ihren linearen Ansatz kritisiert. Für komplexe Interventionen (z. B. auf mehreren Ebenen, alternative Wirkungsketten, Rückkoppelungseffekte) können daher auch Wirkungsmodelle eingesetzt werden, die sich an der *Theory of Change* orientieren. Ausgehend von den Wirkungszielen eines Programmes zeigt diese auf, welche Abfolge von Bedingungen/Voraussetzungen geschaffen werden muss, damit diese Ziele erreicht werden können bzw. damit ein gesellschaftliches Problem gelöst werden kann. Zur Schaffung dieser Voraussetzungen werden Aktivitäten definiert. Die Kausalhypothese steht bei diesem Modell im Mittelpunkt [32].

Wirkungsmodell = Veranschaulichung der Ablauf- oder Wirkungslogik eines Programmes/Projektes

unterschiedliche Zugänge

Wirkungsmodelle können in allen Phasen eines „Policy Cycle“ verwendet werden, z. B. in der Evaluation

Logic Models bestehen aus 5 Elementen (Input, Maßnahmen, Output, Outcome, Impact), linearer Ansatz

für komplexe Interventionen: Wirkungsmodelle, die auf der „Theory of Change“ beruhen

Kausalhypothese im Mittelpunkt

<p>realistischer Evaluationsansatz (Kontext-Mechanismen-Outcome [KMO]-Konfigurationen) berücksichtigt vermehrt Kontextfaktoren</p>	<p>Zur vermehrten Berücksichtigung von Kontextfaktoren kann anstelle von Logic Models oder der Theory of Change auch der sogenannte <i>realistische Evaluationsansatz</i> herangezogen werden. Das Konzept der Kontext-Mechanismen-Outcome-Konfigurationen (KMO-Konfigurationen) soll erklären, warum und wie spezifische Elemente einer Intervention in bestimmten Zielgruppen oder Settings wirken. Im Gegensatz zu den beiden anderen Konzepten wird beim realistischen Evaluationsansatz jedoch meist nicht die gesamte Programmtheorie berücksichtigt, sondern auf einzelne Elemente des Untersuchungsgegenstandes fokussiert [32].</p>
<p>je nach Programm und Einsatzbereich stehen unterschiedliche Elemente im Mittelpunkt; diese sind Ausgangspunkt bei der Erarbeitung eines Wirkungsmodells</p>	<p>Der Prozess zur Erarbeitung eines Wirkungsmodells ist je nach Programm und Einsatzbereich unterschiedlich. Die einzelnen Elemente des Wirkungsmodells sind – ausgehend vom Konzept des Logic Models – Input, Umsetzung, Output, Outcome, Impact. Im Zusammenhang mit Evaluationen stehen bei formativen Evaluationen (Prozess-Evaluationen) die Elemente Input, Umsetzung und Output im Mittelpunkt; summative Evaluationen (Ergebnis-Evaluationen) legen den Schwerpunkt auf den Zusammenhang zwischen Input, Outcome und Impact. Zuerst sollte jener Gegenstand, der im Fokus steht, definiert werden. Je nach Einsatzbereich variiert auch die „Entwicklungsrichtung“. Während bei formativen Evaluationen die Erarbeitung des Wirkungsmodells beim Input startet, sollte bei summativen Evaluationen der Impact der Ausgangspunkt bei der Entwicklung des Modells sein [32].</p>
<p>Beispiel für Wirkungsmodell (Logic Model) zu gesundheitlicher Versorgung von obdachlosen Menschen („Health Outreach Partners“)</p>	<p>Ein konkretes Beispiel für ein Wirkungsmodell in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von obdachlosen Personen findet sich im Dokument „Program Planning & Evaluation“ (2015) der „Health Outreach Partners“ (HOP) [34]. Das HOP-Dokument beschreibt sechs Basiselemente eines Logic Models: Zweckbeschreibung („purpose statement“), Input/Ressourcen, Programmaktivitäten und -angebote, Output, Outcomes (kurz-, mittel- und langfristig), Dokumentation (siehe Abbildung 3.4-1). Für die Beschreibung der einzelnen Elemente wurde als Beispiel ein Programm für die Verbesserung der Gesundheit von obdachlosen Personen herangezogen (im Folgenden werden Beispiele genannt, für das gesamte Logic Model siehe [34]):</p>
<p>Basiselemente des Logic Models im HOP-Dokument bedürfen exakter Beschreibungen ... etwa der Zielgruppe, die mit einem Programm erreicht werden sollen ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Zweckbeschreibung („purpose statement“): definiert die Zielpopulation und die Themen bzw. Belastungen mit denen sie konfrontiert sind; identifiziert die äußeren Umstände, bestimmte Verhaltensweisen, sowie unerfüllte Bedürfnisse; berücksichtigt auch die strukturellen Problemlagen; z. B. „Obdachlose Personen leiden oftmals unter schlechter Gesundheit. Aufgrund des eingeschränkten Zugangs zu Gesundheitsversorgung werden Einrichtungen häufig erst dann aufgesucht, wenn die Symptome schwerwiegende Ausmaße erreicht haben bzw. das Aufsuchen einer Notaufnahme oder eine stationäre Betreuung notwendig sind (...).“
<p>... der vorhandenen Ressourcen für die Umsetzung eines Programms ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Input: definiert die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, um die geplanten Programmaktivitäten zu implementieren; z. B. personelle Ressourcen, technische Ausstattung, sonstige Materialien
<p>... der geplanten Programmaktivitäten (Inhalte und Umfang der Programmangebote)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Aktivitäten und Leistungen: definieren die Aktivitäten des Programms, z. B. Case Management, Basisgesundheitsversorgung, aufsuchende Arbeit, Screenings, Gesundheitsaufklärung („health education“)
<p>...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Output: beschreibt u. a. die Quantität der Programmaktivitäten sowie die erreichten Personen der Zielgruppe; z. B. Anzahl der Personen die Gesundheitsaufklärung erhalten haben, Anzahl der Blutdruck-Screeninguntersuchungen, Anzahl der Überweisungen zu anderen LeistungsanbieterInnen, ...

- ❖ **Outcomes:** sind die Effekte die durch das Programm erzielt werden; können in kurz-, mittel- und langfristige Outcomes unterteilt werden:
 - ❖ *kurzfristige Outcomes:* sind die unmittelbaren Effekte der Programmaktivitäten, diese betreffen z. B. den Wissensstand, Fertigkeiten, Motivationen etc.; Beispiele sind höherer Wissensstand zu einem Thema nach einer Gesundheitsaufklärung; höhere Bereitschaft zu einer Lebensstilveränderung (z. B. in Bezug auf Ernährung und Bewegung); höherer Wissensstand zu Risikominimierung;
 - ❖ *mittelfristige Outcomes:* diese betreffen z. B. Veränderungen des Verhaltens, der Praxis und des Handelns und sind in der Regel schwieriger zu messen als die kurzfristigen Outcomes, da sie erst nach einer längeren Zeitspanne auftreten; Beispiele sind höhere Zahl an Personen, die aufgrund von aufsuchenden Angeboten ein Gesundheitszentrum aufsucht; höhere Anzahl von Follow-up Untersuchungen; Verbesserung von Verhaltensweisen zur Gesunderhaltung, z. B. Blutzuckermessungen zum Diabetes-Monitoring;
 - ❖ *langfristige Outcomes:* diese sind der *Impact* des Programmes auf gesundheitliche, soziale, ökonomische und Umweltbedingungen; sie sind schwierig zu messen bzw. in einen kausalen Zusammenhang zu bringen, sollten aber bei der Planung und Durchführung des Programms jedenfalls im Fokus stehen; Beispiele sind Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit; geringere Inzidenz eines Gesundheitsproblems; verbesserter Zugang zu Gesundheitsangeboten;
- ❖ **Dokumentation:** dabei geht es um die Art des Monitorings und der Datensammlung; z. B. Formulare, Fragebögen, elektronische Patientendatensysteme.

... der Programm-Outcomes – unter Berücksichtigung von kurz-, mittel- und langfristigen Outcomes
...

... der Dokumentation und des Monitorings

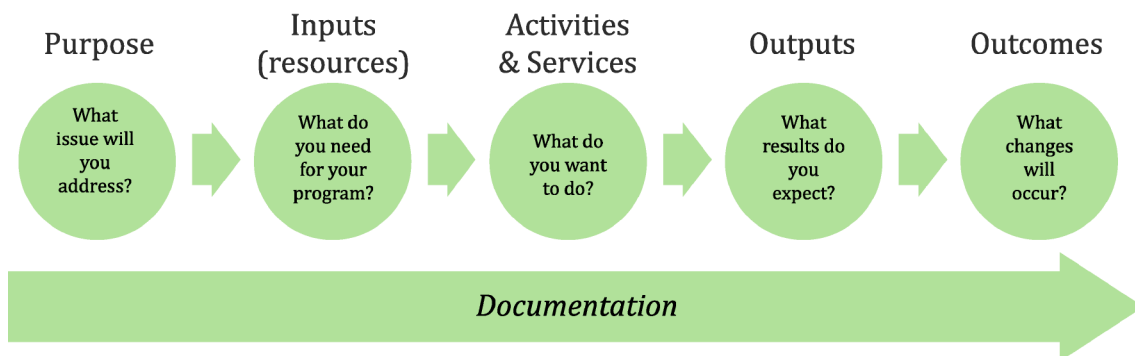


Abbildung 3.4-1: Logic Model (Quelle: [34])

3.5 Berichts- und Studienergebnisse zu Evaluationsmethoden, -indikatoren und -instrumenten

Evaluationsmethode
= Überbegriff für methodischen Zugang;
Evaluationsindikator = Beschreibung eines Merkmals/Ereignisses;
Evaluationsinstrument = Bewertungstool

Fokus auf vulnerable Gruppen bei der Literatursuche – insgesamt 7 Österreich-spezifische Berichte inkl. einer PHC-Evaluation ohne genauer Zielgruppenspezifizierungen

unterschiedliche Informationstiefe zwischen Evaluationsstudien und –berichten

unterschiedliche Begriffe und Bezeichnungen

7 Berichte durch Handsuche/ von ExpertInnen empfohlen; Publikationszeitraum zw. 2008 und 2017; die meisten Studien stammten aus den Ö

Vor der Ergebnispräsentation soll an dieser Stelle noch eine kurze Darstellung der Begriffe *Evaluationsmethoden*, *-indikatoren* und *-instrumente* (mit Beispielen) erfolgen. Demnach ist im Folgenden der Begriff *Evaluationsmethode* als *methodischer Überbegriff* zu verstehen (z. B. retrospektiver/prospektiver Ansatz, qualitativer/quantitativer Zugang, „mixed methods“ Ansatz etc.). Ein *Evaluationsindikator* dient der näheren Beschreibung eines Merkmals oder eines Ereignisses. Ein Beispiel für einen Evaluationsindikator ist etwa die Lebensqualität, die mit einem bestimmten *Evaluationsinstrument* (z. B. mit dem Fragebogen „SF-12²„) erhoben werden kann.

Im Zuge der Hand- und systematischen Suche konnten Studien und Berichte identifiziert werden, die Evaluierungen zu niederschweligen ambulanten Gesundheitseinrichtungen bzw. zu niederschwellig zugänglichen Leistungsangeboten für vorrangig vulnerable Personengruppen umfassten. Da vor allem für den deutschsprachigen Raum nur eine kleine Anzahl an Berichten identifiziert werden konnten (n=7), die über Evaluierungsmethoden, -indikatoren und -instrumente berichtete, wurde hier etwa auch ein Evaluationsbericht zu einem Primärversorgungszentrum (Primary Health Care, PHC Mariahilf Wien) berücksichtigt, der zwar nicht auf bestimmte (z. B. vulnerable) Personengruppen ausgerichtet war, jedoch methodisch relevante Informationen zur Verfügung stellte.

Grundsätzlich zeigte sich zwischen deutsch- und englischsprachigen Studien und Evaluationsberichten eine sehr unterschiedliche Informationstiefe. Vor diesem Hintergrund erfolgt nachstehend eine getrennte Darstellung, wobei zunächst Evaluierungsergebnisse aus Österreich und Deutschland und anschließend internationale (englischsprachige) Ergebnisse aus Evaluationsstudien präsentiert werden. Obwohl die zentralen Personengruppen, die in den Berichten und Studien adressiert werden, unterschiedliche bzw. teils überschneidende gesundheitliche und/oder soziale Problem- und Belastungssituationen aufweisen, wird in der Ergebnisdarstellung zur Vereinfachung einheitlich die Bezeichnung „PatientInnen“ verwendet.

3.5.1 Methodenbeschreibung in Evaluationsberichten aus Österreich und Deutschland

Allgemeine Studiencharakteristika

Die Handsuche bzw. Studienergebnisse, die von den kontaktierten ExpertInnen genannt wurden, ergaben 7 relevante Evaluationsberichte [6, 20, 27, 35-38] (Publikationszeitraum 2008-2017), wobei die AutorInnen in 2 Berichten das gleiche Evaluationsthema („Frühe Hilfen Netzwerk Österreich“) jedoch mit unterschiedlichen Evaluationsmethoden und -zielen behandelten [27, 38]. 5 Evaluationsberichte [20, 27, 35, 37, 38] hatten einen Österreich-spezifischen Evaluationskontext und 2 Berichte [6, 36] einen Deutschland-spezifischen Evaluationsschwerpunkt.

² Für eine genaue Beschreibung dieses Instruments siehe Tabelle 3.5-3.

Die Zielgruppen waren gemäß den inhaltlichen Schwerpunkten der Institutionen bzw. Programme sowohl (einzelne) Erwachsene, Kinder und Jugendliche als auch Familien (z. B. in den Evaluationen zum „Frühe Hilfen Netzwerk“ Österreich [27, 38]). 1 Bericht [20] hatte keinen spezifischen Zielgruppenschwerpunkt (Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf, Wien), 2 Berichte fokussierten auf armuts- und ausgrenzungsgefährdete Familien [27, 38], 1 Bericht beschäftigte sich mit nicht-krankenversicherten, illegal in Österreich lebenden Personen [37] und 3 Evaluationsberichte handelten von wohnungs- bzw. obdachlosen Personen [6, 35, 36].

Hinsichtlich der vorrangigen Gesundheitsbedrohungen bzw. sonstigen (sozialen) Belastungen wurden in 2 Berichten körperliche und psychische Erkrankungen (z. B. Hepatitis-Infektionen, Suchterkrankungen etc.) gelistet [35, 36], in den beiden „Frühe Hilfen Netzwerk Österreich“ Berichten wurden unterschiedliche Belastungen in den Familien (wie z. B. Arbeitslosigkeit, niedriger formaler Bildungsgrad, fehlendes Sozialkapital etc.) [27, 38] festgestellt und in 3 Berichten fanden sich hierzu keine spezifischen Angaben [6, 20, 37].

Alle 7 Evaluationsberichte bezogen sich auf ambulante Settings („outpatient“). 6 Berichte enthielten Informationen zu teilweisen [6, 35, 37] oder ausschließlich aufsuchenden Diensten [27, 36, 38]. Das Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf (Wien) bot primär ambulante Dienste an (ohne aufsuchendes Angebot) [20]. 3 Berichte beschrieben bestimmte Behandlungs- bzw. Unterstützungsprogramme [27, 35, 38] (2 davon zum gleichen Evaluationsthema „Frühe Hilfen Netzwerk Österreich“ [27, 38]), die Evaluationen in 2 Berichten bezogen sich jeweils auf eine einzelne Institution [20, 37] und weitere 2 Berichte (beide aus Deutschland) fassten in ihren Bewertungsprozessen mehrere unterschiedliche Institutionen zusammen [6, 36].

In 5 Berichten werden allgemeinmedizinische Leistungen als fixe Bestandteile des Leistungsangebots genannt [6, 20, 35-37]. Zudem werden je nach institutionellen Schwerpunkten weitere Angebote, wie etwa zahnmedizinische Leistungen (z. B. in [6, 35]), Zielgruppen-relevante Angebote (wie z. B. psychosoziale Unterstützung oder Gesundheitsförderung für belastete Familien im Rahmen des „Frühe Hilfen Netzwerk Österreich“ [27, 38] oder für Personen mit Suchterkrankungen [37]), spezielle Pflegeleistungen (z. B. Wundversorgung oder sonstige Pflegetätigkeiten [6, 20, 36]) genannt.

Hinsichtlich der Evaluationsschwerpunkte zeigte sich, dass 3 Berichte sowohl einen summativen (ergebnisorientierten) als auch einen formativen (prozessorientierten) Fokus verfolgten [20, 27, 38]. 2 Berichte hatten einen (ausschließlich) summativen [35, 36] und 2 weitere Berichte einen (ausschließlich) formativen Schwerpunkt [6, 37].

Evaluationsindikatoren

Die identifizierten 7 Evaluationsberichte weisen eine große Heterogenität hinsichtlich verwendeter Indikatoren für die Bewertungsprozesse auf. Dies ist vor allem auf die unterschiedlichen Zielsetzungen und methodischen Zugänge zurückzuführen. Nachstehend findet sich eine Zusammenfassung, die an dieser Stelle keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Vielmehr wird eine Übersicht zu jenen Indikatoren gegeben, die entweder beispielhaft mehrmals in Berichten genannt wurden, verschiedene Zielebenen von Evaluationspopulationen betroffen haben oder als Beispiele für spezifische Ausformulierungen von Indikatoren dienten. Eine detaillierte Aufstellung verwendeter Indikatoren findet sich im Anhang (Tabelle A-3).

Erwachsene, Kinder und Jugendliche als auch Familien als primäre Zielgruppen in Evaluationen – prekäre Lebensverhältnisse und soziale Vulnerabilität zumeist im Vordergrund

Krankheitslast durch chronische Erkrankungen aber auch durch soziale Benachteiligung

ambulante („outpatient“) Settings, teils auch mit aufsuchenden Strukturen

Allgemeinmedizin als wesentlicher Teil der Leistungsangebote; zudem teilweise Zielgruppen-spezifische Angebote (wie etwa für belastete Familien)

summative als auch formative Evaluationen in den Berichten

Indikatoren in den 7 Evaluationsberichten zeigen große Heterogenität – Ergebnisdarstellung mit Beispielen für potentielle Verwendung von Indikatoren

<p>soziodemographische Daten und Inanspruchnahme von Leistungen als Indikatoren in Großteil der Berichte</p>	<p>In diesem Kontext wurden etwa soziodemographische Daten (wie z. B. Alter, Geschlecht, Krankenversicherungsstatus, Unterkunftssituation etc.) in 5 Berichten für Evaluationen auf der PatientInnenebene verwendet [20, 27, 35-37]. Darüber hinaus konnte in 5 Berichten ein Indikator identifiziert werden, der die Inanspruchnahme von Leistungen misst (wie z. B. der Umfang an medizinischen Leistungen pro PatientIn in einem bestimmten Zeitraum, eine durchschnittliche Kontaktanzahl zwischen PatientIn und LeistungserbringerInnen etc.) [20, 27, 35-37]. Zufriedenheit wurde in 2 Berichten [20, 27] als Indikator auf der PatientInnenebene verwendet, um etwa fachliche Kompetenzen von FamilienbegleiterInnen zu erheben [27]. Die Bewertung von Zufriedenheit erstreckte sich in 4 Berichten auch auf die Ebene der LeistungserbringerInnen [20, 36-38]. Beispielsweise wurde die Zufriedenheit hinsichtlich diverser Kooperationen (in Form von Netzwerktreffen) beurteilt [20] oder etwa die Arbeitsbelastung von MitarbeiterInnen, Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung etc. [37]. Die körperliche und/oder psychische Gesundheit von PatientInnen fand sich in 3 Berichten als Bewertungsindikator [27, 35, 36].</p>
<p>kostenrelevante Indikatoren für Institutionen</p> <p>Bewertungen zu Interaktionen zwischen PatientInnen und LeistungserbringerInnen in Evaluationsberichten</p>	<p>Ökonomische Parameter (im Sinne von Wirtschaftlichkeit/Kosten) wurden auf der Zielebene der Institutionen in 3 Berichten als Indikator angeführt [6, 20, 37]. Hierbei wurden etwa Einnahmen und Ausgaben (zu Planungszwecken bzw. Weiterentwicklungsmöglichkeiten einer Ambulanz für nicht-krankenversicherten Personen) gegenübergestellt [37]. Die Interaktions- bzw. Kommunikationskultur zwischen PatientInnen und ÄrztInnen bzw. anderen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen wurde in 3 Berichten als Indikator verwendet [6, 35, 38]. Hierbei wurden unterschiedliche Zielebenen adressiert: Auf der PatientInnenebene wurde in 1 Bericht etwa die Kontaktqualität zwischen LeistungsbezieherInnen und MitarbeiterInnen einer Wohnungslosenhilfeeinrichtung (etwa bei Vorschlägen von Behandlungsmöglichkeiten) [35] erhoben. Eine Bewertung des Austausches und der Kooperationen von LeistungserbringerInnen in einem Netzwerk wurde in einem weiteren Bericht („Frühe Hilfen Netzwerk“ Österreich) [38] vorgenommen. In 1 Bericht wurden Kooperationen und Vernetzungen auf institutioneller Ebene (Zusammenarbeit einer Institution mit niedergelassenen Haus- und FachärztInnen, Pflegediensten, Vernetzungsgrad mit stationärem Bereich, wie Psychiatrie, Suchthilfe etc.) bewertet [6].</p>
<p>Kontinuität hinsichtlich der Zusammensetzung von Behandlungsteams sowie Kommunikation zw. Berufsgruppen in Großteil der Berichte als Indikatoren zu finden</p>	<p>In 5 Berichten wurden Bewertungen auf der Zielebene LeistungserbringerInnen vorgenommen [6, 20, 35, 37, 38], die die Kontinuität in der Versorgung (z. B. gleichbleibende Zusammensetzung von Behandlungsteams, Regelungen hinsichtlich der Fallführung von PatientInnen etc.) bzw. die Kommunikation und Kooperation zwischen Gesundheits-/Sozialberufen erfassten (z. B. Interdisziplinarität als wesentliche Prämisse eines Behandlungskonzepts [20, 35]). Als (Einzel-)Beispiele für Evaluationsindikatoren auf PatientInnenebene fanden sich etwa noch Erhebungen bzgl. einer individuellen Zielerreichung von PatientInnen (z. B. Veränderungen eines gesundheitlichen Befindens, Gesundheitsbewusstsein etc.) [35], Bewertungen zur Gesundheitskompetenz [38] oder Bewertungen von Sozialkapital (z. B. Erhebung von sozialen Ressourcen, Fähigkeit Hilfe anzunehmen etc.) [27].</p>

Tabelle 3.5-1: Evaluationsindikatoren nach Zielebenen (Basis: Evaluationsberichte aus Österreich und Deutschland, n=7)

Indikator	Zielebenen		
	PatientIn [Quellen]	Gesundheits- und Sozialberufe [Quellen]	Institutionen [Quellen]
Soziodemographische Daten (z. B. Alter, Geschlecht ...)	[20, 27, 35-37]	n.r. ³	n.r.
Inanspruchnahme von Leistungen	[20, 27, 35-37]	n.r.	n.r.
Zufriedenheit (z. B. Leistungsspektrum, Ausstattung einer Organisation) ...	[20, 27]	[20, 36-38]	n.r.
Körperliche und psychische Gesundheit	[27, 35, 36]	n.r.	n.r.
Wirtschaftlichkeit/Kosten (z. B. Einsparungen im stationären Sektor/"emergency unit")	n.r.	n.r.	[6, 20, 37]
Interaktions-/Kommunikationskultur zw. PatientIn und ÄrztIn	[35]	[38]	[6]
Kontinuität der Versorgung sowie Kommunikation und Kooperation zwischen Gesundheitsberufen	n.r.	[6, 20, 35, 37, 38]	n.r.
Erreichen von bestimmten, PatientInnen-relevanten Zielen (z. B. hinsichtlich Selbstfürsorge, Pflege, Freizeitgestaltung)	[35]	n.r.	n.r.
Gesundheitskompetenz (Wissensstand bzgl. Medikamenteneinnahme etc.)	[38]	n.r.	n.r.
Sozialkapital (Verfüg- und Erreichbarkeit von Bezugspersonen)	[27]	n.r.	n.r.

Evaluationsmethoden

Bei den Evaluationsmethoden zeigte sich, dass in 3 Berichten [6, 20, 35] auf bereits vorhandene (teils elektronische) Dokumentationen bzw. Datenerhebungen für Bewertungsprozesse zurückgegriffen wurde. Dokumentenanalysen (wie z. B. inhaltsanalytische Auswertungen von Projektmaterialien) wurden in 3 Berichten angeführt [6, 27, 37]. In allen 7 Evaluationen wurden Interviews eingesetzt. In 2 Berichten wurden sowohl PatientInnen als auch LeistungsanbieterInnen (z. B. ÄrztInnen) interviewt [27, 35]. In 5 Berichten wurden ausschließlich LeistungserbringerInnen in Form eines Interviews befragt [6, 20, 36-38]. Die Durchführung von Diskussions- bzw. Fokusgruppeninterviews wurden mit LeistungsanbieterInnen in 3 Evaluationsberichten angeführt [6, 27, 38]. In 5 Berichten wurden Fragebögen als Evaluationsmethoden angeführt: in 1 Bericht für eine Befragung von PatientInnen [20], in 2 Berichten für LeistungserbringerInnen [36, 37] und je 1 Bericht für eine Institutionenbezogene Befragung (Erhebungsbogen für Stadt- bzw. Landkreise [6]) sowie für eine Zielgruppen-übergreifende Befragung (LeistungserbringerInnen und Netzwerk-KooperationspartnerInnen [38]). Zudem wurde in 1 Bericht eine partizipative Fotobefragung (mit ausgewählten Familien) als qualitative Evaluationsmethode eingesetzt.

breite Palette an Evaluationsmethoden in den Berichten aus Ö und D; sowohl qualitativer als auch quantitativer Methodeneinsatz

Verwendung v. a. von Dokumentenanalysen, Interviews mit PatientInnen, AnbieterInnen von Leistungen sowie Einsatz von Fragebögen

Evaluationsinstrumente

In den 7 Evaluationsberichten fanden sich keine Informationen zu standardisierten Evaluationsinstrumenten. In diesem Zusammenhang waren in den Berichten eher Hinweise zu finden, die vor dem Hintergrund der methodischen Zugänge auf einen „mixed methods Ansatz“ (Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden, z. B. [35]), auf qualitative Interviews (z. B. [38]), oder auf quantitative und qualitative Primärdaten (z. B. [6]) hingewiesen haben.

keine Informationen zu standardisierten Instrumenten in Berichten

³ Not reported

Nachfolgend werden die Studienergebnisse zu den Evaluationsmethoden, -indikatoren und -instrumenten präsentiert, die im Zuge der systematischen Literatursuche identifiziert wurde.

3.5.2 Methodenbeschreibung in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien

Allgemeine Studiencharakteristika

<p>Einschluss von 12 Studien; Publikationszeitraum zw. 2004 und 2017; Studien überwiegend aus USA</p>	<p>Insgesamt wurden im Zuge der systematischen Literatursuche 12 Studien (Publikationszeitraum 2004-2017) für eine Analyse bezüglich relevanter Evaluationsmethoden bzw. -indikatoren und -instrumente ausgewählt. Die ErstautorInnen in 8 Studien gaben als Affiliation die USA an [39-46], je 1 weitere Studie stammte aus Kanada [47], den Niederlanden [48], Irland [49] und Großbritannien [50].</p>
<p>überwiegender Studienfokus lag auf Erwachsenen und wohnungslosen Personen</p>	<p>Beinahe alle eingeschlossenen Studien (11 von 12) widmeten sich Erwachsenen – nur 1 Studie [44] fokussierte auf wohnungslose Jugendliche bzw. junge Erwachsene (14 bis 24 Jahre). Der überwiegende Teil (8 Studien) beschäftigte sich mit wohnungslosen Personen [42-45, 47-50], die übrigen 4 Studien berichteten zu nicht-krankenversicherten Personen [39-41, 46].</p>
<p>breites Spektrum an körperlichen und psychischen Erkrankungen in den jeweiligen Personengruppen</p>	<p>In den Studien zeigte sich ein breites Spektrum an gesundheitlichen bzw. sozialen Belastungen bei den vulnerablen Personengruppen. Anstatt einer zusammenfassenden Übersicht können an dieser Stelle nur Beispiele gegeben werden – für eine genaue Darstellung siehe Anhang (Tabelle A-3). Zu den genannten körperlichen bzw. psychischen Erkrankungen zählten etwa psychische Störungen und Substanzkonsum [43], Diabetes [39], dermatologische Erkrankungen [48], Augen-, Zahnerkrankungen, Asthma [49] etc.</p>
<p>„outpatient“/ambulant erbrachte Leistungen im Mittelpunkt der Studien</p>	<p>10 Studien berichteten zu „outpatient Settings“ [39-45, 47, 49, 50], 1 Studie bezog sich auf „outreach“ Leistungen (aufsuchende Hilfen) [48] und 1 weitere Studie beschrieb „Primary Care“ Leistungen, die sowohl „inpatient“ als auch „outpatient“ erbracht wurden (teilnehmende Organisationen waren hier u. a. eine „community free clinic“, ein „emergency department“, eine „hospital affiliated clinic“ etc.) [46]. Insgesamt bezogen sich die Evaluationen in 9 Studien auf ganze Organisationseinheiten (wie z. B. Ambulanzen) [40-46, 49, 50] und in 3 Studien auf bestimmte Programme, die sich an die jeweiligen Zielgruppen richteten [39, 47, 48].</p>
<p>Evaluationen bezogen sich mehrheitlich auf Organisationen – geringere Studienanzahl beschrieb Programme</p>	<p>2 Studien waren Längsschnittstudien, die mehrere Evaluationszeitpunkte umfassten. Hierbei erfolgten die Messungen in beiden Studien zu Studienbeginn (baseline), sowie nach 6 und nach 12 Monaten „post-baseline“ [43, 44]. In 1 Studie erfolgte eine zusätzliche Messung 18 Monate nach Studienbeginn [43].</p>
<p>Messungen wurden in 2 Studien wiederholt durchgeführt</p>	<p>Die StudienautorInnen nannten Evaluationsziele, die insgesamt eine große (Themen)Heterogenität erkennen ließen: In 4 Studien war etwa eine Wirksamkeitsüberprüfung das primäre Evaluationsziel [39, 40, 43, 44], die PatientInnen-Zufriedenheit war in 2 Studien ein Bewertungsziel [40, 41], in weiteren 2 Studien wurde die Entwicklung eines Evaluationstools als explizites Studienziel genannt [42, 45] – für eine genaue Darstellung der Evaluationsziele siehe Anhang (Tabelle A-3).</p>
<p>Evaluationsziele umfassten etwa Wirksamkeitsüberprüfungen, PatientInnen-Zufriedenheit, Entwicklung von Bewertungstools</p>	

Darüber hinaus konnte in den 12 Studien eine große Variation bzgl. des Leistungsumfangs festgestellt werden, der sich in den jeweiligen Programmen bzw. Organisationen widerspiegelte (z. B. krankheitsspezifisches Angebot etwa für nicht-krankenversicherte DiabetikerInnen, „Primary Care“ sowie „Mental Health Services“ für wohnungslose Personen, „Supportive Housing Services“ mit gesundheits-, freizeitbezogenen Angeboten, etc.). Auch hier findet sich im Anhang (Tabelle A-3) eine genaue Auflistung je Studie.

Evaluationsindikatoren

In den 12 Studien konnten unterschiedliche (teils überschneidende) Evaluationsindikatoren identifiziert werden, wobei sich der Großteil auf PatientInnen bezog. D. h. hierbei handelte es sich um Indikatoren zu denen PatientInnen beispielsweise direkt befragt wurden (Selbsteinschätzung) oder um PatientInnen-bezogene Indikatoren zu denen etwa Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen befragt wurden (Fremdeinschätzung durch Dritte). Vergleichsweise wenige Indikatoren konnten für Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und für „institutionelle Leistungserbringer“ (z. B. Ambulanzen, bestimmte Abteilungen einer Organisation etc.) erfasst werden.

Insgesamt konnten 13 Indikatoren identifiziert werden (diese stammten aus 11 Studien). Der Indikator „soziodemographische Daten“ fand sich (mit unterschiedlichen Ausprägungen) in 8 Studien [39-41, 43, 46, 48-50]. In 6 Studien wurde die „Inanspruchnahme von Leistungen“ (Leistungsumfang je PatientIn) erhoben [39, 40, 44, 47-49]. Der Indikator „PatientInnen-Zufriedenheit“ (ebenfalls mit unterschiedlichen Ausprägungen) konnte in 5 Studien identifiziert werden [39, 41, 42, 46, 47]. Angaben zur körperlichen und/oder psychischen Gesundheit der PatientInnen wurden in 4 Studien gemacht [39, 43, 44, 49]. Ökonomische Parameter (z. B. Wirtschaftlichkeit/Kosten) stellten in 3 Studien einen Evaluationsindikator dar, wobei auch hier von den jeweiligen AutorInnen unterschiedliche Schwerpunkte gewählt wurden [40, 46, 47]. Zum Beispiel wurde in 1 Studie [40] berücksichtigt, inwieweit durch ein „outpatient“ Klinikangebot („nurse-run-walk-in-clinic“) sowohl für PatientInnen als auch für die verantwortlichen Institutionen im Vergleich zu einem bestehenden Programm („emergency department“) Kosten vermieden werden können (Berechnung eines „return on investment – ROI⁴“). Weitere Indikatoren können der Tabelle 3.5-2 entnommen werden, die zudem gegebenenfalls Beispiele zur näheren Beschreibung sowie eine Gliederung entlang der zuvor genannten Zielebenen bereitstellt.

umfangreicher Leistungsumfang für PatientInnen – Gesundheits- und Sozialangebote

Indikatoren v. a. für PatientInnen verfügbar – geringere Anzahl an Indikatoren für weitere Zielebenen

Identifikation von 13 Indikatoren, wie z. B. „soziodemographische Daten“, „Inanspruchnahme von Leistungen“ und „PatientInnen-Zufriedenheit“

„Wirtschaftlichkeit/Kosten“ auch als Evaluationsindikator auf der Zielebene „institutionelle Leistungserbringer“

⁴ Der „return on investment“ bewertet die Effizienz einer Intervention. Hierbei wird der Geldwert der Auswirkungen („impact“) geschätzt und den eingesetzten Mitteln gegenüber gestellt [51].

Tabelle 3.5-2: Evaluationsindikatoren nach Zielebenen (Basis: Evaluationsstudien, n=12)

Indikator (n=Studienanzahl)	Zielebenen		
	PatientIn [Quellen]	Gesundheits- und Sozialberufe [Quellen]	Institutionen [Quellen]
Soziodemographische Daten (z. B. Alter, Geschlecht ...) (n=8)	[39-41, 43, 46, 48-50]	n.r. ⁵	n.r.
Inanspruchnahme von Leistungen (n=6)	[39, 40, 44, 47-49]	n.r.	n.r.
Zufriedenheit (z. B. Leistungsspektrum, Ausstattung einer Organisation) (n=5)	[39, 41, 42, 46, 47]	n.r.	n.r.
Körperliche und psychische Gesundheit (n=4)	[39, 43, 44, 49]	n.r.	n.r.
Wirtschaftlichkeit/Kosten (z. B. Einsparungen im stationären Sektor/"emergency unit") (n=3)	[40, 46, 47]	n.r.	[40]
Gesundheitsbezogene Lebensqualität n=2	[43, 49]	n.r.	n.r.
„Competing needs/priorities“ (z. B. organisatorische Umstände, die Bedürfnisbefriedigung, wie Schlafen, Essen mitbeeinflussen – z. B. Öffnungszeiten von Einrichtungen) (n=2)	[42, 43]	n.r.	n.r.
Interaktions-/Kommunikationskultur zw. PatientIn und ÄrztIn (n=2)	[41, 42]	n.r.	n.r.
Kontinuität der Versorgung sowie Kommunikation und Kooperation zwischen Gesundheitsberufen (n=2)	[41, 42]	n.r.	n.r.
Erfolgsfaktoren in einem Programm (z. B. Berücksichtigung von PatientInnenbedürfnissen bei der Gestaltung einer Tagesstruktur) (n=2)	[46, 48]	n.r.	n.r.
Erreichen von bestimmten, PatientInnen-relevanten Zielen (z. B. hinsichtlich Selbstfürsorge, Pflege, Freizeitgestaltung) (n=1)	[47]	[47]	n.r.
Gesundheitskompetenz (Wissensstand bzgl. Medikamenteneinnahme etc.) (n=1)	[50]	n.r.	n.r.
Sozialkapital (Verfüg- und Erreichbarkeit von Bezugspersonen) (n=1)	[43]	n.r.	n.r.

**Entwicklung eines
Evaluationstools für
„Primary Care Services“
als 1 Studienschwerpunkt**

**Evaluationstool umfasst
8 Indikatoren mit
34 Items**

Die Indikatoren einer weiteren Studie [45] wurden in der Tabelle 3.5-2 nicht berücksichtigt, sondern werden anschließend gesondert präsentiert, da hierin ein spezifischer Themenschwerpunkt beschrieben wurde: die Entwicklung eines Evaluationstools für „Primary Care Services“ für wohnungslose Personen. Im Zuge dieses Entwicklungsprozesses (an dem „key informants“ und Organisationen in Form von Befragungen teilnahmen, die eine staatliche Finanzierung für die Bereitstellung von Gesundheits-/Sozialleistungen für wohnungslose Personen erhielten) wurden acht Indikatoren für Evaluationen ermittelt, die mittels 34 Items näher bestimmt wurden. Bei den acht Indikatoren handelte es sich um:

1. Elektronische Datenerhebung („Health Information Systems“);
2. Zugänglichkeit bzw. Niederschwelligkeit bezogen auf „Primary Care“ Leistungen („Accessibility“);
3. Leistungsqualität („Performance and Quality Improvement“);

⁵ Not reported

4. Leistungsumfang für wohnungslose Personen („Primary Care Services Delivery“);
5. Verschränktes Leistungsangebot bzw. Kooperationsumfang unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe und LeistungsanbieterInnen („Integration of Medical Behavioral, and Social Services“);
6. Personalstand („Human Resources“);
7. Management-Anforderungen („Leadership, Governance, and Financial Stability“), und
8. Berücksichtigung von PatientInnen-Präferenzen in individuellem Behandlungsangebot („Patient-Centered care“) [45].

Evaluationsmethoden

Hinsichtlich der verwendeten Evaluationsmethoden kamen vorrangig Interviews (im Einzel- bzw. Gruppensetting) und Fragebögen zum Einsatz. Zudem wurde in 7 Studien (etwa im Zuge von Baseline-Erhebungen) auf vorhandene (teils elektronische) Dokumentationen bzw. Datenerhebungen (z. B. bezüglich Soziodemographie, Gesundheitszustand der PatientInnen etc.) zugegriffen [39, 40, 43, 47-50]. Interviews wurden zu Erhebungszwecken sowohl für die Zielebene „PatientInnen“ als auch für „professionelle Behandlungs- bzw. Betreuungsteams“ (LeistungsanbieterInnen) verwendet. Demnach wurden in 5 Studien Interviews mit PatientInnen geführt [39, 43, 47, 48, 50], in 5 Studien wurden auch LeistungsanbieterInnen (wie z. B. ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen aber auch verantwortliche Führungspersonen „Clinical and Administrative Directors“) befragt [41, 42, 45, 47, 48]. 1 Studie führte zu Evaluationszwecken zwei Diskussionsgruppen (mit zentralen LeistungsanbieterInnen) durch [46]. In 5 Studien wurden Fragebögen verwendet, mit denen PatientInnen befragt wurden [40, 41, 44, 46, 49].

In 4 Studien wurden den jeweiligen Zielgruppen (z. B. PatientInnen) bzw. teilnehmenden Einrichtungen Anreize („Incentives“) in Aussicht gestellt [41, 43, 45, 50], wobei 3 Studien Geld bzw. Gutscheine [41, 43, 45] und in 1 Studie Verpflegung/Essen [50] angeboten wurden.

Evaluationsinstrumente

In 8 Studien machten die StudienautorInnen Angaben hinsichtlich der verwendeten Evaluationsinstrumente [39-42, 44, 45, 47, 49]. Standardisierte Instrumente, d. h. die Gütekriterien erfüllen und eine Vergleichbarkeit zulassen, wurden in 6 Studien verwendet [41, 42, 44, 45, 47, 49]. Die nachfolgende Tabelle 3.5-3 enthält eine Darstellung der Evaluationsinstrumente entlang verwendeter Evaluationsindikatoren. 1 Studie [45] beschäftigte sich mit der Entwicklung eines Evaluationstools bzw. -instruments („Primary Care Homeless Organizational Assessment Tool (PC-HOAT)“) mit dem mehrere Indikatoren adressiert werden sollen und das daher nicht in Tabelle 3.5-3 aufscheint. Beim PC-HOAT handelt es sich um ein (standardisiertes) Messverfahren, das BetreiberInnen von „Primary Care“ Einrichtungen für wohnungslose Personen qualitätsrelevante Informationen hinsichtlich der Stärken und Schwächen von internen Prozessen zukommen lässt. Das Tool umfasst insgesamt 34 Items, die die zuvor genannten acht Indikatoren näher beschreiben – eine detaillierte Beschreibung findet sich in [45].

Interviews, Fragebögen und deskriptive Datenerhebung als primäre Evaluationsmethoden

Zielebenen umfassten „PatientInnen“, „Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen“ und „institutionelle Leistungserbringer“

Motivation zur Studienteilnahme durch Anreize stärken

Darstellung von Messinstrumenten in 8 Studien

mehrheitliche standardisierte Messverfahren in Verwendung

Tabelle 3.5-3: Beschreibung von Messinstrumenten entlang verwendeter Evaluationsindikatoren

Instrument(e)/ Studienreferenz(en)	Standardisiert	Methode -> Zielebene	Beschreibung	weitere Quelle(n)
Indikator: Erreichen von bestimmten, PatientInnen-relevanten Zielen				
Goal Attainment Scaling (GAS)/[47]	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbst- und Fremdauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Instrument zur Überprüfung selbst gesteckter Ziele; ✳ Ziele müssen konkret und messbar sein; ✳ Zielentwicklung als partizipativer Prozess (z. B. PatientIn; Angehörige von Gesundheits-/Sozialberufen etc.); ✳ Auswahl von Indikatoren mit denen die Zielerreichung überprüft werden kann; ✳ Indikatoren werden in eine 5-stufige Skala überführt, in deren Mitte das erwartete Ergebnis steht. Davon ausgehend werden je zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) gebildet. ✳ GAS ermöglicht damit eine klare Zieldefinition zu Beginn eines Projektes (Planungsqualität) sowie die (ggf. prozessbegleitende) Überprüfung der Zielerreichung (Prozess- und/oder Ergebnisqualität). 	[52]
Indikator: Sozialkapital				
Social support questions/[39]	Unklar	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ 4 Fragen zur Einschätzung inwieweit FreundInnen oder Angehörige von Gesundheits-/Sozialberufen den/die PatientIn während es vergangenen Jahres ermutigten, professionelle (medizinische) Hilfe in Anspruch zunehmen; ✳ Antwortscores von 0 bis 4 – ansteigender Score weist auf größere soziale Unterstützung durch Dritte hin. 	---
Indikator: Competing needs/priorities				
Competing priorities scale/[39]	Unklar	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ 5-stufige Skala zur Einschätzung von Barrieren und Erschwernissen innerhalb der letzten 30 Tage hinsichtlich folgender Items: Inanspruchnahme von Unterkünften („shelter“), Nahrung („food“), Kleidung („clothing“), Sanitäreinrichtungen („a place to wash“ and „access to a bathroom“); ✳ Mögliche Antwortformen je Item: „never“, „rarely“, „sometimes“, or „usually“; ✳ „competing needs“ werden festgestellt, wenn Personen bei einem Item „usually“ angeben. 	[53]
Indikator: Psychische Gesundheit/Belastungen				
The 53-item Brief Symptom Inventory (BSI)/[44]	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Mit dem BSI können subjektiv empfundene Beeinträchtigungen anhand von 53 körperlichen und psychischen Symptome bei einem Zeitfenster von 7 Tagen gemessen werden. Zudem können mehrdimensionale Auswertungen und mehrmalige Meßwiederholungen durchgeführt werden. 	[54]
The Global Severity Index (GSI)/[44]	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Mit dem GSI können grundsätzliche psychische Belastungen (über mehrere Dimensionen) erhoben werden. 	---
The Form 90 – A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors/[44] (Suchterkrankungen)	Ja	semi-strukturierter Interviewleitfaden -> PatientIn	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Erhebung des Alkoholkonsums (z. B. Gramm pro Tag, Anzahl der Tage, Grammmenge insgesamt, Anzahl schwerster Trinktage etc.) über den Zeitraum der letzten 90 Tage. 	[55]

Instrument(e)/ Studienreferenz(en)	Standardisiert	Methode -> Zielebene	Beschreibung	weitere Quelle(n)
AUDIT-C (problem drinking)/ [49] (Suchterkrankungen)	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Der AUDIT-C ist ein sehr kurzes Screeninginstrument. Der vollständige AUDIT wurde im Rahmen des „World Health Organization Collaborative Project on the Detection and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care“ entwickelt und sollte gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum identifizieren. Er besteht aus 10 Fragen. ✳ Klassifikationen in „Riskanter Alkoholkonsum“: Es können maximal 12 Punkte erreicht werden (maximal 4 Punkte pro Frage). Ab einem Punktwert von 5 (für Männer) und 4 (für Frauen) liegt ein riskanter Alkoholkonsum vor. „Risiko für eine alkoholbezogene Störung“: Ab einem Punktwert von 4 (für Männer) und 3 (für Frauen) besteht ein erhöhtes Risiko für alkoholbezogene Störungen. 	[56]
Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)/[49] (Angsterkrankungen)	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Der GAD-7 ist ein Gesundheitsfragebogen mit dem PatientInnen mit einer generalisierten Angststörung identifiziert werden sollen. Zudem soll die Symptomschwere einer generellen Ängstlichkeit erfassen werden. ✳ Die Items des GAD-7 beschreiben die wichtigsten diagnostischen Kriterien für die „Generalisierte Angststörung“ nach DSM-IV⁶. 	---
Gesundheitsfragebogen für Patienten 9 (PHQ-9)/[49] (Depressionen)	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Der PHQ-9 Fragebogen umfasst 9 Fragen zur Depressivität. Er wurde als Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich entwickelt. Anders als viele andere Fragebogen zur Depressivität erfasst der PHQ-9 mit jeder Frage 1 der 9 DSM-IV-Kriterien für die Diagnose der „Major Depression“. 	---
Indikator: Wirtschaftlichkeit/Kosten				
Clinically Preventable Burden (CPB) score/[40]	Unklar	Elektronische Dokumentation bzw. Datenerhebungen -> Institutionelle Leistungs- erbringerInnen	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Ein „Clinically Preventable Burden (CPB) score“ mit einem Range von 1 bis 5 bewertet einzelne Gesundheitsleistungen für PatientInnen. Jeder Score ist mit einer bestimmten (geschätzten) Anzahl an „Quality-adjusted life years (QALY)“ assoziiert, denen wiederum ein monetärer Wert zugeordnet wurde. Je höher der jeweilige Wert (Score) desto kosteneffektiver werden Leistungen eingeschätzt. 	---
Indikator: Interaktions-/Kommunikationskultur zw. PatientIn und ÄrztIn				
Consumer Assessment of Health Plans (CAHPS)/[41]	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✳ CAHPS-Fragen konzentrieren sich auf Versorgungsaspekte für die PatientInnen die besten oder einzigen Informationsquellen sind. ✳ Zum Beispiel können nur PatientInnen sagen, ob ÄrztInnen in einer Weise kommunizieren, die für PatientInnen verständlich ist oder ob es einen respektvollen Umgang im Zuge der Behandlung gibt. ✳ CAHPS-Berichtsfragen bieten einen expliziten Zeitrahmen (z. B. in den letzten sechs Monaten) oder einen Ereignisbezug (z. B. während eines Behandlungszeitraums an einer Ambulanz etc.). ✳ CAHPS-Fragen fokussieren mit ihren Inhalten ausdrücklich auf die LeistungserbringerInnen bzw. die Organisation/Gesundheitseinrichtung. 	[57]

⁶ Hierbei handelt es sich um die 4. Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)“ (mittlerweile ist bereits die 5. Auflage verfügbar). Das DSM ist das vorherrschende psychiatrische Klassifikationssystem in Nordamerika und wird zur Definition von psychischen Erkrankungen verwendet.

Instrument(e)/ Studienreferenz(en)	Standardisiert	Methode -> Zielebene	Beschreibung	weitere Quelle(n)
Primary Care Quality Homeless Instrument (PCQ-H)/[42]	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Der PCQ-H Fragebogen besteht aus 33-Items, die sich auf insgesamt 4 Subskalen aufteilen ✿ Folgende Subskalen werden erhoben: PatientInnen-KlinikerInnen-Beziehung (15 Items); Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen (3 Items); Zugang/Koordination zu Gesundheitsleistungen (11 Items) und Obdachlosen-spezifische Bedürfnisse (4 Items). 	---
Indikator: Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Short Form (SF-12)/[49]	Ja	Fragebogen -> PatientIn (Selbstauskünfte)	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Der SF-12 besteht aus 12 Fragen und ist ein allgemeiner Gesundheitsfragebogen, der über 8 verschiedene Dimensionen Informationen über den Gesundheitszustand der PatientInnen einholt. Folgende Aussagen sollen erfasst werden: ✿ Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (1 Frage), ✿ Physische Gesundheit (2 Fragen), ✿ Eingeschränkte physisch-bedingte Rollenfunktion (2 Fragen), ✿ Körperliche Schmerzen (1 Frage), ✿ Vitalität (1 Frage), ✿ Mentale Gesundheit (2 Fragen), ✿ Eingeschränkte emotional-bedingte Rollenfunktion (2 Fragen), ✿ Soziale Funktionsfähigkeit (1 Frage). 	[58]

4 Zusammenfassung und Diskussion

Der vorliegende Forschungsbericht beschäftigt sich mit Evaluationsmethoden von niederschweligen, ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die ihre Leistungen insbesondere für vulnerable Personengruppen zur Verfügung stellen. Im Zuge der Recherche und der Ergebnisanalyse wurde dabei insbesondere auf obdachlose, wohnungslose und nicht-krankenversicherte Personen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) fokussiert. Vor dem Hintergrund dieser Zielgruppen wurde bei der Recherche darauf geachtet, dass bei Evaluationen zu gesundheitlicher Versorgung möglichst auch eine psychosoziale Versorgung mitgemeint war. In diesem Verständnis sollen Evaluationen von Behandlungs-, Versorgungs- und Vorsorgeleistungen für vulnerable Personengruppen grundsätzlich als Evaluationen von komplexen Interventionen verstanden werden, die unterschiedliche Leistungen (z. B. Medizin, Pflege, Sozialarbeit), unterschiedliche AkteurInnen (z. B. PatientInnen, LeistungserbringerInnen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen), unterschiedliche Settings (z. B. ambulant, aufsuchend) berücksichtigen. Im Bericht finden sich zu Beginn einige prinzipielle Überlegungen zum *Themenbereich Evaluation* bevor daran anschließend die Beantwortung von fünf zentralen Forschungsfragen erfolgte.

Evaluationen können je nach Zielsetzung unterschiedliche Bewertungs-Schwerpunkte legen. Insofern lässt sich zunächst zwischen formativen und summativen Evaluationen unterscheiden. Während bei Ersterem der Fokus auf eine Qualitätsbewertung von Prozessen (z. B. Ablauf eines bestimmten Programmes) liegt, geht es bei Letzterem um eine Beurteilung der Ergebnisqualität (z. B. Wirksamkeit eines bestimmten Programmes). Weiters kann eine Qualitätsbewertung von (Organisations)Strukturen erfolgen. Der „Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen“ der Medizinischen Universität Graz veranschaulicht dieses Qualitätsmodell etwa anhand einer Sammlung von 30 Indikatoren. Obgleich vulnerable Personengruppen nicht im Zentrum des Grazer Berichts standen, finden sich darin generell brauchbare Ansätze, die auch für Evaluationen von niederschweligen, ambulanten Sozialeinrichtungen von Bedeutung sein können. Hierzu zählen etwa Bewertungen in Bezug auf den Behandlungs-/Leistungszugang (Ebene der Strukturqualität), Bewertungen von Informations-/Aufklärungskultur durch die PatientInnen (Ebene der Ergebnisqualität) und Bewertungen der Kommunikationskultur in einem Behandlungsteam (Ebene der Prozessqualität). Weiters können Evaluationen in „Eigenregie“ von einer Einrichtung (Selbstevaluation) oder von „Dritten“ (Fremdevaluation) durchgeführt werden – wobei die Aussagekraft einer Selbstevaluation aufgrund eines erhöhten Biasrisikos limitiert ist. Partizipative Evaluationsdesigns, die vulnerable Personengruppen in die Gestaltung von Evaluationen miteinbeziehen, spielen eine zentrale Rolle, da hiermit die Lebensumstände und -realitäten (z. B. von obdach-, wohnungslosen und nicht-krankenversicherten Personen) berücksichtigt werden können.

Die Zielebenen von Evaluationen sind v. a. bei bzw. vor der Planung von Evaluationen ein weiterer wichtiger Punkt. Hierbei geht es um die Frage: Wer wird evaluiert bzw. in die Evaluationen eingebunden? In Bezug auf niederschwellige, ambulante Gesundheitseinrichtungen können etwa obdach-, wohnungslose und nicht-krankenversicherte Personen eine primäre Evaluationspopulation repräsentieren. Weiters sind ebenso die LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen, Pflege, Sozialarbeit etc.) potentiell wichtige Auskunftspersonen sowie auch Personen mit Leitungsfunktionen in Versorgungseinrichtungen.

Evaluationsmethoden von niederschwelliger ambulante Versorgung für vulnerable Personen im Zentrum des Berichts

komplexe Interventionen als Kernstück in Evaluationen

theoretische Überlegungen und 5 zentrale Forschungsfragen

Evaluationen können sich etwa auf formative, summative Inhalte als auch auf strukturelle Rahmenbedingungen beziehen

Grazer Evaluationskatalog liefert Indikatorenbeispiele für PHC-Einrichtungen -> potentiell auch für Evaluationen von niederschweligen Einrichtungen für vulnerable Zielgruppen interessant

Bedeutung von partizipativen Evaluationsdesigns

Klärung von Zielebenen in Evaluationen notwendig; unterschiedliche Personen, die in Evaluationen eingebunden werden können

<p>spezielle „Sampling Strategien“ für vulnerable Gruppen beachten</p>	<p>Die Frage nach dem (persönlichen) Zugang zu Evaluationspopulationen ist v. a. im Hinblick auf vulnerable Personen relevant. Zumeist mussten sozial benachteiligte bzw. Personen in prekären Lebensumständen Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen machen. Im Bericht wurden Beispiele für etwaige „Sampling Strategien“ vorgestellt, die v. a. auch die Bedeutung der Beziehungs- und Vertrauensebene zwischen EvaluatorsInnen und PatientInnen hervorstrichen.</p>
<p>internationale Evaluationsleitfäden mit allgemeinen Handlungsanleitungen verfügbar</p>	<p>Weiters wurden Evaluationsleitfäden recherchiert, die zum einen allgemeine Standards (wie etwa der „Deutschen Gesellschaft für Evaluation“) darlegten, zum anderen spezifische Evaluationsempfehlungen (wie etwa von „Evaluation Support Scotland“) für die Bewertung von Wohnungslosen-Einrichtungen zur Verfügung stellten. Letzteres Dokument enthält Vorschläge für potentielle Evaluationsindikatoren (wie z. B. die körperlich/psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeit bzw. Anwendung von Bewältigungsstrategien seitens wohnungsloser Personen etc.) sowie die Indikatorenerfassung mittels des Evaluations-Tools „Homelessness-Star“. Dieses Tool erlaubt eine individuelle Standortbestimmung hinsichtlich bestimmter Themenbereiche. Zudem können die Einschätzungen von PatientInnen und den Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen miteinander verglichen werden.</p>
<p>Evaluationstool „Homelessness-Star“ aus Schottland fokussiert auf Zielgruppe wohnungslose Personen</p>	<p>Schließlich wurde auf die Bedeutung von Wirkungsmodellen in der Evaluationsforschung hingewiesen. Die Bedeutung begründet sich in der strukturierten Darstellung einer (angenommenen) Wirkungslogik anhand derer etwa Evaluationsfragen und -methoden entworfen werden können. Sozialeinrichtungen, die Leistungen für vulnerable Gruppen zur Verfügung stellen, können mit einem Wirkungsmodell darstellen,</p>
<p>Wirkungsmodelle nehmen in der Evaluationsforschung eine zentrale Rolle ein</p>	<p>☛ welche Inputs (z. B. personelle Ressourcen in Form von ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Zivildienern etc.),</p> <p>☛ etwa vor dem Hintergrund eines bestimmten übergeordneten „Mission Statements“ (z. B. bestimmte vulnerable Personengruppen mit Gesundheits- und Sozialleistungen zu versorgen),</p> <p>☛ mit welchen Aktivitäten (z. B. mittels mobilen/aufsuchenden Angeboten, Streetwork, Ambulanzzeiten etc.),</p> <p>☛ mit welchem Output (z. B. deskriptive Erhebung von PatientInnenkontakten),</p> <p>☛ mit welcher Dokumentation (wie z. B. Darstellung möglicher Aufzeichnungsmodi).</p> <p>☛ welche Outcomes (z. B. Bewertung von Maßnahmen mit kurz- bzw. mittelfristiger Wirksamkeit, wie etwa Wissensstand zu einem Gesundheitsthema/Krankheitsgeschehen, individueller Verhaltensveränderung, höherer Anzahl von Follow-up Untersuchungen etc.) erwarten lassen.</p>
<p>Versorgungsprogramme können damit hinsichtlich ihrer Leitideen, Inhalte, Aktivitäten, erwarteten Ergebnisse etc. strukturiert dargestellt werden und die Basis für Evaluationen bilden</p>	<p>Aufbauend auf diesen allgemeinen Evaluationsüberlegungen wurde eine systematische Literatursuche sowie eine umfangreiche Handsuche durchgeführt, mit dem Ziel, fünf zentrale Forschungsfragen zu beantworten. Zusätzlich wurden österreichische EvaluationsexpertInnen im Gesundheitsbereich kontaktiert, um weitere Quellen (graue Literatur, nicht publizierte Evaluationserfahrungen etc.) einzuholen.</p>
<p>systematische Literatursuche, Handsuche und ExpertInnenkontakte zur Beantwortung der Forschungsfragen</p>	<p>Insgesamt wurden 12 (englischsprachige) Evaluationsstudien und 7 (deutschsprachige) Evaluationsberichte in die Ergebnisanalyse eingeschlossen. Im Folgenden werden die Forschungsfragen aus Kapitel 1.3 wieder aufgegriffen und vor dem Hintergrund der recherchierten Literatur beantwortet.</p>
<p>12. Evaluationsstudien und 7 Evaluationsberichte in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt</p>	

Welche Personengruppen sind genannt und welche Gesundheitsbedrohungen und/oder sozialen Belastungen werden beschrieben?

Grundsätzlich befasste sich die überwiegende Anzahl an Berichten und Studien mit Evaluationen bzw. mit Evaluationsmethoden, die in Einrichtungen bzw. Programmen eingesetzt wurden, deren Zielgruppen erwachsene (überwiegend vulnerable) Populationen waren. Evaluationen zu Einrichtungen bzw. Programmen, deren Leistungsangebot auch für Kinder und Jugendliche ausgerichtet waren, waren deutlich weniger. Die gesundheitlichen und sozialen Belastungen standen in (fast) allen eingeschlossenen Evaluationsberichten und -studien im Vordergrund – wobei das Spektrum an Gesundheits- und Sozialbedrohungen aufgrund einer großen thematischen Heterogenität sehr breit war. Grundsätzlich handelte es sich bei den Evaluationspopulationen auf der Zielebene „PatientInnen“ um armuts-, ausgrenzungsgefährdete Personen mit unterschiedlichen körperlichen (wie z. B. Diabetes, chronische Wundheilungsstörungen etc.) oder psychischen Erkrankungen (wie z. B. Suchterkrankungen).

überwiegend erwachsene Populationen in den Evaluationen – breites Spektrum an körperlichen und psychosozialen Belastungen; insgesamt große Themenheterogenität über die eingeschlossene Literatur hinweg feststellbar

Welche Versorgungssettings werden beschrieben (ambulant, d. h. in Zentren vor Ort/mobile Settings im öffentlichen Raum, sonstige Settings)?

In den Berichten und Studien werden durchwegs ambulante Einrichtungen sowie Programme beschrieben, in denen Leistungen teils in Ambulanzen, in PHC-Zentren oder in Form von aufsuchenden Angeboten erbracht werden. Hinsichtlich des Leistungsspektrums zeigte sich, dass abhängig von der jeweiligen Programmabsicht bzw. vom Tätigkeitsprofil der jeweiligen Einrichtung ärztliche, pflegerische, sozialarbeiterische Tätigkeiten ebenso angeboten wurden wie soziale Leistungen, Beratungsleistungen etc.

ambulantes, teils aufsuchendes Angebot mit umfassendem Leistungsangebot

Welche Evaluierungsmethoden bzw. -ansätze werden in Evaluierungsberichten beschrieben?

Hinsichtlich der Evaluierungsmethoden zeigte sich zunächst, dass v. a. in den deutschsprachigen Evaluationsberichten sowohl formative als auch summative Bewertungen durchgeführt wurden. In den englischsprachigen Evaluationsstudien dominierten hingegen summative Evaluationen. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass überwiegend sowohl qualitative als auch quantitative Methoden in den Evaluationen eingesetzt wurden. Dies zeigte sich v. a. in den deutschsprachigen Berichten – in den englischsprachigen Studien kamen verbreitet Interviews (mit Einzelpersonen als auch mit Gruppen) und Fragebögen zum Einsatz.

in den Evaluationsberichten v. a. formative und summative Bewertungen sowie Methodenmix – in den Evaluationsstudien verbreiteter Einsatz von Fragebögen

Ganz allgemein lässt sich ableiten, dass PatientInnen durchgehend die primäre Evaluationspopulation (Zielebene) in den Evaluationen darstellte. LeistungserbringerInnen (wie etwa ÄrztInnen oder Sozialarbeit) wurden beinahe ausschließlich nur in den deutschsprachigen Evaluationsberichten eingebunden. Die institutionelle Ebene spielte in den eingeschlossenen Berichten und Studien als Evaluationsebene eine marginale Rolle.

PatientInnen als primäre Evaluationspopulation – Einbindung von LeistungserbringerInnen eher in Berichten zu finden

Welche primären Evaluierungs-Endpunkte bzw. -Indikatoren werden erhoben?

soziodemographische
Daten,
Inanspruchnahme
von Leistungen und
PatientInnen-
Zufriedenheit als
zentrale
Evaluationsindikatoren

Bei den Evaluationsindikatoren zeigte sich, dass die Erhebung von soziodemographischen Daten eine breite Anwendung sowohl in den Berichten als auch in den Studien fand. Weiters stellte die Inanspruchnahme von Leistungen einen zentralen Indikator dar. Die Zufriedenheit seitens der PatientInnen (etwa mit dem Leistungsangebot einer Sozialeinrichtung) war neben der Erhebung des körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustandes von PatientInnen, ein weiterer prominenter Evaluationsindikator. Ökonomische Indikatoren fanden sich in einer kleinen Anzahl an Publikationen berichtet.

Welche standardisierten Messinstrumente werden hierfür verwendet?

Verwendung von
standardisierten
Messinstrumenten eher
in den Studien – häufig
zu Indikatoren, die die
psychische Gesundheit
betreffen – Evaluation
zumeist in Form von
Selbstauskünften

Die Frage nach der Verwendung standardisierter Messinstrumente ließ sich am deutlichsten anhand der (englischsprachigen) Evaluationsstudien beantworten – in den (deutschsprachigen) Evaluationsberichten fanden sich hierzu keine relevanten Informationen. Die häufigsten Instrumente fanden sich hierzu zum Indikator Evaluation des psychischen Gesundheitszustandes von PatientInnen. Hierbei wurden sowohl generische (krankheitsunspezifische) als auch krankheitsbezogene Instrumente (wie etwa bzgl. affektiver Erkrankungen, Suchterkrankungen etc.) berichtet. Die Instrumente dienten überwiegend der Befragung von „PatientInnen“ (zumeist in Form von Selbstauskünften).

Limitationen bzw. kritische Ergebnisreflexion

große Heterogenität
in den Berichten und
Studien bezogen etwa
auf Populationen,
Themen, Leistungen,
methodischen Zugängen,
Indikatoren etc.

Die eingeschlossenen Evaluationsberichte und -studien weisen eine beträchtliche Heterogenität auf, welche sich sowohl in der verfügbaren Informationsbreite und -tiefe, als auch in grundsätzlich unterschiedlichen Schwerpunkten (bzgl. Evaluationszielen, -methoden, -indikatoren, aber auch hinsichtlich der evaluierten Programme/Institutionen sowie deren Zielgruppen und Leistungsumfänge) widerspiegelt. Vor allem in den englischsprachigen Artikeln fehlten teilweise z. B. genauere Beschreibungen der verwendeten Indikatoren bzw. der Messinstrumente. Zudem erschwerten die unterschiedlichen Formen der Leistungserbringung – *Programm* (z. B. Frühe Hilfen Netzwerk) *vs. Institution* (z. B. ambulante Gesundheitseinrichtung) – die Vergleichbarkeit der erhobenen Informationen.

„begriffliche Unschärfen“
bzw. fehlende
Operationalisierungen,
um möglichst
umfangreiches Bild zu
Evaluationsmethoden
zu bekommen;
Evaluationsmethoden
zu PHC Zentrum abseits
der Versorgung von
vulnerablen Personen

Bei den Begrifflichkeiten wurde teilweise eine gewisse „Unschärfe“ zugelassen. So wurde beispielsweise der Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf eingeschlossen, obwohl das Primärversorgungszentrum nicht (primär) auf die Gesundheitsversorgung vulnerabler Personengruppen abzielt. Es handelt sich jedoch um ein niederschwelliges ambulantes Angebot, weshalb die Informationen aus diesem Evaluationsbericht dennoch von Relevanz sein können.

Aufgrund der Zielsetzungen des Berichts, welche *nicht* auf eine Darstellung der *Ergebnisse* der Evaluationsstudien fokussierten, wurde von einer methodischen Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Berichte und Studien Abstand genommen.

Fazit

Die Ergebnisanalyse stellt eine Zusammenschau von Evaluationsmethoden, -indikatoren oder -instrumenten auf einer aggregierten Ebene dar. Es bedarf daher einiger grundsätzlicher Überlegungen für den Fall, dass diese Ergebnisse bzw. Erkenntnisse auf einen bestimmten Evaluationsgegenstand (z. B. Evaluation einer Sozialeinrichtung) übertragen werden sollen. In diesem Zusammenhang werden nachstehend einige dieser Überlegungen zur Verfügung gestellt:

1. Bei obdach-, wohnungslosen und nicht-krankenversicherten Personen handelt es sich um „hardly to reach populations“ Personengruppen, die auch als „marginal, hidden population“ beschrieben werden denen ein niederschwelliger Versorgungszugang ermöglicht werden soll. *Niederschwelligkeit* (etwa auch im Sinne einer sicheren Evaluationsumgebung) sollte sich generell auch in der Evaluation bzw. in der Wahl der Evaluationsmethode widerspiegeln (siehe auch Kapitel 3.2 zu „Sampling Strategien“).
2. Die Vertrauens- und Beziehungsebene ist für die Durchführung von Evaluationen, in denen vulnerable Personengruppen miteinbezogen werden sollen, ein wichtiger Faktor. Es bedarf der Entwicklung von „retention strategies“, d. h. Strategien mit denen PatientInnen, KlientInnen (mit teils gravierenden körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen) „gehalten“ werden können.
3. Vor der Planung bzw. der Durchführung einer Evaluation sollte ein Wirkungsmodell entwickelt werden, um die Zielrichtung einer Evaluation genau bestimmen zu können. Darauf aufbauend können die relevanten Evaluationspopulationen identifiziert, die adäquaten Evaluationsmethoden und -indikatoren bestimmt und die entsprechenden Evaluationsinstrumente festgemacht werden.
4. Weitere zentrale Überlegungen sollten in Bezug auf (zeitlichen und ökonomischen) Ressourcenaufwand einer Evaluation sowie hinsichtlich einer Selbst- oder Fremdevaluation angestellt werden.

Ergebnisdarstellung auf aggregierter Ebene; Übertragung von Ergebnissen bedarf einiger Vorüberlegungen, wie z. B. ...

... Niederschwelligkeit sollte sich auch in Evaluationen (bzgl. Wahl der Methoden, Zugang zu Personen etc.) widerspiegeln ...

... Vertrauens- und Beziehungsebene zwischen PatientInnen und EvaluatorInnen ist ein zentraler „Erfolgsfaktor“ ...

... Entwicklung eines Wirkungsmodells, um gezielte und relevante Evaluationsergebnisse zu erhalten ...

... Ressourcenaufwand von Evaluationen beachten

5 Literatur

- [1] Eder F, de la Barra S, Floh S, Harner R, Klement S, Steinbichler R, Hammer E, Unterholzner D. neunerhaus Jahresbericht 2017. Wien: Neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen; 2018 [cited 11.03.2019]; Available from: https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user_upload/neunerhaus_Jahresbericht_2017.pdf.
- [2] Schreiter S, Bempohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S. Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. Deutsches Ärzteblatt. 2017;114(40):665-72.
- [3] Fuchs M, Hollan K, Schenk M. Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Studie im Auftrag des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2017 [cited 11.03.2019]; Available from: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/3242>.
- [4] Help.gv.at. Hilfe für nicht krankenversicherte Personen. Wien: Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort; 2019 [cited 11.03.2019]; Available from: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/169/Seite.1693500.html>.
- [5] Krausz RM, Strehlau V, Schuetz C. Obdachlos, mittellos, hoffnungslos – Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit. Ein Forschungsbericht aus den USA und Kanada. Suchttherapie. 2016;17(3):131-6.
- [6] Schäfer-Walkmann S, Bühler S. Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg – eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie. Stuttgart: Institut für angewandte Sozialwissenschaften, 2011.
- [7] Priebe S, Matanov A, Schor R, Strassmayr C, Barros H, Barry MM, Diaz-Olalla JM, Gabor E, Greacen T, Holcnerova P, Kluge U, Lorant V, Moskalewicz J, Schene AH, Macassa G, Gaddini A. Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. BMC Public Health. 2012;12:248. Epub 2012/03/30.
- [8] Angier H, Marino M, Sumic A, O'Malley J, Likumahuwa-Ackman S, Hoopes M, Nelson C, Gold R, Cohen D, Dickerson K, DeVoe JE. Innovative methods for parents and clinics to create tools for kids' care (IMPACCT Kids' Care) study protocol. Contemp Clin Trials. 2015;44:159-63.
- [9] Riffer F., Schenk M. Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen – Eine partizipative Erhebung. Wien, Graz: Die Armutskonferenz, 2015.
- [10] Wien S. Menschen & Gesellschaft. 2019 [cited 07.01.2019]; Available from: <https://www.wien.gv.at/menschen-gesellschaft/>.
- [11] Hammer E, Berner B, Gremmel S, Stuiber-Poirson S. Konzept neunerhaus Gesundheitszentrum. Wien: neunerhaus, 2018.
- [12] Ö1. Kinder ohne Krankenversicherung Ö1 – Mittagsjournal: Ö1; 2019.
- [13] Deutsche Gesellschaft für Evaluation. Standards für Evaluation – Erste Revision 2016. Mainz: 2016.
- [14] European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL. ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Brussels: Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL (FEANTSA); 2009 [cited 11.03.2019]; Available from: https://www.feantsa.org/download/at__6864666519241181714.pdf.
- [15] Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Begriffsdefinitionen von Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekärer Wohnversorgung. Wien: BAWO; 2019 [cited 11.03.2019]; Available from: <http://www.bawo.at/de/content/wohnungslosigkeit/definitionen.html>.
- [16] Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAEMV). Primary Health Care (PHC): Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen. Medizinische Universität Graz, 2015.

- [17] The Health Foundation. Evaluation: what to consider – Commonly asked questions about how to approach evaluation of quality improvement in health care. 2015.
- [18] Znoj H., Regli D. Begriff und Arten der Evaluation. In: Renneberg B., Hammelstein P., editors. Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Verlag; 2006. p. 283-9.
- [19] Gerlach F. Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin. Stuttgart, New York, Delhi, Rio: Thieme Verlagsgruppe; 2001.
- [20] Fröschl B, Antony K. Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf. Zwischenbericht zum Arbeitsfortschritt. Wien: Gesundheit Österreich, 2017.
- [21] Haas S, Breyer E, Knaller C, Weigl m. Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 2 Kurzanleitung). Wien: Gesundheit Österreich/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, 2013.
- [22] Issel M, Wells R. Health program planning and evaluation: a practical, systematic approach for community health: Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2018.
- [23] Agadjanian V., Zotova N. Sampling and surveying hard-to-reach populations for demographic research: A study of female labor migrants in Moscow, Russia. 2012;26(5):131-50.
- [24] Heckathorn D. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations 2014;44(2):174-99.
- [25] Ortensi L. Reaching hard-to-reach migrant populations using different methodologies: the Italian experience. 2018; [cited 08.04.2019]; Available from: <https://www.euro.centre.org/events/detail/3274>.
- [26] Parnez T. How to Engage with Ethnic Minorities and Hard to Reach Groups – Guidelines for Practitioners. 2015 [cited 12.02.2019]; Available from: <http://bemis.org.uk/wp/wp-content/uploads/2013/10/how-to-engage-em-htr-groups.pdf>.
- [27] Schachner A, Hesse N, Rappauer A, Stadler-Vida M. Umsetzung von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken in Österreich – Endbericht der summativen Evaluation. 2017.
- [28] Burns S, Cupitt S. managing outcomes – a guide for homelessness organisations. 2017 (2003).
- [29] Evaluation Support Scotland. The Evaluation Pathway. 2019 [cited 31.01.2019]; Available from: <http://www.evaluationsupportscotland.org.uk/evaluation-landing-page/evaluation/>.
- [30] Evaluation Support Scotland. What ist an indicator?. 2019 [cited 31.01.2019]; Available from: http://www.evaluationsupportscotland.org.uk/media/uploads/what_is_an_indicator.pdf.
- [31] Burns S, Graham K, MacKeith J. Outcomes Star – The Star for people with housing and other needs – User Guide. 2017 [cited 31.01.2019]; Available from: <http://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/Homelessness-Star-User-Guide-Preview.pdf>.
- [32] Balthasar A, Fässler S. Wirkungsmodelle: Ursprung, Erarbeitungsprozess, Möglichkeiten und Grenzen. LeGes. 2017;28(2):285-308.
- [33] Brunold H, Fässler S, Oetterli M. Die Erarbeitung von Wirkungsmodellen und Indikatoren, Wesentliches in Kürze. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2016.
- [34] Health Outreach Partners. Programm Planning & Evaluation. Outreach Reference Manual. 2015 [cited 05.03.2019]; Available from: http://outreach-partners.org/clientportal/wp-content/uploads/2017/02/ORM_PPE.pdf.
- [35] Bengesser A, Wolfgruber G. Evaluierung der medizinischen Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe. FH Campus Wien, KOSAR GmbH, 2016.
- [36] Kunstmann W, Follmann A, Ottenjann P, Schulze-Raestrup U, Ostermann T. Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht. Münster: 2009.
- [37] Sprenger M, Bruckner CB. Ergebnisbericht Evaluation Caritas Marienambulanz 2007-2008. Graz: Ambulatorium Caritas Marienambulanz, 2008.

- [38] Stoppacher P, Edler M. „Dran bleiben und sich immer wieder in Erinnerung bringen“ – Netzwerke für eine erfolgreiche Zielgruppenarbeit. Endbericht der Begleitevaluation „Frühe Hilfen“. Graz: Institut für Arbeitsmarktbetreuung und -forschung, 2017.
- [39] Belue R, Figaro MK, Peterson J, Wilds C, William P. The diabetes healthy outcomes program: results of free health care for uninsured at a federally qualified community health center. *J*. 2014;5(1):4-8.
- [40] Bicki A, Silva A, Joseph V, Handoko R, Rico SV, Burns J, Simonelli A, Harrop J, Nedow J, De Groot AS. A nurse-run walk-in clinic: cost-effective alternative to non-urgent emergency department use by the uninsured. *J Community Health*. 2013;38(6):1042-9.
- [41] DeLia D, Hall A, Prinz T, Billings J. What matters to low-income patients in ambulatory care facilities? *Medical Care Research and Review*. 2004;61(3):352-75.
- [42] Kertesz SG, Pollio DE, Jones RN, Steward J, Stringfellow EJ, Gordon AJ, Johnson NK, Kim TA, Daigle SG, Austin EL, Young AS, Chrystal JG, Davis LL, Roth DL, Holt CL. Development of the Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) instrument: A practical survey of homeless patients' experiences in primary care. *Medical Care*. 2014;52(8):734-42.
- [43] McGuire J, Gelberg L, Blue-Howells J, Rosenheck RA. Access to primary care for homeless veterans with serious mental illness or substance abuse: A follow-up evaluation of co-located primary care and homeless social services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2009;36(4):255-64.
- [44] Slesnick N, Kang MJ, Bonomi AE, Prestopnik JL. Six- and twelve-month outcomes among homeless youth accessing therapy and case management services through an urban drop-in center. *Health Services Research*. 2008;43(1 Pt 1):211-29.
- [45] Steward JL. Development and testing of the Primary Care Homeless Organizational Assessment Tool (PC-HOAT) to evaluate primary care services for the homeless. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 2015;76(1-B(E)):No Pagination Specified.
- [46] Tapp H, Smith HA, Dixon JT, Ludden T, Dulin M. Evaluating primary care delivery systems for an uninsured Hispanic immigrant population. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 2013;36(1):19-33.
- [47] Pauley T, Gargaro J, Falode A, Beben N, Sikharulidze L, Mekinda B. Evaluation of an Integrated Cluster Care and Supportive Housing Model for Unstably Housed Persons Using the Shelter System. *Professional case management*. 2016;21(1):34-42.
- [48] Elissen AM, Van Raak AJ, Derckx EW, Vrijhoef HJ. Improving homeless persons' utilisation of primary care: Lessons to be learned from an outreach programme in The Netherlands. *International Journal of Social Welfare*. 2013;22(1):80-9.
- [49] Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, O'Carroll A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:58.
- [50] Paudyal V, MacLure K, Buchanan C, Wilson L, Macleod J, Stewart D. 'When you are homeless, you are not thinking about your medication, but your food, shelter or heat for the night': behavioural determinants of homeless patients' adherence to prescribed medicines. *Public Health*. 2017;148:1-8.
- [51] Fischer S, Stanak M. *Social Return on Investment: Outcomes, Methods and Economic Parameters*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2017.
- [52] Schaefer I. *Leitfaden Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen)*. Bielefeld: Universität Bielefeld; Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4: Prävention und Gesundheitsförderung; 2015 [cited 11.03.2019]; Available from: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/GAS_Leitfaden.pdf.
- [53] Hwang SW, Ueng JJ, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, Levinson W, Redelmeier DA. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *Am J Public Health*. 2010;100(8):1454-61. Epub 2010/06/19.

- [54] Franke GH. BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version [Manual]. Göttingen: Beltz Test; 2000. [cited 08.04.2019]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Gabriele_Franke/publication/260614093_Franke_GH_2000_BSI_Brief_Symptom_Inventory_-_Deutsche_Version_Manual_Gottingen_Beltz/links/of317531d8b2b606d4000000/Franke-GH-2000-BSI-Brief-Symptom-Inventory-Deutsche-Version-Manual-Goettingen-Beltz.pdf.
- [55] Miller WR. FORM 90 – A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors. Test Manual. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health & Human Services – Public Health Service; National Institutes of Health and National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism; 1996. [cited 08.04.2019]; Available from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/projectmatch/match05.pdf>.
- [56] Kuhn S. AUDIT-C – Fragebogen. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg c/o UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; 2014 [cited 11.03.2019]; Available from: <http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/AUDIT-C.pdf>.
- [57] Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). CAHPS Surveys and Tools to Advance Patient-Centered Care. Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Services; 2013 [updated 01.2019; cited 13.03.2019]; Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>.
- [58] Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-12 Fragebogen (Short Form 12). Berlin: HRTBT („Heartbeat“) Medical Solutions GmbH; 2018 [cited 13.03.2019]; Available from: <https://heartbeat-med.de/proms/sf-12-fragebogen/>.

Anhang

Tabelle A-1: Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen (Indikatorenliste gesamt)

Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen		
Indikator	Beschreibung	Qualitätsaspekt
<i>PHC Kriterium: Zugang</i>		
1. Behandlungszugang	Der Indikator beschreibt den Anteil der PatientInnen, für die es nach eigenen Angaben einfach war, die Behandlung im Rahmen der Primärversorgung zu bekommen.	Strukturqualität
2. Wöchentliche Mindestöffnungszeit	Der Indikator sagt aus, an wievielen der insgesamt 168 Wochenstunden eine Primärversorgungseinrichtung geöffnet hat.	Strukturqualität
3. Information über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	Der Indikator gibt an, ob PatientInnen aus ihrer Sicht von ihrer Primärversorgungseinrichtung ausreichend Informationen zu Hilfe außerhalb der Öffnungszeiten, z. B. am Abend oder an Wochenenden, erhielten.	Prozessqualität
4. Wartezeit – nicht akuter Behandlungstermin	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der PatientInnen mit Erstkonsultation wegen eines nicht akuten Gesundheitsproblems im Bezugszeitraum ist, die einen Termin in der Primärversorgungseinrichtung innerhalb des definierten Zeitrahmens erhielten.	Ergebnisqualität
5. Wartezeit – akuter Behandlungstermin	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der PatientInnen mit Erstkonsultation wegen eines akuten Gesundheitsproblems im Bezugszeitraum ist, die einen Termin in der Primärversorgungseinrichtung innerhalb des definierten Zeitraums erhielten.	Ergebnisqualität
<i>PHC Kriterium: Qualität der Versorgung</i>		
6. Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen	Der Indikator beschreibt den Anteil jener Kriterien aus einem Bewertungsbogen zur Qualität und Verfügbarkeit von Informationsmaterialien zur Versorgungseinrichtung und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen für PatientInnen, die von einer Primärversorgungseinrichtung erfüllt werden.	Strukturqualität
7. Informationen zur Behandlung aus PatientInnensicht	Der Indikator beschreibt den Anteil der PatientInnen einer Versorgungseinrichtung, die angeben, dass sie von ihrer Versorgungseinrichtung eine ausreichende Aufklärung zu Erkrankung, Behandlung und Kontrollterminen erhalten haben.	Ergebnisqualität
8. PatientInnenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes/der Ärztin	Der Indikator beschreibt den Anteil der PatientInnen einer PHC-Versorgungseinrichtung, die angeben, dass sie mit der Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin zufrieden waren.	Ergebnisqualität
9. Shared Decision Making	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der PatientInnen einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, die angeben, dass sie in die Entscheidung in Bezug auf ihre Behandlung mit einbezogen wurden.	Prozessqualität
10. Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen	Der Indikator sagt aus, wie hoch der Anteil der PatientInnen mit chronischen Erkrankungen ist, die angeben, dass sie von ihrer PHC-Versorgungseinrichtung hinsichtlich Selbst-Management und Selbsthilfegruppen (Kontaktaten, Informationsmaterial, ...) unterstützt werden.	Prozessqualität
11. Weiterempfehlung des Versorgungsmodells	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der PatientInnen ist, die so zufrieden mit der Betreuung in einer PHC-Versorgungseinrichtung sind, dass sie diese anderen weiterempfehlen würden.	Ergebnisqualität
12. Hausbesuche	Der Indikator gibt an, ob eine Versorgungseinrichtung in den letzten 12 Monaten Hausbesuche für PatientInnen durchgeführt hat, denen das Aufsuchen der Praxis nicht möglich oder nicht zumutbar war (z. B. auf Grund von Krankheit, Alter oder körperlicher Beeinträchtigung).	Strukturqualität
13. Zahl der stationären Aufenthalte	Der Indikator gibt an, wie hoch die Anzahl der stationären Krankenhausaufnahmen bezogen auf 1.000 PatientInnen bezogen auf die PHC-Versorgungseinrichtung ist.	Ergebnisqualität
14. Teilnahme an Qualitätszirkeln	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, die im vergangenen Jahr an mindestens zwei Qualitätszirkeltreffen teilgenommen haben, gemessen an allen Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung.	Ergebnisqualität

Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für PHC-Einrichtungen		
Indikator	Beschreibung	Qualitätsaspekt
15. Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell	Der Indikator gibt den Anteil der Teammitglieder der PHC-Versorgungseinrichtung an, die an Informationsveranstaltungen oder Versammlungen im Bezugszeitraum teilgenommen haben (z. B. Mitgliederversammlungen oder Netzwerkkonferenzen bei dezentralen Versorgungsmodellen).	Prozessqualität
16. Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie gut sich die Teammitglieder über Ziele und Aktivitäten der PHC-Versorgungseinrichtung informiert fühlen.	Ergebnisqualität
17. PatientInnenschulungsangebot	Der Indikator gibt an, ob in einer Versorgungseinrichtung unabhängige und qualitätsgesicherte PatientInnenschulungen angeboten werden.	Prozessqualität
18. Durchführung einer PatientInnenbefragung	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, ob von der PHC-Versorgungseinrichtung regelmäßig PatientInnenbefragungen durchgeführt werden.	Prozessqualität
19. Durchführung einer Teambefragung	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, ob in der PHC-Versorgungseinrichtung regelmäßig Teambefragungen durchgeführt werden.	Prozessqualität
20. Teilnahme an der Teambefragung	Der Indikator gibt den Anteil der Teammitglieder an, die an einer Teambefragung teilgenommen haben, gemessen an allen Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung (Rücklaufquote).	Prozessqualität
PHC Kriterium: Kontinuität der Versorgung		
21. Abgleich Medikation – PatientInnenakte	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil der PatientInnen einer PHC-Versorgungseinrichtung ist, deren Medikamentenliste mit der tatsächlich laut PatientInnenakte/Therapieplan verschriebenen Medikation abgeglichen wurde.	Prozessqualität
22. Wiederbestellsystem für chronisch Kranke	Der Indikator gibt an, wie groß der Anteil an chronisch kranken PatientInnen ist, die Wiederbestellungen und/oder Erinnerungen, wie sie im Therapieplan/Behandlungsplan vorgesehen sind, erhalten.	Prozessqualität
23. Verschiedene konsultierte HausärztInnen je PatientIn	Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Zahl der verschiedenen konsultierten HausärztInnen (unabhängig davon, ob es ÄrztInnen der PHC-Versorgungseinrichtung sind) bezogen auf alle PatientInnen, die im Bezugszeitraum mindestens einen Hausarzt/ärztin-Kontakt in der PHC-Versorgungseinrichtung hatten.	Prozessqualität
24. Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie hoch der Anteil der mit den Ergebnissen und dem Arbeitsumfeld der PHC-Versorgungseinrichtung zufriedenen Teammitglieder ist.	Ergebnisqualität
25. Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Austritte von Teammitgliedern einer PHC-Versorgungseinrichtung im Verhältnis zur Gesamtzahl der Teammitglieder einer PHC-Versorgungseinrichtung im Bezugszeitraum ist.	Ergebnisqualität
PHC-Kriterium: Koordination der Versorgung		
26. Facharzt/Fachärztin-Konsultationen mit Überweisung	Der Indikator bildet ab, wie groß der Anteil der FachärztInnen-Konsultationen ist, für die eine Überweisung der PHC-Versorgungseinrichtung des Patienten/der Patientin vorliegt, bezogen auf alle FachärztInnen-Konsultationen bei PatientInnen der PHC-Versorgungseinrichtung.	Ergebnisqualität
27. Überweisungsqualität	Der Indikator sagt aus, ob nach Angaben der KooperationspartnerInnen, die Überweisungen einer PHC-Versorgungseinrichtung ausreichende und korrekte Informationen zu PatientIn und Therapie enthalten.	Prozessqualität
28. Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams	Der Indikator gibt den Anteil der PatientInnen an, bei denen alle Informationen betreffend Diagnose oder Änderung der Behandlung rasch und einfach für alle an der Behandlung beteiligten Personen zugänglich sind.	Prozessqualität
29. System zur Informationsverwaltung	Der Indikator gibt an, ob die PHC-Versorgungseinrichtung über ein effizientes System/Protokoll zur Verwaltung und Dokumentation von Informationen (Korrespondenz, Testergebnisse, externe Untersuchungsergebnisse) aller PatientInnen verfügt.	Strukturqualität
PHC-Kriterium: Sicherheit		
30. Medikamentenallergien	Der Indikator gibt an, ob es in der PHC-Versorgungseinrichtung ein Standardverfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien und unerwünschten Arzneimittelwirkungen gibt.	Prozessqualität

Tabelle A-2: Gütekriterien qualitativer Forschungsansatz – summative Evaluation Frühe-Hilfen-Netzwerke Österreich

Gütekriterium	Auswahl an Ausformulierungen
Intersubjektive Nachvollziehbarkeit und reflektierte Subjektivität	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Detaillierte Beschreibung des Forschungsprozesses, um Datenerhebung und Beurteilung der Ergebnisse nachvollziehbar zu machen; ✦ Auswertung im Rahmen einer Forschungsgruppe, um breites Spektrum an Perspektiven bei der Dateninterpretation zu berücksichtigen; ✦ Reflexion der eigenen Rolle als ForscherIn im Forschungsprozess, um Beeinflussungen auf das Forschungsfeld zu berücksichtigen.
Gegenstandsangemessenheit des Forschungsprozesses	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Angemessenheit des Vorgehens und die Methodenwahl erfolgte auf Basis der Forschungsfragen; ✦ Ausreichende Berücksichtigung der Äußerungen und Bedeutungszuschreibungen der ausgewählten Familien gegenüber den <i>Frühe Hilfen</i> durch Anwendung partizipativer und offener Forschungsmethoden.
Empirische Verankerung	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Erkenntnisse der Wirkungsevaluation orientierte sich eng an den erhobenen Daten bzw. den subjektiven Sichtweisen der Familien – Entwicklung einer systematischen und nachvollziehbaren Datenanalyse; ✦ Kommunikative Validierung der Daten, d. h. die Daten wurden in Fokusgruppen bearbeitet und die aufbereiteten Fallbeispiele wurden an die Familien zur Durchsicht übergeben.
Limitation, Kohärenz und Relevanz	<ul style="list-style-type: none"> ✦ (bewusste) Auswahl der Familien, um unterschiedliche Lebenswirklichkeiten und Bedürfnisse abzubilden; ✦ Datenerhebung erfolgt v. a. auch im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Idealmodells <i>Frühe Hilfen</i> und für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen.
Nützlichkeit und Genauigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Ergebnisdarstellung mit Fokus auf erkennbare (Programm)Stärken und Verbesserungspotenziale; ✦ Ergebnisreflexion mit unterschiedlichen Zielgruppen.
Durchführbarkeit und Zielgruppenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Datenerhebung unter Berücksichtigung von Ressourcen in den Familien, Vermeidung von zusätzlichen Belastungen; ✦ Informationsblätter in mehreren Ausführungen (leichte Sprache-Formate, Englisch etc.); ✦ Wissenschaftlicher Ansatz: „partizipative Gesundheitsforschung“, d. h. Forschung wird als „eine Koproduktion verschiedener Akteur/innen“ verstanden, mit dem Ziel „ein Maximum an Partizipation am gesamten Forschungsprozess für die Menschen, deren Leben oder Arbeit erforscht wird“ herzustellen [27].

Quelle: [27]

Tabelle A-3: Beschreibung von Evaluationsmethoden in Berichten aus Österreich und Deutschland (Teil I)

	Evaluierung der medizinischen Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe [35]	Evaluation des Projekts PHC Medizin Mariahilf [20]	„Frühe Hilfen“: Endbericht der summativen Evaluation [27]	„Frühe Hilfen“: Endbericht der formativen Evaluation [38]
Land, Jahr	Ö, 2016	Ö, 2017	Ö, 2017	Ö, 2017
Evaluation durchgeführt von	Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit, FH Campus Wien	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	queraum. kultur- und sozialforschung	Institut für Arbeitsmarkt-betreuung und -forschung (IFA)
Evaluations-population	BewohnerInnen und KlientInnen aus Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWH); von Obdachlosigkeit betroffene Personen, die prinzipiell anspruchsberechtigt an Leistungen der WWH wären; in Einzelfällen nicht-anspruchsberechtigte obdachlose Personen (InterviewpartnerInnen n=12; zwischen 30-70 Jahre)	PatientInnen des Primärversorgungszentrums Medizin Mariahilf (Fragebogenbefragung n=413)	Familien, die durch die regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerke begleitet werden; insbesondere armuts- und ausgrenzungsgefährdete Familien	siehe „Frühe Hilfen“: Endbericht der summativen Evaluation [27]
Gesundheitsbedrohungen/-belastungen	häufigste Diagnosen: Psychische Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Stoffwechselerkrankungen	nicht näher spezifiziert	z. B. Migrationshintergrund, geringer Bildungsgrad, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, finanzielle Schwierigkeiten, fehlendes soziales Netzwerk, familiäre Konflikte, physische und psychische Belastungen der Eltern, erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes, etc.	siehe „Frühe Hilfen“: Endbericht der summativen Evaluation [27]
Evaluationsgegenstand	Medizinische Angebote der WWH für krankenversicherte bzw. nicht-krankenversicherte obdachlose Personen	Primärversorgungszentrum PHC Medizin Mariahilf	Frühe Hilfen Österreich	Frühe Hilfen Österreich
Leistungsumfang	allgemein- und zahnmedizinische Leistungen, Versorgung mit Medikamenten, Krankentransport, Sozialarbeit	allgemeinmedizinische Versorgung, psychotherapeutische Beratung, Pflegeleistungen, Ernährungsberatung, Diabetesberatung	aufsuchendes Angebot für Schwangere und Familien mit Kleinkindern (bis 3 Jahre) in belastenden Situationen	siehe „Frühe Hilfen“: Endbericht der summativen Evaluation [27]
Setting	ambulant (Praxis) und aufsuchend (in den Wohnangeboten, Bus)	ambulant (Praxis)	aufsuchend	aufsuchend
Forschungsfrage (n)	Werden mit dem vorhandenen Angebot an medizinischer Grundversorgung der WWH für krankenversicherte bzw. nicht-krankenversicherte obdachlose Personen die durch das Angebot der WWH angestrebten Ziele erfüllt?	Grundfrage: Führt das Angebot der PHC-Zentren zu einer Verbesserung der Primärversorgung für die PatientInnen in Bezug auf Service und Qualität? * <i>Zielebene PatientInnen:</i> Ist eine integrative, qualitätsgesicherte und wohnortnahe Betreuung für die Wohnbevölkerung gewährleistet? * <i>Zielebene AnbieterInnen und MitarbeiterInnen:</i> Welche Auswirkungen hat das Organisationsmodell PHC auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen sowie auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der PHC?	übergeordnete Fragestellungen: * Gelingt es mit den etablierten Frühe Hilfen-Maßnahmen bessere Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen zu schaffen? * Leisten die etablierten Frühe Hilfen-Maßnahmen einen Beitrag zu sozialer und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit? spezifische Fragestellungen: * Welche Charakteristika und Belastungsfaktoren besitzen Eltern, die das Angebot der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen? * Wie gestaltet sich der Prozess der Familienbegleitung?	Leitfragen der begleitenden Evaluation: * Welche Rahmenbedingungen, Vorgehensweisen, Strukturen, Prozesse unterstützen/fördern bzw. behindern/erschweren die Umsetzung von Frühen Hilfen? Sind die Strukturen, Prozesse, Zugangswege etc. geeignet, einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zu leisten?

	Evaluierung der medizinischen Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe [35]	Evaluation des Projekts PHC Medizin Mariahilf [20]	„Frühe Hilfen“: Endbericht der summativen Evaluation [27]	„Frühe Hilfen“: Endbericht der formativen Evaluation [38]
Forschungsfrage (n) (Fortsetzung)		<ul style="list-style-type: none"> ☛ <i>Zielebene Systemsteuerung:</i> Wird die Primärversorgungsebene gestärkt? Werden PatientInnen zum Best Point of Service gesteuert bzw. die sekundäre Versorgungsebene entlastet? ☛ <i>Zielebene projektspezifischer Schwerpunkt PHC Medizin Mariahilf:</i> Welche Änderungen ergaben sich im Vergleich zur zuvor bestehenden Gruppenpraxis? 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Wurde das Angebot der Frühen Hilfen von den betreffenden Zielgruppen angenommen und positiv bewertet? ☛ Konnte bei den begleiteten Familien aus deren Sicht eine positive Veränderung durch die Frühen Hilfen erzielt werden? 	Sind die regionalen Frühen Hilfen-Netzwerke darauf ausgerichtet, sozial benachteiligte Familien adäquat anzusprechen und zu unterstützen? Was hat sich bewährt, was sollte weiterentwickelt bzw. verbessert werden?
Evaluationsmethode (n)	Mixed Methods Ansatz (Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden): <ul style="list-style-type: none"> ☛ quantitative Auswertungen basierend auf 3 Datenquellen (Daten der Wiener Gebietskrankenkasse, Daten der Landeszielsteuerung, Daten des <i>neunerhauses</i>) ☛ qualitative leitfadengestützte Interviews mit MitarbeiterInnen (n=6) und KundInnen (n=12) 	Formative, ergebnisorientierte, externe Evaluation Datenerhebungsmethoden: <ul style="list-style-type: none"> ☛ Datenanalysen im Zeitverlauf (mit und ohne Vergleichsgruppe) ☛ Befragungen von PatientInnen mittels Fragebogen (n=413) ☛ Leitfadengestützte Interviews mit GesellschafterInnen und MitarbeiterInnen ☛ Auswertung von Daten aus der PHC-Information und Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Dokumentenanalyse ☛ <i>Maßnahmen auf Ebene der regionalen Frühe-Hilfe-Netzwerke:</i> Leitfadengestützte (Gruppen-)Interviews in 23 regionalen Netzwerken; Fokusgruppen ☛ <i>Maßnahmen auf Ebene der Familien:</i> Tiefeninterviews mit ausgewählten Familien (n=21); Fallbeispiele mit ausgewählten Familien (n=8) mit partizipativer Fotobefragung 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ qualitative Interviews mit ExpertInnen (n=38) ☛ Fokusgruppen (n=5) mit bei der Umsetzung der Frühen Hilfen unterschiedlich involvierten Personen ☛ Netzwerkanalyse mittels teilstandardisierter Online-Erhebung ☛ vertiefte Analyse in ausgewählten regionalen Netzwerken
Incentives	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Indikatoren/Ergebnisparameter	<p>Quantitative Untersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ soziodemografische Beschreibung der NutzerInnen ☛ Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Wohnungslose in Wien, die bei der WGKK versichert sind ☛ Inanspruchnahme medizinischer Leistungen des <i>neunerhaus</i> durch Nichtversicherte und Personen, die bei anderen Krankenkassen versichert sind <p>Qualitative Untersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Aufgaben und Tätigkeitsbereiche in den medizinischen Einrichtungen des WWH ☛ Zielgruppen und Nutzung der medizinischen Angebote ☛ medizinische Netzwerke und Kooperationen ☛ Beziehungsarbeit als Basis der medizinischen Behandlung ☛ Interdisziplinarität als Behandlungskonzept 	<p>Indikatoren (Beispiele):</p> <p><i>Zielebene PatientInnen:</i> z.B</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ PatientInnenstruktur ☛ Zugänglichkeit: personelle Besetzung, Wartezeit und Terminmanagement, Barrierefreiheit ☛ Leistungsangebot: Inanspruchnahme des erweiterten Leistungsangebots, Zufriedenheit der PatientInnen <p><i>Zielebene AnbieterInnen und MitarbeiterInnen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Versorgung chronisch kranker, multimorbider, geriatrischer PatientInnen: StammpatientInnen, Disease-Management-Programme ☛ Gesundheitsförderung und Früherkennung: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, Erinnerungssysteme 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ <i>Charakteristika der Zielgruppe,</i> z. B. Alter, Parität, Familienstand, Armutsgefährdung, Migrationshintergrund, Bildungsgrad ☛ <i>Belastungen,</i> z. B. Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, finanzielle Schwierigkeiten, fehlendes soziales Netzwerk, körperliche und psychosoziale Gesundheit der Hauptbezugspersonen, sprachliche Barrieren, schwierige Verhältnisse in der Partnerschaft, Überlastung der Mutter, traumatische Erlebnisse, erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes ☛ <i>Ressourcen,</i> z. B. Eltern-Kind-Bindung/ Umgang in der Familie, Durchhaltevermögen, soziale Ressourcen, Fähigkeit Hilfe anzunehmen, Reflexionsfähigkeit ☛ <i>allgemeine Zufriedenheit der Familien mit dem Angebot,</i> z. B. Zufriedenheit mit dem Verhalten/den fachlichen Kompetenzen der Familienbegleiterinnen, Zufriedenheit mit der Lotsinnenfunktion und Vermittlungsrolle, Zufriedenheit mit der Dauer der Unterstützung, Weiterempfehlung 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Stand der Umsetzung (Anzahl und Abdeckungsgrad der Netzwerke, Anzahl der zugewiesenen und begleiteten Familien) ☛ Ressourcen für die Schlüsselfunktionen Netzwerkmanagement und Familienbegleitung, Einhalten der Qualitätsstandards ☛ derzeitiger Stand zum Aufbau der regionalen Steuerungsgruppen und der ExpertInnengremien ☛ zentrale AkteurInnen für die Ebenen Netzwerkaufbau und -pflege, Zuweisung, Information der breiten Öffentlichkeit, ☛ Schlüsselkräfte, zuweisende Stellen, kooperierende Stellen

	Evaluierung der medizinischen Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe [35]	Evaluation des Projekts PHC Medizin Mariahilf [20]	„Frühe Hilfen“: Endbericht der summativen Evaluation [27]	„Frühe Hilfen“: Endbericht der formativen Evaluation [38]
Indikatoren/ Ergebnisparameter (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> ✳️ Erstkontakt mit medizinischen Angeboten der WWH ✳️ Gründe für die Inanspruchnahme der medizinischen Angebote der WWH ✳️ Kontakt zwischen KundInnen und MitarbeiterInnen der WWH ✳️ Regelsystem und/oder medizinische Angebote der WWH ✳️ Veränderung des gesundheitlichen Befindens und des Gesundheitsbewusstseins 	<ul style="list-style-type: none"> ✳️ Kontinuität und Kooperation: Kooperation/Vernetzung mit anderen LeistungsanbieterInnen, elektronische Dokumentation ✳️ Medikamenten-Management: Polypharmazie, Anteil Generika, verordnete Antibiotika sowie Antidepressiva ✳️ Information für PatientInnen: Informationsgespräche, -materialien, Information über Leistungen und krankheitsspezifische Themen ✳️ Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Zufriedenheit des Personals/ Verbesserungspotenziale ✳️ Zusammenarbeit: Einschätzung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Teamsitzungen, Fallbesprechungen ✳️ Arbeitsrahmenbedingungen: Flexibilität der Arbeitszeiten ✳️ PHC als Ausbildungsstelle: Einschätzung der AusbildungskandidatInnen <p><i>Zielebene Systemsteuerung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳️ Versorgungswirksamkeit: PatientInnen-Struktur, Anteil versorgter PatientInnen, Kontakte mit FachärztInnen, stationäre Aufenthalte ✳️ Stärkung der Allgemeinmedizin: Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildung ✳️ Qualitätssicherung: Qualitätsmanagementsysteme, Qualitätszirkel, Weiterbildung ✳️ Honorierungsmodelle <p>(die zusätzlichen projektspezifischen Schwerpunkte für PHC Medizin Mariahilf bzw. PHC SMZ-Ost werden hier nicht genannt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✳️ <i>individueller Nutzen und subjektiv wahrgenommene Wirkung:</i> Erhebung der subjektiven Sichtweisen der NetzwerkmanagerInnen, TeamleiterInnen, FamilienbegleiterInnen und Familien zu den folgenden Gesundheitsdeterminanten: <ul style="list-style-type: none"> ○ gesundheitsfördernde materielle Umwelt (z. B. kindgerechte Gestaltung und Nutzung der Ressourcen der Wohnumgebung) ○ gesundheitsfördernde soziale/gesellschaftliche Umwelt (z. B. Eltern-Kind-Bindung, Verbesserung des Familienklimas, Netzwerkaufbau) ○ gesundheitsfördernde personale Ressourcen (z. B. Verringerung Ängste und Überforderungen, Empowerment, Steigerung der Gesundheit und -kompetenz, Stärkung der Erziehungskompetenz, Entwicklung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen des Kindes) ✳️ <i>Herausforderungen und Verbesserungspotenziale in der Umsetzung:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ strukturelle Chancen und Grenzen (z. B. Einzugsgebiet, steigende Nachfrage bei gleichbleibenden Ressourcen, Netzwerkarbeit) ○ Herausforderungen in der Umsetzung (z. B. Rollenklarheit und Abgrenzung zu anderen Angeboten, sprachliche Herausforderung und kultursensible Arbeit, Grenzen der LotsInnenfunktion) ○ Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Arbeit mit den Familien (z. B. Gewalt oder aggressives Verhalten in der Familie, Begleitung statt Anleitung, Abschluss der Begleitung) 	<ul style="list-style-type: none"> ✳️ Ressourcen in den Frühe-Hilfen-Netzwerken: z. B. Multiprofessionalität, Supervision, Teambesprechungen, ausreichende Infrastruktur und Ressourcen, ... ✳️ Einschätzung des Informationsstandes ✳️ Bewertung der Erfüllung der Aufgaben des Netzwerkmanagements ✳️ Einschätzung der Art der Entscheidungsfindung und des Grades an Einbindung in Netzwerke ✳️ Bewertung des Austausches und der Kooperation im Netzwerk ✳️ Beurteilung der Netzwerktreffen, Zufriedenheit ✳️ Bewertung der Arbeits- und Handlungsfähigkeit im Netzwerk ✳️ Einschätzungen zur Zielgruppenerreichung ✳️ Ausgleich sozialer Benachteiligung durch Frühe Hilfen ✳️ Bewertung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, der Projektgremien, der Unterlagen und Materialien, des Dokumentationssystems FRÜDOK, der Schulungen sowie der Öffentlichkeitsarbeit
verwendete Messinstrumente	keine	keine	keine	keine

Tabelle A-3: Beschreibung von Evaluationsmethoden in Berichten aus Österreich und Deutschland (Teil II)

	Ergebnisbericht Evaluation Caritas Marienambulanz 2007-2008 [37]	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg – eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie [6]	Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen – Evaluation des Umsetzungskonzeptes [36]
Land, Jahr	Ö, 2008	D, 2011	D, 2009
Evaluation durchgeführt von	Dr. med. Martin Sprenger, MPH unter Mitarbeit von Mag. ^a (FH) C. Bernadette Bruckner	Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS), Stuttgart	Dr. Wilfried Kunstmann (Erstautor), Ärztekammer Westfalen-Lippe
Evaluationspopulation	Befragung der MitarbeiterInnen (keine PatientInnen-Befragung) Personen, die keine Krankenversicherung haben, illegal in Österreich leben, und versicherte Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen (z. B. Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Scham, sprachliche Barrieren, ...) die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können	Befragung auf Institutionenebene (keine PatientInnen-Befragung) wohnungslose Personen in Baden-Württemberg, die eine der befragten Institutionen in Anspruch nehmen	wohnungslose Menschen, die im 2. Quartal 2002 an einem der 5 Projektstandorten in Nordrhein-Westfalen behandelt wurden
Gesundheitsbedrohungen/-belastungen	nicht näher spezifiziert	nicht näher spezifiziert	häufigste Behandlungsanlässe: Herz-Kreislauf- und Atemwegsbeschwerden, Hauterkrankungen, Verletzungen, Suchterkrankungen, Hepatitis-Infektionen.
Evaluationsgegenstand	Caritas Marienambulanz in Graz (niederschwellige allgemeinmedizinische Primärversorgung für Menschen, die keine Krankenversicherung haben, illegal in Österreich leben und für versicherte Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können)	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg: Beteiligung an der Befragung durch 95 Einrichtungen (89 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, 6 Einrichtungen der Straffälligenhilfe)	Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen (5 Projektstandorte)
Leistungsumfang	umfassendes allgemeinmedizinisches Angebot sowie zielgruppenspezifische Projekte (z. B. Personen mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten)	allgemein- und zahnmedizinische Leistungen, Augenoptik, pflegerisches Hilfeangebot, psychiatrisches Hilfeangebot, suchtspezifisches Angebot	medizinische Maßnahmen wie Beratung, Untersuchungen, Medikation, Labor; pflegerische Maßnahmen wie Wundversorgung, Maßnahmen zur Stärkung eigener Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen, etc.
Setting	ambulant (Praxis) und aufsuchend (Ambulanzbus, Streetwork)	ambulant und aufsuchend	aufsuchend
Forschungsfrage (n)	Ziel der Evaluation ist die diskursive Ermittlung konstruktiver Vorschläge für eine gezielte und optimale Weiterentwicklung der Caritas Marienambulanz zu einem Kompetenz- und Gesundheitszentrum für soziale Randgruppen	Forschungsleitende Fragen: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Welche Bedarfe kennzeichnen die gesundheitliche Lage wohnungsloser Menschen? ❖ Welche Versorgungsangebote stehen in Baden-Württemberg zur Verfügung? ❖ Wie erfolgt der Zugang der KlientInnen zum Versorgungssystem? ❖ Was sind Zugangsschranken? ❖ Welche rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen greifen? ❖ Welche Versorgungslücken lassen sich identifizieren? ❖ Was lässt sich aus den Beispielen guter Praxis für die Versorgung wohnungsloser Menschen – nicht nur – in Baden-Württemberg ableiten? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Wird mit den Projekten die eigentliche Zielgruppe Wohnungsloser erreicht? ❖ Wie häufig nutzen die PatientInnen die medizinische Versorgung der Projekte? ❖ In welchem Gesundheitszustand befinden sich die erreichten Wohnungslosen, sind sie akut behandlungsbedürftig? ❖ Welche medizinischen und pflegerischen Behandlungen erhalten die PatientInnen in den Projekten? ❖ Werden die PatientInnen parallel auch durch andere medizinische Einrichtungen versorgt? ❖ Verfügen die PatientInnen über einen Krankenversicherungsschutz? ❖ Gelingt mit den Projekten eine Reintegration Wohnungsloser in die medizinische Regelversorgung?

	Ergebnisbericht Evaluation Caritas Marienambulanz 2007-2008 [37]	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg – eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie [6]	Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen – Evaluation des Umsetzungskonzeptes [36]
Evaluationsmethode (n)	<p>Prozessorientierte formative Evaluation mit dreistufigem Vorgehen:</p> <p>Stufe 1 (interne Bewertung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ MitarbeiterInnenbefragung (Fragebogen mit 52 Fragen in 7 Frageblöcken) ❖ Interviews mit ausgewählten MitarbeiterInnen (n=8) ❖ Dokumentenanalyse ❖ SWOT-Analyse (Stärken/Schwächen) <p>Stufe 2 (externe Bewertung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Durchführung externer Interviews mit ausgewählten externen Stakeholdern der Caritas Marienambulanz ❖ Auswertung der Interviews, Interpretation der vorgelegten Daten im Gesamtzusammenhang <p>Stufe 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Zusammenführung der externen und internen Bewertung ❖ Entwicklung von Strategien für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung 	<p>Erhebung quantitativer und qualitativer Primärdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Versendung eines standardisierten Erhebungsbogens an alle 44 Stadt- und Landkreise sowie an Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, ggfs. telefonischer Kontakt ❖ inhaltsanalytische Bearbeitung von Projektmaterialien (z. B. Projektbeschreibungen, Jahresberichte, Pressespiegel, Protokolle, etc.) ❖ ExpertInnen-Interviews mit Verantwortlichen/Projektbeteiligten in den Modelleinrichtungen ❖ Gruppendiskussionen mit MitarbeiterInnen und NutzerInnen der jeweiligen Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Erfassung der Stammdaten der PatientInnen und der einzelnen Behandlungskontakte in einer Dokumentationssoftware; Auswertung dieser Daten ❖ Befragung der ProjektmitarbeiterInnen mittels teilstandardisiertem Fragebogen und ergänzender Befragung vor Ort
Incentives	n.r.	n.r.	n.r.
Indikatoren/Ergebnisparameter	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Arbeitsplatz: z. B. Zufriedenheit der MitarbeiterInnen, Arbeitsbelastung, Problemlösungsstrategien, Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung, ... ❖ Leitbild der Marienambulanz: z. B. Identifizierung, externes Ansehen der Einrichtung ❖ externe Zusammenarbeit (z. B. mit FachärztInnen, Labor, anderen Einrichtungen der Caritas und des öffentlichen Gesundheitssystems) ❖ derzeitige Situation der Marienambulanz: z. B. Qualität der Versorgung, Niederschwelligkeit, finanzielle Abhängigkeit, ... ❖ Zukunft der Marienambulanz: z. B. Ausbau der Angebote, Finanzierung, ... ❖ PatientInnenzahl und -struktur (Geschlecht, Alter, Versicherungsstatus, Herkunftsland) ❖ Anzahl der Kontakte, Nutzung der unterschiedlichen Angebote ❖ Berufsgruppen in der Marienambulanz, Sprachkenntnisse, ehrenamtlich geleistete Stunden ❖ Ausgaben, Einnahmen 	<p>6 wesentliche Faktoren, die als Indikatoren für eine gelingende gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen bedeutsam sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>Menschenbild und ethische Haltung:</i> z. B. Achtsamkeit, vorurteilsfreie Begegnung, Zeit, Zuwendung ❖ <i>Niederschwelligkeit:</i> z. B. aufsuchende Angebote, Geduld und Zeit für Beziehungsaufbau ❖ <i>freiwilliges Engagement</i> ❖ <i>spezielle medizinische Versorgungsangebote:</i> z. B. psychiatrische und suchtmittelmedizinische Hilfe, zahnmedizinische Versorgung ❖ <i>gesicherte Finanzierung</i> ❖ <i>Kooperationen und Vernetzung:</i> z. B. Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und FachärztInnen und Pflegediensten, Vernetzung mit stationärem Bereich (v. a. Psychiatrie und Suchthilfe) 	<p><i>Ad Zielgruppenerreichung, z. B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ PatientInnenzahl pro Quartal (+ Gegenüberstellung mit vereinbarten Zielgrößen) ❖ Unterkunftssituation ❖ Verteilung der Behandlungskontakte auf Behandlungssettings (z. B. Praxisräume, Ambulanzbus, Straße) ❖ Medizinischer Versorgungsstatus bei Erstkontakt <p><i>Ad Behandlungskontakte, Häufigkeit der Nutzung, z. B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Zahl der behandelten PatientInnen ❖ durchschnittliche Kontaktzahl pro PatientIn <p><i>Ad Gesundheitszustand/Behandlungsbedarf, z. B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ akute Beschwerdebilder der ProjektpatientInnen („Kontakt Diagnosen“) ❖ Zahl der pro Kontakt behandelten Beschwerdebilder ❖ chronische Erkrankungen Wohnungsloser ❖ Zahl der pro PatientIn dokumentierten chronischen Erkrankungen

	Ergebnisbericht Evaluation Caritas Marienambulanz 2007-2008 [37]	Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg – eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie [6]	Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen – Evaluation des Umsetzungskonzeptes [36]
Indikatoren/ Ergebnisparameter (Fortsetzung)			<p><i>Ad medizinische und pflegerische Leistungen, z. B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ durchgeführte medizinische Maßnahmen (z. B. Impfung, Untersuchung, Medikation, Labor, Notfall) ✳ durchgeführte pflegerische Maßnahmen ✳ durchgeführte Überweisungen an niedergelassene ÄrztInnen oder stationäre Einrichtungen <p><i>Ad Krankenversicherungsschutz, z. B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ Krankenversicherungsstatus der ProjektpatientInnen ✳ Krankenversicherungskarte bei Erstkontakt <p><i>Ad Reintegration, z. B.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ dauerhafte Reintegration ✳ erfolgreiche fachärztliche Überweisungen <p><i>Themenkomplexe der begleitenden Befragung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ Auswirkungen des Umsetzungskonzeptes auf die Arbeit des mobilen medizinischen Dienstes, insb. hinsichtlich Projektfinanzierung, personelle und materielle Ausstattung sowie Zielgruppenerreichung ✳ Verfügbare personelle, räumliche und medizinische Ausstattung des Projekts ✳ Vernetzung mit lokalen Einrichtungen für Wohnungslose ✳ Erreichung Wohnungsloser außerhalb von Einrichtungen ✳ Zahlen zur Grundgesamtheit Wohnungsloser im jeweiligen Stadtgebiet ✳ Erreichungsgrad von Wohnungslosen im Stadtgebiet ✳ Vernetzung des mobilen Dienstes mit Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung ✳ Zielsetzungen für die Projektarbeit ✳ Zufriedenheiten mit den Möglichkeiten der Versorgung Wohnungsloser durch das Projekt ✳ Mündliche Befragung zur Behandlungsdokumentation in den Projekten
verwendete Messinstrumente	keine	keine	keine

Tabelle A-4: Beschreibung von Evaluationsmethoden in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien (Teil I)

	BeLue, 2014 [39]	Bicki, 2013 [40]	DeLia, 2004 [41]	Elissen, 2013 [48]
Country, year	USA	USA	USA	NLD
Evaluation population (n, age)	Uninsured patients (n=189; mean age 51 years; SD not reported; uninsured for at least 20 months)	Uninsured people (n=256; mean age=39 yrs., SD=14)	Low-income, uninsured, and minority patients (n=912, who answered all survey questions)	Homeless people (n=75; mean age=42 yrs.)
Health/social condition	Diabetes	Main reasons for coming to the clinic: vaccination, tuberculosis skin test, pain	No further specifications available	Most prevalent health problems: bone and joint infections, dermatologic problems, mental health issues
Institutional framework (e.g., organisation, programme etc.)	„Diabetes Healthy Outcomes Program (DHOP)“	Nurse-run walk-in clinic („CHEER clinic“) as an extension of the services provided at a community-based free clinic in a low-income neighborhood of Providence, Rhode Island	Hospital outpatient departments and health centers (a total of 22 study sites)	Primary Care for the Homeless (PCH) Programme, an outreach care programme for the homeless in Eindhoven (NL)
Range of services	<ul style="list-style-type: none"> ✳ DHOP delivered coordinated, multidisciplinary, and supportive services such as dietary, exercise, and diabetes counseling; podiatry; ophthalmology; dental; prescriptions; and HbA1c measurements. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ triage and treatment based on established protocols ✳ available tests include urinalysis, fecal occult blood testing, EKG, rapid flu test, rapid strep test, rapid mono test, cholesterol test and hemoglobin A1C ✳ initial differential diagnosis by the nurse, based on vital sign assessment, limited physical exam, any test results, chief complaint, and patient history ✳ referral to another source of primary health care, or waiting list of the clinic to receive follow-up and/or prescription medications ✳ services provided mainly by nurses and trained volunteers; on-call physician, assistance from medical interpreters if necessary 	NR	Primary care provided by general practitioners and nurse practitioners in an outreach and essentially free-of-charge fashion; not further specified
Setting	Outpatient	Outpatient	Outpatient	Outreach programme
Evaluation aims	To evaluate the effectiveness of „Diabetes Healthy Outcomes Program (DHOP)“ that is designed to provide health care and supportive services	To determine if prospective emergency department (ED) visitors would instead utilize walk-in non-acute care, and if this care would prove cost-effective for both the patient and providing facility	To explore patient satisfaction among low-income populations who rely on institutional providers for ambulatory care; to determine which aspects of the ambulatory care encounter are most important to low-income patients	To describe the main demographic characteristics and health problems of the PHC programme’s client population and their service use during a 3-month period; to provide insight into the main factors that might determine the success of this programme in improving homeless person’s access to care, their service use and their health
Evaluation methods	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Mixed quantitative and qualitative analyses (semi-structured interviews). 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Patient survey (in English or Spanish) at the conclusion of patient’s visits 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Site visits involving in-depth interviews with clinical and administrative directors, a tour of the facility, and patient surveys administered at each site 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Retrieval of data from the PCH programme’s electronic patient registry (patients who consulted the programme during the data collection period were included in the study, n=75)

	BeLue, 2014 [39]	Bicki, 2013 [40]	DeLia, 2004 [41]	Elissen, 2013 [48]
Evaluation methods <i>(continuation)</i>		<ul style="list-style-type: none"> ☛ Combination of patient survey and de-identified electronic medical record information relating to aggregate counts of services rendered 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Simple, one-page survey 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Semi-structured interviews during the data collection period with representatives of (1) the primary care providers responsible for care delivery (n=5), (2) the employees of the various shelters where consultations are conducted (n=5), (3) the homeless persons registered as clients (n=18)
Incentives addressing evaluation populations	n.r.	n.r.	§ 3 roundtrip subway transit card	n.r.
Indicators/outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Participant outcomes (demographic and health service utilization variables); ☛ Participant's satisfaction; ☛ Health status (ad diabetes). 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Primary outcome of interest: ED costs avoided by providing walk-in primary care, expressed as a net amount and as a return on investment (ROI) ☛ A Clinically Preventable Burden (CPB) score (range: 1-5) was assigned to each service provided to patients; each CPB score is associated with an estimated range of quality-adjusted life years (QALY) saved (higher CPB scores indicate more cost-effective services) ☛ Demographic data ☛ Patient's history of previous visits to the ED ☛ If the patient would have utilized the ED that day had the CHEER clinic not been available ☛ Self-reported willingness and ability to pay for the care provided 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Patient satisfaction with ambulatory care ☛ Patient-doctor interaction (survey questions were based on similar items included in the Consumer Assessment of Health Plans, CAHPS) ☛ Location of care (i.e. cleanliness of the facility, appointment scheduling, recommendation of the facility to a friend, ...) ☛ Continuity of care ☛ Patient demographics, insurance coverage, general healthstatus 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Main measure of success: intermediate outcome „primary care utilisation“ which was measured in terms of: (1) the number of registered patients since October 2006, (2) the number of consultations offered during the data collection period ☛ Characteristics of client population: demographics, health problems, service use ☛ Key determinants for success from the perspective of service providers and clients: e.g., time and location, scope, compliance/adherence, trust
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Ad participant's outcomes: descriptive statistics were used to assess demographic and health service utilization variables; usage of health services utilization measures (such as basic dental, podiatry, and nutrition services, lab services, diabetes education lessons) ☛ Ad participant's satisfaction: semi-structured interviews asking „How has DHOP helped you in managing your diabetes? Do you need anything else to help you manage your diabetes right now?“ 	Clinically Preventable Burden (CPB) score (range: 1-5)	Parts of the Consumer Assessment of Health Plans (CAHPS) were used for the patient questionnaire	None

Tabelle A-4: Beschreibung von Evaluationsmethoden in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien (Teil II)

	Keogh, 2015 [49]	McGuire, 2009 [43]	Paudyal, 2017 [50]	Pauley, 2016 [47]
Country, year	IRL	USA	UK	CAN
Evaluation population (n, age)	Homeless people, and those at risk of homelessness (n=105; 69 % of patients were less than 45 yrs. of age)	Homeless veterans with serious mental illness or substance abuse (n=260; adults; mean age of 45.8 years, SD= 7.0 years)	Homeless patients (n=25; adults; mean age of 40.7 years, SD=6.7 years) prescribed at least one medicine	Homeless, underhoused, and marginalized populations (n=212; 3 groups of study subjects; prospective subsample n=31; mean age of 55.5, SD=9.2 years)
Health/social condition	Most prevalent health problems: skin, dental, eye and joint problems, asthma, hepatitis C, mental health	Mental illness or substance abuse	Participants reported being prescribed medicines for the management of wide range of conditions including mental health issues, asthma, epilepsy, pain and dental issues including co-morbidities.	No further specifications available
Institutional framework (e.g., organisation, programme etc.)	4 Safetynet health clinics across Dublin city centre (based in homeless shelters and foodhalls to allow easy access)	The „Mental Health Outpatient Treatment Center (MHOTC)“	Primary Health Care center	„The Inner City Access Program (ICAP)“
Range of services	Primary care provided by general practitioners, nurses and drug workers; not further specified	IG: MHOTC services (integrated care, offering homeless, primary and mental health services) CG: usual primary care health services In both groups: a lead primary care physician and three nurse practitioners;	No further specifications available	Service delivery model (=cluster care model) combining ✳ supportive housing services, ✳ health care Engagement/social interaction, hospital admission, received laboratory service, occupational therapy/physical therapy/ other professional request/visit, wound care, health status monitoring, health status teaching, oral/denture care etc. ⁷ Integral to this approach: inter-disciplinary care team composed of a primary care physician, a psychiatrist, shelter/alternative housing staff, a registered nurse, and a personal support worker, as well as a care coordinator responsible for providing intensive case management.
Setting	Outpatient	Outpatient (demonstration clinic)	Outpatient	Outpatient (community shelters)
Evaluation aims	To investigate the health and use of healthcare services of a homeless population in Dublin who access the Safetynet services	To evaluate the effectiveness of the „Mental Health Outpatient Treatment Center (MHOTC)“;	To explore behavioural determinants of homeless patients adherence to prescribed medicines using Theoretical Domains Framework (TDF) ⁸ ;	To evaluate the feasibility of an integrated cluster care and supportive housing model;

⁷ Für eine vollständige Auflistung der bereitgestellten Leistungen siehe [47].

⁸ TDF is a theoretical framework of determinants of behaviour which combines 33 theories of behaviour into 14 domains (including knowledge, skills, capabilities, beliefs, emotions, roles and social influences). It is used to identify determinants of behaviours or to explore issues around implementation of behaviour change interventions [50].

	Keogh, 2015 [49]	McGuire, 2009 [43]	Paudyal, 2017 [50]	Pauley, 2016 [47]
Evaluation methods	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Observational cross sectional study ✳ Patient questionnaire consisting of 133 items to determine participants' physical and mental well-being, use of health services and healthcare needs ✳ Prescription data was extracted from participants' electronic health records 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Longitudinal outcome study; 2 groups of veterans (CG: group receiving access to 'usual care' primary care services prior to the opening of the MHOTC); IG⁹: the group had access to the collocated primary care services after the MHOTC was implemented; ✳ Client interviews (a 2 hour structured baseline interview was administered; interviews were repeated at 6, 12, and 18 months of enrollment); ✳ Quantitative analysis (using various measures). 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Thematic analysis of the interview data using the framework technique based on the TDF adapted to behavioural determinants of adherence to prescribed medicines. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Retrospective and prospective analysis ✳ Client interviews and (shelter) staff interviews; ✳ Document reviews (service utilization and process data).
Incentives addressing evaluation populations	n.r.	Study veterans were compensated \$ 20 for each research interview.	Participants were offered soft drinks and biscuits for refreshment. No other incentives were provided.	n.r. ¹⁰
Indicators/outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Reasons for homelessness ✳ Risky health behaviours ✳ Use of health services ✳ Mental health: e.g., problem drinking, generalised anxiety, depression ✳ Quality of life ✳ Medication information 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Sociodemographic characteristics (including age, sex, race/ethnicity, marital status, education, duration of homelessness during the past 30 days, and in their lifetime, employment in the past year, income in the past 30 days, and Veterans affairs service-connected (refers to disability by injury or disease that was incurred during active military service) disability status; ✳ Community functioning variables addressed social support and competing health and non health needs; ✳ Social support for obtaining health care; ✳ Competing needs during the past 30 days; ✳ Criminal justice status; ✳ Physical and mental health status; ✳ Substance use. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Quantitative, demographic information ✳ Participant's knowledge about their medicines including perceived reasons for taking them; ✳ Perceived importance of adherence; ✳ Examples of adherent and non-adherent practices; ✳ Impact of homelessness and lifestyle affecting adherence (storage, stolen medicines, buying over the counter); ✳ Impact of ill health and side effects on adherence to prescribed medicines; ✳ Participant's experience of sharing their medicines; ✳ Participant's experience of sharing of medicine information; ✳ Sources of medicines information. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Client goal attainment (prospective analysis) – related subcategories: „education, employment, activities and programs“, „nutrition, health, and fitness“, „housing“, „personal organization“, „personal care and hygiene“, „passive leisure“, „obtaining documents“, and „other“; ✳ Client's satisfaction with the program (prospective); ✳ Interprofessional case management; ✳ Service unit delivery (retrospective); ✳ Costing (retrospective).
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> ✳ AUDIT C (problem drinking) ✳ GAD-7 (generalised anxiety) ✳ PHQ-9 (depression) ✳ SF-12 (quality of life) 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ 4 questions to assess „social support for obtaining health care“ (whether during the past year friends or professionals had encouraged the veteran to seek medical services for either infectious diseases or medical care in general). 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Quantitative data collection; ✳ Semi-structured, face-to-face interviews. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Goal Attainment Scaling (GAS), 5-point scale¹¹ – to evaluate progress toward goal achievement and concordance between subject- and staff-identified goals;

⁹ Intervention group

¹⁰ Not reported

¹¹ Rating options: -2=much less than expected; -1=somewhat less than expected; 0=expected; 1=somewhat more than expected; 2=much more than expected

	Keogh, 2015 [49]	McGuire, 2009 [43]	Paudyal, 2017 [50]	Pauley, 2016 [47]
Instruments (continuation)		<ul style="list-style-type: none"> ✱ 5-item scale to measure competing needs (based on the theory that homeless people who have other more pressing basic needs may be less likely to utilize a regular source of medical care); scale measures perceived need for food or clothing, for a place to sleep, or to wash up to use a bathroom. ✱ Criminal justice status measure indicated whether the veteran was currently on parole or probation. ✱ Clinical status measures; ✱ SF 36 (assessment of physical and mental health, life quality); ✱ „Addiction Severity Index“ (ad alcohol and illicit drugs). 	✱	<ul style="list-style-type: none"> ✱ No information about the instrument to assess clients' satisfaction available ✱ Data collection regarding units of services that each subject received during the study period (staff was required to document the types of service they provided from a fixed list of options).

Tabelle A-4: Beschreibung von Evaluationsmethoden in internationalen (englischsprachigen) Evaluationsstudien (Teil III)

	Slesnick, 2008 [44]	Tapp, 2013 [46]	Kertesz, 2014 [42]	Steward, 2014 [45]
Country, year	USA	USA	USA	USA
Evaluation population	Homeless youth (n=172) between the ages of 14-24; homelessness was defined as „a situation in which a youth has no place of shelter and is in need of services and a shelter where he or she can receive supervision and care“)	Uninsured Hispanic population (n=171; adults)	Homeless-experienced clients (n=563) across 3 Veteran Affairs (VA) facilities and 1 non-VA Health Care for the Homeless Program	Organisations that receive funding for health care for homeless people (n=68)
Health/social condition	No further specifications available	Low income, little formal education, migration background, illiteracy, ...	n.r.	n.a. ¹²
Institutional framework (e.g., organisation, programme etc.)	Drop-in center (providing access to healthcare, laundry services, showers, food, clothing etc.)	4 health care delivery sites in Mecklenburg County: a community free clinic, a low-overhead bilingual clinic, an emergency department, a hospital-affiliated clinic	n.a.	n.a.
Range of services	„One stop shopping“ was advocated so that youth could receive all necessary services. This involved coordination with other agencies to provide services within the center – services offered: (1) recreation (e.g., art tables, quiet areas); (2) food or drink; (3) showers and clothes washing area; (4) Graduation Equivalency Exam (GED) tutoring; (5) health care; and (6) individual therapy (the Community Reinforcement Approach) and case management.	Each of the 4 sites represents a distinct method of primary care delivery; not further specified	n.a.	n.a.

¹² n.a. = not applicable

	Slesnick, 2008 [44]	Tapp, 2013 [46]	Kertesz, 2014 [42]	Steward, 2014 [45]
Setting	Outpatient	Inpatient and outpatient	Outpatient	Outpatient
Evaluation aims	<p>To evaluate the impact of case management and individual therapy („Community Reinforcement Approach/CRA”).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ Case management: Case managers assisted youth in specific areas of substance abuse, basic needs (e.g. acquiring food stamps), health care and mental health needs (e.g. acquiring Medicaid), legal issues, and support systems. <p>CRA is an empirically based, multifaceted approach that addresses the clinical needs of homeless individuals including substance use, homelessness, and mental health problems. CRA uses an operant perspective (based on the belief that environmental contingencies play a powerful role in behavior change).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✳ To evaluate 4 systems of primary care delivery for an uninsured Hispanic population and to determine best practices 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ To describe (a) the content and psychometric properties of a new primary care questionnaire for homeless patients; and (b) the methods utilized in its development 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ To identify optimal organizational domains in the delivery of primary care for homeless persons; to develop and test an organizational assessment tool that can be used to evaluate primary care services for the homeless
Evaluation methods	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Repeated measures design: youth were assessed at baseline, 6 months, and 12 months postbaseline; ✳ Semi-structured and self-report questionnaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Combination of geospatial, quantitative, and qualitative analyses ✳ 2 discussion groups with provider representatives from each participating study site, at the beginning and the end of the study ✳ Geospatial analysis (use of Geographic Information Systems [GIS] to identify areas that require increased access to primary care services) ✳ Patient survey (n=171) about their perception of cost, distance, and quality of care; using an amended standardized patient satisfaction survey of the US Department of Health and Human Services (yes/no, Likert Scale and open-ended questions) which took 15-20 minutes to complete 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ By interviewing homeless patients and experts in their care, relevant themes were identified; ✳ A multidisciplinary team drafted a set of 78 items which was administered to homeless-experienced clinicians (n=563) across 3 Veterans Affairs (VA) facilities and 1 non-VA Health Care for the Homeless Program. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Development of an organizational assessment tool that will be referred to as the Primary Care for the Homeless Organizational Assessment Tool (PC-HOAT) by identifying relevant domains and related concepts through a thorough literature review; ✳ Interviews with key informants who are involved in primary care services for the homeless to receive feedback on the existing PC-HOAT and to determine the feasibility and importance of the operationalized concepts; ✳ Test reliability and validity by using the tool to survey Health Care for the Homeless organizations throughout the U.S. (cross-sectional).
Incentives	n.r.	n.r.	n.r.	Four \$ 50 Visa gift cards, randomly awarded
Indicators/outcomes	Substance use, mental health, housing, education, employment, and medical care utilization.	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Service area, travel distance, and access ✳ Patient satisfaction ✳ Affordability and costs ✳ Best practices for delivery of primary care ✳ Provider perception about working most effectively with uninsured Hispanic patients 	<p>33-item instrument (Primary Care Quality-Homeless) has 4 subscales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ <i>Patient-clinician relationship</i> (15 items): e.g., <ul style="list-style-type: none"> ○ My primary care provider (PCP) takes my health concerns seriously; ○ I feel my PCP has spent enough time trying to get to know me. 	<p>8 domains:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ <i>Health information systems</i>: describes how information systems assist in the delivery and evaluation of primary care services for the homeless (no sub-domains).

	Slesnick, 2008 [44.]	Tapp, 2013 [46]	Kertesz, 2014 [42]	Steward, 2014 [45]
Indicators/ outcomes <i>(continuation)</i>		<ul style="list-style-type: none"> ✳ Patient perspectives about quality of care, travel distances, and service costs, e.g. ✳ Would you refer this clinic to friends? ✳ What do you like least/most about the clinic? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ I can be honest with my PCP if I use drugs or alcohol. ○ The staff at this place listens to me. ✳ <i>Cooperation among clinicians</i> (3 items): e.g., <ul style="list-style-type: none"> ○ My primary care and other health care providers are working together to come up with a plan to meet my needs. ✳ <i>Access/coordination</i> (11 items): e.g., <ul style="list-style-type: none"> ○ This place is open at times of the day that are convenient for me. ○ This place helps me get care without missing meals or a place to sleep. ○ If my PCP is unavailable there is someone else that can help me. ✳ <i>Homeless-specific needs</i> (4 items): e.g., <ul style="list-style-type: none"> ○ This place tries to help me with things I might need right away, like food, shelter, or clothing. ○ The people who work at this place seem to like working with people who have been homeless. 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ <i>Accessibility</i>: describes how an organization assists patients in accessing primary care services (2 sub-domains: eliminate barriers; use of multiple disciplines); ✳ <i>Performance and quality improvement</i>: describes multiple evidence-based methods used to evaluate the performance of the organization and its providers (3 sub-domains: measurement and evaluation of performance; internal use of performance results; improve quality or performance); ✳ <i>Primary care services delivery</i>: describes the type of primary care services offered (6 sub-domains: essential primary care services; diagnostic services; auxiliary services; well-child, perinatal, and family planning services; complementary primary care services; referrals and linkages); ✳ <i>Integration of medical, behavioral, and social services</i>: describes the integration of these entities within a single organization (2 sub-domains: integration of medical, behavioral, and social services; relationship of multiple disciplines); ✳ <i>Human resources</i>: describes the human resources functions that are necessary to deliver primary care to the homeless (no sub-domains); ✳ <i>Leadership, governance, and financial stability</i>: describes functions necessary to deliver primary care to the homeless (3 sub-domains: role of leadership; role of governance; ensure financial stability); ✳ <i>Patient-centered care</i>: describes the delivery of care in which the patient is forefront in the decisions related to his or her own health care (4 sub-domains: care geared toward the patient; continuity of care; organizational attributes for patient-centered care; measuring patient-centered care).

	Slesnick, 2008 [44]	Tapp, 2013 [46]	Kertesz, 2014 [42]	Steward, 2014 [45]
Instruments	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Self-reported questionnaire was administered to assess demographic characteristics (study staff read the questions to any youth who had trouble reading). ✦ Ad psychological distress: The 53-item Brief Symptom Inventory (BSI) was utilized to assess psychological distress within the last 7 days. In addition, the Global Severity Index (GSI) was used (to differentiate adolescents who received treatment versus those who did not); ✦ Alcohol and drug use: The Form 90 is a semistructured interview and measured frequency of drug and alcohol use, work, education, housing, and medical care access in the last 90 days. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ None 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) Instrument (see above) 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Primary Care Homeless Organizational Assessment Tool (PC-HOAT)



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment