

Im Folgenden möchten wir als Evaluator:innen die Kommentierung der **Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH** zum Abschlussbericht des Klinikum Heidenheim gGmbH (siehe ebenfalls veröffentlichtes Dokument „AB M17 Heidenheim\_20230531\_20230707“) kurz kommentieren. Die Kommentierung des Klinikums ist in **schwarzer** Schrift und die Stellungnahme auf die Kommentare der Evaluator:innen in **roter** Schrift hinterlegt.

Bundesweit einheitliche wissenschaftliche Evaluation  
von Modellvorhaben nach § 64b SGB V (EVA64)

## Kommentierung und Stellungnahme

### Abschlussbericht Klinikum Heidenheim gGmbH

Die Evaluator:innen bedanken sich für die wertschätzende Rückmeldung und freuen sich, dass die Erkenntnisse aus unserer Evaluation in die Weiterentwicklung des Modellprojektes in Heidenheim einfließen werden. Drei Rückmeldungen werden folgend von uns kommentiert:

Hypothese B: Die Definition der Behandlungskontinuität in Ihrer Untersuchung ist aus unserer Sicht schwierig und hat natürlich dazu geführt, dass Sie die Behandlungskontinuität nicht sicher explizit nachweisen konnten. Aus unserer Sicht ist es so, dass man interne Parameter braucht und eine Beziehungskontinuität (Behandlung durch das gleiche Team) und nicht eine sektorenübergreifende Kontinuität, wo die Behandlung durch niedergelassene Ärzte übernommen wird. Die Behandlung durch niedergelassene Ärzte ist aus unserer Sicht nicht durch das Modellprojekt beeinflussbar.

Vielen Dank für die Anmerkung. Wir können diesen Kommentar nachvollziehen. Mit den uns zur Verfügung stehenden Daten konnten wir jedoch keine Beziehungskontinuität untersuchen, sondern ausschließlich eine Behandlungskontinuität im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung. Es wurde somit untersucht, ob innerhalb einer definierten Zeit nach einem stationären Aufenthalt ein ambulanter Kontakt erfolgt ist. Dieser ambulante Kontakt war zum einen der niedergelassene Bereich und zum anderen die ambulante Behandlung im Krankenhaus (PIA). Somit konnte nur ein Teil der Behandlungskontinuität direkt in diesem Modellvorhaben am Klinikum Heidenheim beeinflusst werden. Auf der anderen Seite war unsere Aufgabe der bundesweit einheitlichen Evaluation zu betrachten, ob (ggf. in einem anderen Modellvorhaben) die sektorenübergreifende Behandlungskontinuität gesteigert werden konnte. Die Einschränkung der Abbildung einer Beziehungskontinuität wurde im Bericht diskutiert.

Hypothese D: Die Frage der Leitlinienadhärenz ist aus unserer Sicht schwer untersuchbar und ebenfalls schwer zwischen KG und IG vergleichbar. Dies liegt in der Besonderheit unserer Behandlungsstrategie. Sie werden wahrscheinlich weniger Patienten mit einer ICD Diagnose F60.31 im Vergleich zur Kontrollgruppe finden. Für diese Patienten bieten wir verstärkt ambulante



Therapien an, zum Beispiel ein ambulantes DBT-Programm. Auch behandeln wir Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Demenzen hauptsächlich durch unsere aufsuchende PIA in den Heimen oder zuhause. So steht diese Gruppe weniger zur Verfügung, und ein Vergleich mit der Kontrollgruppe ist unserer Auffassung nach schwieriger.

Vielen Dank für die Erklärung. In der Tat haben wir in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass dieser Parameter nur begrenzt untersucht werden kann. Entsprechende Einschränkungen wurden im Bericht aufgegriffen.

Abschließend denken wir, dass Parameter wie Beziehungskonstanz (langfristige Behandlung durch das gleiche Team), besondere Vorkommnisse, Fixierungen auf den Stationen, die Möglichkeit ein Einzelzimmer zu bekommen durch weniger stationäre Patienten, Zufriedenheit der Mitarbeiter und der Patienten dazu gehören, um eine tatsächliche Wirksamkeit der Versorgung im Modellprojekt umfassend zu beschreiben.

Wir stimmen zu, dass unsere Evaluation nicht alle Aspekte der Wirksamkeit der Versorgung in Modellvorhaben betrachten kann. Wir haben mit den verfügbaren Daten die bestmöglichen Parameter untersucht. Die Evaluation bildet eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Versorgungsprozesse, die mit dem Modellvorhaben einhergehen. Unser Ansatz hat viele Stärken, wie bspw. hohe Fallzahl, kein Selektionsbias, standardisierte Methodik über viele Modellvorhaben. Dennoch weisen die zugrundeliegenden GKV-Routinedaten auch Schwächen auf, wie das Fehlen von Angaben von Patient:innen und Mitarbeiter:innen.