

Beschluss

des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt *AKtiV-Studie* (01VSF19048)

Vom 17. Oktober 2025

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Oktober 2025 zum Projekt *AKtiV-Studie - Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB nach § 115d SGB V) - eine Proof-of-Concept-Studie* (01VSF19048) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Die Empfehlung zu den Ergebnissen des Projekts *AKtiV-Studie* wird wie folgt gefasst:
 - a) Die im Projekt erzielten Erkenntnisse werden an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V zur Information weitergeleitet.
 - b) Die im Projekt erzielten Ergebnisse werden zur Information an das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) weitergeleitet. Die DGPPN wird um Weiterleitung der Projektergebnisse an die beteiligten Autorinnen und Autoren des gemeinsamen Eckpunktepapiers zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) vom 19. Juni 2018 gebeten.

Begründung

Das Projekt hat erfolgreich die Art der Implementierung, die Behandlungsprozesse, die klinische Wirksamkeit, stationäre Wiederaufnahmeraten und die Kosten von Stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung (StäB) nach § 115d Sozialgesetzbuch (SGB) V im Vergleich zur konventionellen stationären Behandlung untersucht. Dabei wurde die Eignung der StäB für unterschiedliche Zielgruppen, Versorgungssettings und -regionen geprüft. Zum Einsatz kamen Methoden der quantitativen und qualitativen Outcome-, Prozess- und Implementierungsforschung sowie eine gesundheitsökonomische Evaluation.

In der Outcome-Evaluation (Modul A) wurden in zehn Kliniken deutschlandweit 200 Patientinnen und Patienten, die die Versorgungsleistungen von StäB nutzten (Interventionsgruppe) sowie 200 mittels Propensity Score Matching selektierte Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung (Kontrollgruppe) rekrutiert und befragt. StäB reduzierte die vollstationäre Wiederaufnahmerate klinisch bedeutsam und statistisch signifikant binnen zwölf Monaten und führte nicht zu mehr schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen. Eine Verbesserung der klinischen (Symptomschwere, psychosoziales Funktionsniveau) und sozialen (Lebensqualität, berufliche Integration,

Recovery) Outcomes wurde nicht beobachtet. Die vollstationäre Wiederaufnahme erfolgte in der StäB-Gruppe statistisch signifikant später als bei der Gruppe der vollstationären Behandlung und die Anzahl der Tage, die vollstationär verbracht wurden, war signifikant geringer. Die StäB-Nutzenden fühlten sich im Gruppenvergleich besser in die Therapieplanung einbezogen und waren mit der Therapie zufriedener.

Die Prozess- und Implementierungsevaluation erfolgte in den Modulen B und C. In den qualitativen Untersuchungen von Modul B (Interviews, Fokusgruppen und Forschungstagebücher zur Erfassung der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen) beschrieben StäB-Nutzende vielschichtige, überwiegend positive Erfahrungen mit der Struktur und Organisation der StäB. Im Allgemeinen wurde sich mehr Flexibilität gewünscht, die Häufigkeit der StäB-Kontakte bedürfnisorientiert anpassen zu können. Angehörige äußerten im Allgemeinen eine Entlastung durch die Anwesenheit des StäB-Teams. Zudem erhöhte sich das Sicherheitsgefühl durch regelmäßige Besuche und schnelle Reaktionsmöglichkeiten in Krisensituationen. Konzeptionell konnten spezifische Merkmale zur Operationalisierung und Bewertung der Qualität von StäB entwickelt werden. Im Ergebnis liegt ein vorläufiges Best-Practice Modell für StäB aus Sicht von Nutzerinnen und Nutzern vor. Darüber hinaus erfolgten Experteninterviews und Fokusgruppen mit Mitarbeitenden von StäB, bei denen unterschiedliche Modelle der sektorenübergreifenden Umsetzungsformen von StäB exploriert wurden. Zutage traten unterschiedliche Umsetzungsvarianten, was die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern betrifft, die Zusammensetzung der Teams, und die Foki auf Nutzergruppen.

In Modul C fand eine Erhebung und Analyse von Routinedaten aller an der Interventionsgruppe Teilnehmenden aus Modul A statt. Dabei wurde hypothesengeleitet untersucht, welche Faktoren mit erfolgreichen Behandlungsprozessen verbunden sind. Insgesamt zeigten die Analysen heterogene Ergebnisse. Beispielsweise wurde dabei entgegen der Vermutungen nur teilweise ein Zusammenhang zwischen Organisationsstruktur der Teams und der den Patientinnen und Patienten zukommenden Behandlung festgestellt. Mit Blick auf die Strukturdaten der beteiligten Studienzentren (aus Modul A) wurde zudem festgestellt, dass sich neben den klassischen Formen von einem eigenständigen, einem Abteilungsgebundenen oder einem stationsintegrierten Team auch weitere Mischformen von StäB herauskristallisierten. Damit besteht mehr Heterogenität im strukturellen Aufbau der StäB Organisationen als anfänglich gedacht. Daher können keine eindeutigen Rückschlüsse oder Empfehlungen für eine bestimmte Struktur der StäB Teams geäußert werden. Allerdings konnten basierend auf dem qualitativen Teil (Experteninterviews und Fokusgruppen) mit Mitarbeitenden Erkenntnisse zur Implementierung sowie der Prozessabläufe der StäB gewonnen werden, aus denen vorläufige Empfehlungen abgeleitet wurden, welche – aus der Perspektive der Versorgungsakteure – bei der Implementierung der StäB berücksichtigt werden sollten. Schließlich wurden in Modul C Direktaufnahmen im StäB mit Verlegungen von Station ins StäB in einer Routinedatenanalyse mit Daten eines Zentrums verglichen, um die Aufnahmesteuerung in Augenschein zu nehmen. Am häufigsten wurden die Patientinnen und Patienten direkt in die StäB aufgenommen, seltener als Verlegung von der Station.

In Modul D wurde eine gesundheitsökonomische Evaluation zum Vergleich der StäB und der konventionellen stationären Behandlung durchgeführt. Differenzen einzelner Leistungskategorien führten weder zu signifikanten Differenzen der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten noch bei den Gesamtkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Methoden waren teils eingeschränkt geeignet zur Beantwortung der Fragestellungen. Die Aussagekraft der Ergebnisse von Modul A zur Effektevaluation ist aufgrund des nicht randomisierten Studiendesigns sowie nicht erfolgter Prüfung der Voraussetzungen für die Propensity Score-Berechnung eingeschränkt. Eine randomisierte Zuweisung der Patientinnen und Patienten in die Gruppen zur Effektevaluation war nicht möglich, da StäB bereits Teil des routinemäßigen Leistungsspektrums in den Studienzentren darstellt. Der Fokus auf vollstationäre Wiederaufnahmen lässt nur eingeschränkte Schlussfolgerungen zu, eine umfassende Darstellung der Versorgungsverläufe mit Blick auf die übrigen Leistungsbereiche (wie StäB, teilstationäre Versorgung und psychiatrische Institutsambulanzen) ist nicht erfolgt. Die Methoden von Modul B und C waren für die Prozessevaluation geeignet und wurden weitgehend angemessen umgesetzt. Für Modul D gelten aufgrund der Nutzung der Daten aus Modul A bei der Interpretation der Ergebnisse die gleichen, o. g. Einschränkungen. Zudem ergab sich bei der gesundheitsökonomischen Evaluation ein erhöhtes Verzerrungspotenzial durch das zusätzliche Recall-Bias bei der Erhebung der Kosten-Daten.

Die Ergebnisse des Projekts geben (auch unter Berücksichtigung der genannten Limitationen) wertvolle Einblicke in die im Jahr 2017 in die gesetzliche Krankenversorgung aufgenommene StäB im Vergleich zur konventionellen stationären psychiatrischen Behandlung. Es wurden wesentliche Hinweise zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten von StäB herausgearbeitet, die sich auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen konzentrieren. Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse an die o. g. Adressatinnen und Adressaten weitergeleitet.

- II. Dieser Beschluss sowie der Ergebnisbericht des Projekts *AKtiV-Studie* werden auf der Internetseite des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.innovationsfonds.g-ba.de veröffentlicht.
- III. Der Innovationsausschuss beauftragt seine Geschäftsstelle mit der Weiterleitung der gewonnenen Erkenntnisse des Projekts *AKtiV-Studie* an die unter I. a) bis I. b) genannten Institutionen.

Berlin, den 17. Oktober 2025

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss
gemäß § 92b SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken