

## Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



<b>Konsortialführung:</b>	Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF19048
<b>Akronym:</b>	AKtiV-Studie
<b>Projekttitel:</b>	Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter undintegrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalentenpsychiatrischen Behandlung (StäB nach § 115d SGB V) - eine Proof-of-Concept-Studie
<b>Autoren:</b>	Prof. Dr. A. Bechdorf, M. Sc. K. Nikolaidis, Prof. Dr. Dr. J. Timm, Dr. J. Schwarz, M.A. M. Holzke, Prof. Dr. J. Hamman, Prof. Dr. P. Brieger, Prof. Dr. G. Längle, Prof. Dr. R. Kilian, M. Sc. L. Fischer, Prof. Dr. S. von Peter
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Juli 2020 – 31. Dezember 2023

### Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis.....	2
II. Abbildungsverzeichnis .....	3
III. Tabellenverzeichnis.....	4
1. Zusammenfassung .....	6
2. Beteiligte Projektpartner .....	7
3. Projektziele .....	7
4. Projektdurchführung.....	10
5. Methodik.....	12
6. Projektergebnisse .....	27
7. Diskussion der Projektergebnisse .....	60
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung .....	65
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	67
10. Literaturverzeichnis .....	72
11. Anhang .....	79
12. Anlagen .....	79

**I. Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
AHU	Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld
AIC	Akaike-Informationskriterium
AKtiV	Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung
ANG	Angehörige und andere Bezugspersonen
BPM	Best Practice Modells
CCM	Charité Universitätsmedizin Berlin
CEAC	Kosten-Wirksamkeits-Akzeptanzkurve
CPAT	Collaborative Practice Assessment Tool
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
CSSRI-D	Deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory
CR	Crisis Resolution
CRF	Case Report Form
DGPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft
eCRF	Elektronischer Case Report Form
EI	Expert:inneninterviews
EQ-5D-5L	Deutsche Version der 5-level EQ-5D Fragebogen
FG	Fokusgruppen
FCA	Full Case Analyse
Fx	Diagnosegruppe nach ICD-10
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GTM	Grounded Theory Methodologie
HoNOS-D	Deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scale
HT	Home Treatment
IAB	Intensiv-aufsuchende Behandlung
IG	Interventionsgruppe
IG+	Verlegung von der vollstationären in StäB
IGO	Direktaufnahmen in StäB
IKNR	Inkrementellen Kostennutzwertanalyse
ITT	Intention-To-Treat

KG	Kontrollgruppe
KG+	Vollstationäre Aufnahme als Kontrollfall für NU, die von der stationären in die Indexbehandlung aufgenommen wurden
KG0	Vollstationäre Direktaufnahmen für Kontrollfälle
KIS	Krankenhausinformationssystem
KKSB	Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen
M	Median
MA	Mitarbeiter:innen der StäB Teams
MWTP	Notwendige maximale Zahlungsbereitschaft
MW	Mittelwert
NMB	Monetärer Nettonutzen
NU	Nutzer:innen/Patient:innen von Versorgungsleistungen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung
PP.rt	Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen
PS	Propensity Score
PSM	Propensity Score Matching
PSP	Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale
QALY	Qualitätsadjustiertes Lebensjahr
RAS-G	Deutsche Version der Recovery assessment scale
SAP	Statistischer Analyseplan
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard operation procedures
SUE	Schwere unerwünschte Ereignisse
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TN	Studienteilnehmer:innen
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Übersicht über Studiendesign und Module .....	11
Abbildung 2: Rekrutierungsverlauf .....	28
Abbildung 3: Kaplan-Meier- Schätzer .....	34

Abbildung 4: Studienauswahlprozess (PRISMA-Schema) .....	37
Abbildung 5: Nähe und Distanz in der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung (StäB): Ebenen und Kategorien in der Übersicht .....	45
Abbildung 6: Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) .....	58
Abbildung 7: Nettonutzenkurve für die Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).....	59
Abbildung 8: Die Schätzung der IKNR-Varianz mittels Bootstrapping aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) .....	60

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtbehandlungsplätze der beteiligten Studienzentren .....	19
Tabelle 2: Übersicht der Prozentangaben zum Ort der Behandlung.....	19
Tabelle 3: Deskriptive Beschreibung der weiteren Strukturmerkmale der Studienzentren ...	20
Tabelle 4: Zusammenfassung der AIC-Werte von (ordinalen) Logit-Modellen .....	22
Tabelle 5: P-Werte von Likelihood-Quotienten-Tests zum Einfluss der Behandlungsparameter und Patientenvariablen .....	23
Tabelle 6: Propensity Score-Variablen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe .....	28
Tabelle 7: Soziodemografische, klinische und psychometrische Charakteristika der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe .....	29
Tabelle 8a: Beurteilung der Indexbehandlung.....	30
Tabelle 8b: Behandlungsabbrüche insgesamt .....	31
Tabelle 9: Wiederaufnahmen 12 Monate nach der Indexbehandlung.....	31
Tabelle 9a: Logistische Regression der Wiederaufnahmerate versus Behandlungsgruppe und Propensity Scores (N=375) FC Analyse.....	32
Tabelle 9b: Chi-Quadrattests der Wiederaufnahmerate versus Behandlungsgruppe und Zentrumseffekte (N=375) FC Analyse .....	32
Tabelle 9c: Prädiktion durch quantitative Faktoren (Logitanalysen).....	32
Tabelle 9d: Prädiktion durch kategorisierte Faktoren (Logitanalysen).....	33
Tabelle 10a: Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme nach den Behandlungsgruppen..	33
Tabelle 10b: Ergebnisse des Cox-Modells zum Einfluss der Behandlungsgruppe auf die Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme.....	33
Tabelle 11: Klinische und psychosoziale Kriterien 12 Monate nach der Indexbehandlung ...	34
Tabelle 12: Vollstationäre Behandlungstage in der Studienklinik nach Behandlungsgruppen	35
Tabelle 13a: SUEs .....	35
Tabelle 13b: Todesfälle .....	35
Tabelle 14: Zusammenfassende Darstellung der Kriterien des vorläufigen Best Practice Modells für stationsäquivalente psychiatrische Behandlung aus Sicht von Nutzer*innen.....	38

Tabelle 15: Übersicht der Regressionen des Zusammenhangs der Organisationsstruktur der Teams und der den NU zukommenden Behandlung .....	49
Tabelle 16: Lineare Regression der mittleren Arbeitszufriedenheit im Zentrum auf die Patientenzufriedenheit .....	49
Tabelle 17: Lineare Regression der mittleren Arbeitszufriedenheit im Zentrum auf die Angehörigenzufriedenheit .....	50
Tabelle 18: Zusammenfassung der AIC-Werte von (ordinalen) Logit-Modellen .....	50
Tabelle 19: P-Werte von Likelihood-Quotienten-Tests zum Einfluss der Behandlungsparameter und Patientenvariablen.....	51
Tabelle 20: Häufigkeiten der Instabilitätsereignisse.....	51
Tabelle 21: Ergebnisse der logistischen Regression mit der Zielvariable vollstationäre Wiederaufnahme (N=186) .....	52
Tabelle 22: Ergebnisse der ordinalen logistischen Regression mit der Zielvariable Anzahl der Tage mit vollstationärer Behandlung (in der Studienklinik) nach Entlassung aus der Indexbehandlung (N=200).....	52
Tabelle 23: Vergleich von Baselinevariablen Direktaufnahmen und Verlegungen in StäB .....	53
Tabelle 24: Deskriptive Analyse des Anteils direkter StäB Aufnahmen nach den Zentren .....	54
Tabelle 25: Übersicht der direkten und indirekten Krankheitskosten für den Zeitraum von 12 Monaten .....	56

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die AKtiV-Studie untersuchte die Art der Implementierung, die Behandlungsprozesse, die klinische Wirksamkeit, stationäre Wiederaufnahmeraten und die Kosten von Stationsäquivalenter Behandlung (StäB) nach §115d Sozialgesetzbuch (SGB) V im Vergleich zur konventionellen stationären Behandlung. Dabei wurde die Eignung der StäB für unterschiedliche Zielgruppen, Versorgungssettings und Versorgungsregionen geprüft.

**Methodik:** Es wurden Methoden der quantitativen und qualitativen Outcome-, Prozess- und Implementierungsforschung sowie eine gesundheitsökonomische Evaluation verwendet. In der Outcome-Evaluation wurden in 10 Kliniken deutschlandweit 200 Nutzer:innen/Patient:innen von Versorgungsleistungen (NU) von StäB sowie 200 mittels Propensity Score Matching (PSM) selektierte NU stationärer Behandlung rekrutiert. Die quantitativen Erhebungen fanden zu Baseline sowie nach 6 und 12 Monaten statt. Für die qualitativen Erhebungen wurden in Teil I der Prozessevaluation Interviews, Fokusgruppen und Forschungstagebücher der Patient:innen genutzt. In Teil II wurden Mitarbeitende in Experteninterviews (EI) und Fokusgruppen befragt und Empfehlungen zu Prozessen sowie Implementierungsmodellen abgeleitet. Außerdem wurden Direktaufnahmen im StäB mit Verlegungen von Station ins StäB in einer Routinedatenanalyse verglichen. Anschließend ermittelte eine gesundheitsökonomische Evaluation den Gewinn im Vergleich zur Kontrollbedingung.

**Ergebnisse:** Die StäB-NU fühlten sich besser in die Therapieplanung einbezogen und waren mit der Therapie sowie ihre Angehörige und andere Bezugspersonen (ANG) zufriedener. StäB führte zu einer signifikant geringeren vollstationären (31,12 vs. 49,74 %;  $p = 0,002$ ), StäB oder teilstationären Wiederaufnahmerate innerhalb eines Jahres im Vergleich zur vollstationären Behandlung, ohne gleichzeitig die Sicherheit (unerwünschte Ereignisse) oder klinische (Symptomschwere, psychosoziales Funktionsniveau) und soziale (Lebensqualität, berufliche Integration, Recovery) Outcomes zu beeinträchtigen. Die Wiederaufnahme erfolgte in der StäB-Gruppe signifikant später als bei der Gruppe der vollstationären Behandlung, und die Anzahl der Tage, die vollstationär verbracht wurden, war signifikant geringer, ebenso wie die Zahl der Tage, die vollstationär oder in StäB verbracht wurden. In den qualitativen Untersuchungen beschrieben NU vielschichtige, überwiegend positive Erfahrungen mit der Struktur und Organisation der StäB. Es konnten spezifische Merkmale zur Operationalisierung und Bewertung der Qualität von StäB entwickelt werden. Es gibt unterschiedliche Umsetzungsvarianten, was die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern betrifft, die Zusammensetzung der Teams, und die Foki auf NU-gruppen. Am häufigsten wurden die Patient:innen direkt in die Teams aufgenommen, seltener als Verlegung von der Station. Der Kostenvergleich zeigt für die Kontrollgruppe (KG) signifikant höhere Kosten für die stationäre Versorgung, für die Interventionsgruppe (IG) demgegenüber signifikant höhere Kosten für die StäB Behandlung. Differenzen einzelner Leistungskategorien führten weder zu signifikanten Differenzen der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten noch bei den Gesamtkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

**Diskussion:** Insgesamt lässt sich festhalten, dass StäB im Vergleich zur vollstationären Behandlung günstigere Ergebnisse in Bezug auf die Wiederaufnahmerate und die Zufriedenheit der NU und ihrer ANG erzielt hat.

## 2. Beteiligte Projektpartner

An der AKtiV-Studie nahmen die folgenden zehn StÄB-anbietende Krankenhäuser sowohl aus städtischen als auch aus ländlichen Gegenden als Studienzentren teil: Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Immanuel Klinik Rüdersdorf, Vivantes Klinikum Am Urban, Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg mit den teilnehmenden Kliniken Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Zwiefalten und Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Weissenau-Ravensburg, die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.rt) , das kbo-Isar-Amper-Klinikum München, das Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen und das Zentrum für Psychiatrie Reichenau. Die klinisch-wissenschaftlichen Module wurden durch fünf Standorte umgesetzt: Arbeitsgruppe „Präventive Psychiatrie, innovative Versorgungs- und Psychotherapieformen“ in den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit FRITZ am Urban und soulspace, Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain - Berlin (Modul A), Integrierte Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit“ Medizinische Hochschule Brandenburg (Modul B), Abteilung Versorgungsforschung Zwiefalten/Reutlingen und Abteilung Versorgungsforschung Weissenau Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg (Modul C1), Forschung und Lehre am kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München (Modul C2), Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Klinik für Psychiatrie II Universität Ulm (Modul D), Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) (Modul E). Für eine tabellarische Übersicht alle beteiligten Projekt- und Kooperationspartnern siehe Tabelle 1 und 2 im Anhang 1.

## 3. Projektziele

### Hintergrund

Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld (AHU), Home Treatment (HT) bzw. Crisis Resolution (CR) und längerfristige „Intensiv-aufsuchende Behandlung“ (IAB) sind seit Jahren v.a. in englischsprachigen Ländern erprobte und dort evaluierte Modelle aufsuchender akutpsychiatrischer Versorgung. Sie zielen u.a. auf die Vermeidung und Verkürzung stationärer psychiatrischer Behandlungen ab (Berhe et al., 2005). Internationale randomisierte kontrollierte Studien zeigten die Umsetzbarkeit, die klinische Gleichwertigkeit, die höhere Zufriedenheit bei den NU und weisen auf die Überlegenheit von HT gegenüber der Standardbehandlung hinsichtlich einer Reduktion erneuter stationärer Wiederaufnahmen und einer höheren Kosteneffektivität hin (Cornelis et al., 2022; Murphy et al., 2012; NICE, 2014; Stulz et al., 2020). Angesichts der Evidenzlage und der positiven Erfahrungen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen wurden AHU und IAB der S3-Leitlinie der Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.“ (DGPPN) als notwendiger Bestandteil des psychiatrischen Hilfesystems auch in Deutschland mit dem höchsten Grad zur Implementation empfohlen (DGPPN, 2019). Gleichzeitig war die Implementierung von Modellen aufsuchender akutpsychiatrischer Versorgung lange Zeit aufgrund der Gesetzeslage nur in Form von Modellprojekten möglich, in bestimmten Regionen auch nur im Fall der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse. Im Jahr 2017 wurde in Deutschland die StÄB als AHU für den Fall einer akut-psychiatrischen Krankenhausleistung eingeführt, die mit vergleichbarer Intensität und multiprofessionellem Ansatz im häuslichen Umfeld der betroffenen Personen erfolgt

(Bundestag, 2016). Die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für StäB sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft detailliert definiert worden (GKV-Spitzenverband, 2017). Eine Reihe von Publikationen verdeutlichen die Umsetzungsvielfalt von StäB (Klocke et al., 2022; Längle et al., 2021). Bisherige Fallstudien und Umsetzungsberichte zu StäB (Boyens et al., 2021; Jahn et al., 2022; Klocke et al., 2022) sowie Ergebnisse aus Pilotstudien unterstützen die internationalen Ergebnisse und zeigen, dass StäB auch in Deutschland bezüglich der Wiederaufnahmerate der stationären Therapie nicht unterlegen ist (Weinmann et al., 2022). Zudem deuten sie auf eine hohe Zufriedenheit der NU hin.

## **Ziele und Fragestellungen**

Vor diesem empirischen Hintergrund wurde die vorliegende AKtiV-Studie beantragt, um die bundesweit heterogenen Umsetzungspraxen, Behandlungsprozesse, sowie die klinische Wirksamkeit, die Kosteneffektivität und die subjektiven Erfahrungen von und mit StäB im Vergleich zur stationären Behandlung aus der Sicht von NU, ANG, Mitarbeiter:innen der StäB Teams (MA) und anderen Expert:innen und Akteur:innen der psychiatrischen Versorgung zu untersuchen (Baumgardt et al., 2020). Zu diesem Zweck wurde die Zusammenarbeit in unterschiedlichen Modulen organisiert, die die folgenden Unterziele verfolgten:

### **Modul A Quantitative Evaluation bei Patient:innen**

Als primäres Zielkriterium wurde die vollstationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten untersucht.

Folgende sekundäre Forschungsfragen wurden in der vorliegenden Studie ebenfalls erforscht: Sinken die Wiederaufnahmerate (vollstationär + teilstationär + StäB), die Gesamtzahl vollstationär- psychiatrisch verbrachter Tage, die Behandlungsabbrüche und steigen die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das psychosoziale Funktionsniveau, die berufliche Integration, die Behandlungszufriedenheit, die empfundene Einbeziehung in Therapieentscheidungen und die Recovery-Orientierung bei stationsäquivalent behandelten Patient:innen im Vergleich zu vollstationär-psychiatrisch behandelten Patient:innen? Die quantitativen Hauptzielkriterien und Hypothesen von sind in Abb. 1 veranschaulicht.

### **Modul B Qualitative Evaluation bei Nutzer:innen, Angehörigen und Versorgungsakteuren**

Modul B1 untersuchte das subjektive Erleben der Betroffenen inklusive Angehöriger und der von ihnen wahrgenommene Nutzen durch StäB. Ziel war es, förderliche Bedingungen und Hindernisse für eine gute psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zu explorieren. Das Modul war in fünf Teilprojekte unterteilt, die folgende Ziele verfolgten:

- Qualitative Untersuchung der Erfahrungen der oben genannten Stakeholder mit der StäB (B1.1)
- Identifikation von Kriterien guter StäB aus Sicht von NU zur Weiterentwicklung eines Best Practice Modells (BPM) und dadurch mittelfristig Steigerung der NU-Orientierung des Angebots (B1.2)
- Untersuchung von erlebten Interaktionen zwischen NU und MA unter dem Aspekt der Regelung von Distanz und Nähe (B1.3)
- Untersuchung des Erlebens der ANG und ihrer spezifischen Aufgaben und Rollen im Rahmen von StäB (B1.4)
- Untersuchung des Sicherheitserleben von StäB (versus Station) und Erarbeitung von Sicherheitsrelevanten Merkmalen (B1.5)

Modul B2 setzte sich als Ziel, unterschiedliche Modelle der sektorenübergreifenden Umsetzungsformen von StäB zu explorieren (Umsetzungsformen der Delegationsregelung sowie der damit verbundenen spezifischen Anreizen und Herausforderungen).

### **Modul C Routinedatenanalyse und quantitative sowie qualitative Prozessevaluation**

**Modul C1** untersuchte, welche Zielgruppe am meisten von StäB profitiert und welche Wirkfaktoren mit erfolgreichen Behandlungsprozessen verbunden sind.

Um die Fragestellungen zu beantworten wurde Modul C in vier Teilprojekte mit folgenden Zielen gegliedert:

- Erhebung von Routinedaten und Analyse dieser im Verhältnis zu den Outcomes von Modul A (C1.1) entlang folgender Hypothesen:
  - H1: Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Organisationsstruktur der Teams und der den NU zukommenden Behandlung (Kontaktfrequenz und -dauer, Dauer der Behandlung);
  - H2: Die Durchführung von StäB im Rahmen eines stationsintegrierten Teams gegenüber einem losgelösten/autonomen StäB-Team ist mit einer stärkeren Reduktion der stationären Wiederaufnahmerate und der stationär verbrachten Tage verbunden (Verknüpfung von Struktur- und Routinedaten mit Primärdaten zur Wirksamkeit auf Zentrumsebene);
  - H3: Die Arbeitszufriedenheit der MA korreliert mit der Behandlungszufriedenheit der NU und ANG;
  - H4: Aspekte der individuellen Behandlung (Anzahl und Dauer von Kontakten durch unterschiedliche Professionen, Dauer der Behandlung insgesamt, Bewertung der Teamprozesse durch die MA und MA-Zufriedenheit) zeigen eine stärkere Korrelation zur stationären Wiederaufnahmerate als NU-Variablen (Diagnose, Alter, Geschlecht usw.);
  - H5: Zentrumseffekte bezüglich der Wirkungen (stationäre Wiederaufnahmerate und Gesamtzahl stationär verbrachter Tage) können eher durch Unterschiede in den Behandlungsprozessen in den verschiedenen Zentren als durch deren unterschiedlichen Case-Mix (Diagnose, Alter, Dauer der Erkrankung) erklärt werden;
  - H6: Instabile Verläufe während der Indexbehandlung sind ungünstige Prädiktoren für die Ambulantisierung und das stationäre Wiederaufnahmerisiko;
  - H7: Die Belastung der ANG von StäB NU reduziert sich stärker als die ANG-Belastung in der Kontrollgruppe zwischen den beiden Untersuchungszeiträumen,
- Erhebung und Analyse von Strukturdaten der zehn beteiligten StäB-Teams, als Basis für Empfehlungen zu Behandlungs- und Implementierungsmodellen (C1.2)
- Qualitative Befragung von Mitarbeitenden in Experteninterviews und Fokusgruppen, um strukturierte Empfehlungen zu Prozessen und Implementierungsmodellen abzuleiten (C1.3),
- Befragungen zu Zufriedenheit und Belastungserleben:
  - der MA zur Zufriedenheit und dem Belastungserleben in StäB (C1.4.1),
  - der StäB-NU zu der Zufriedenheit mit der Behandlung (C1.4.2)
  - der ANG in Bezug auf Behandlungszufriedenheit und Belastungserleben (C1.4.3).

**Modul C2** untersuchte ob und wann eine Aufnahme direkt oder aus der stationären Behandlung heraus erfolgen sollte. Ziel war es, die Direktaufnahmen im StäB mit den Verlegungen von Station ins StäB zu vergleichen, um mehr Erkenntnisse zur

Indikationsstellung von StäB und eine Verbesserung der Prozess- und evtl. Ergebnisqualität zu erreichen. Dabei folgte das Modul den folgenden Hypothesen:

- H1: Es gibt differentielle Indikationen, für welche NU eine Direktaufnahme sinnvoll ist und für welche die Ausleitung der Behandlung indiziert ist (C2.1).
- H2: Entscheidend für das Zuweisungsverhalten ist die Organisationsform: Findet die Aufnahmesteuerung über eine zentrale Aufnahmeabteilung statt, ist die Zahl an tatsächlichen Akutbehandlungen (stationersetzend) höher, als wenn der Zugang anders organisiert ist (C2.2).
- H3: Wenn StäB direkt anstelle von stationärer Behandlung zum Einsatz kommt, ist die Wirksamkeit besonders ausgeprägt. NU, die über diesen Zugangsweg behandelt werden unterscheiden sich von NU, die „ausleitend“ nach stationärer Behandlung behandelt werden signifikant bezüglich Krankheitsschwere, Behandlungsverlauf und Behandlungszufriedenheit (C2.1).

Des Weiteren erfolgte eine qualitative Beschreibung der Organisationsformen zur Aufnahmesteuerung und eine qualitative Analyse von Kontraindikationen von StäB.

#### **Modul D Gesundheitsökonomische Evaluation**

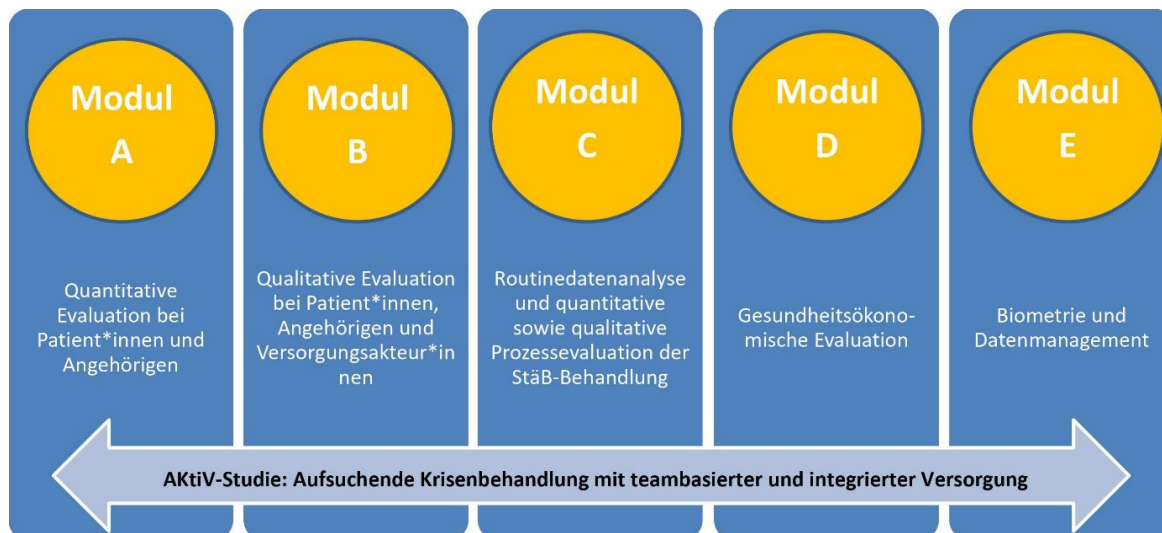
Modul D zielte auf die gesundheitsökonomische Evaluation mit Hilfe einer inkrementellen Kostennutzwertanalyse (IKNR) aus der Perspektive der deutschen Volkswirtschaft und aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel dieser Analyse war es, die notwendige maximale Zahlungsbereitschaft (MWTP) für den Gewinn eines qualitätsadjustierten Lebensjahres (QALY) durch die Nutzung von StäB im Vergleich zur Kontrollbedingung zu ermitteln.

#### **Modul E Biometrie und Datenmanagement**

Modul E zielte darauf, die vom Modul A, C1 und C2 formulierten Hypothesen biometrisch zu prüfen und die Evaluation im Modul D zu unterstützen. Dafür wurden folgende konkrete Ziele verfolgt: Berechnung einer geeigneten Fallzahl, Erzeugung vergleichbarer Fälle der IG und KG durch ein PSM Verfahren, dazu logistische Regressionsanalysen von Vorjahresdaten, die Korrektheit der Daten durch Datenmanagement und Qualitätskontrollen zu sichern, einen Statistischer Analyseplan (SAP) zu erstellen, sowie die statistischen Auswertungen mit den im Einzelnen im SAP (s. Anlage 01) vorab festgelegten Methoden (Hypothesentest, Berücksichtigung von Confoundern und missing data/multiple Imputation) umzusetzen.

### **4. Projektdurchführung**

Das Forschungsprojekt AKtiV war eine multizentrische, mixed-methods, quasi-experimentelle Proof-of-Concept-Studie. Die wissenschaftliche Arbeit wurde in die bereits zuvor beschriebenen fünf Module unterteilt, die jeweils unterschiedliche Themen und Fragestellungen anhand eines Mixed-Methods-Designs untersuchten. Eine graphische Darstellung des Studiendesigns ist der Abbildung 1 zu entnehmen.



**Abbildung 1:** Graphische Übersicht über Studiendesign und Module

Die geplante Studiendauer betrug erstmalig 36 Monate und wurde kostenneutral um 6 Monate verlängert. In den ersten Projektmonaten wurden grundlegende Vorarbeiten für die Studie geleistet, einschließlich des ersten Projekttreffens, Vertragsabschlüssen mit Kooperationspartner:innen, Zusammenstellung von Erhebungsinstrumenten, Einholung von Ethikvoten, Erstellung und Einreichung von Erhebungsmaterial und Studienprotokoll, Aufbau einer Koordinationsstruktur und Schulung von Mitarbeitenden. Die Rekrutierung lief von Januar bis Dezember 2021, verzögert durch pandemiebedingte Einschränkungen. Um die Fallzahl zu erreichen, erfolgte eine Umverteilung zwischen den Zentren. Im zweiten Quartal 2021 wurde das SAP verfasst. Ab Mitte 2021 begannen die ersten 6-Monats-Follow-Ups, gefolgt von den 12-Monats-Follow-Ups bis Ende Dezember 2022. Erste Publikationen erschienen im September 2023. Verzögerungen traten aufgrund später Datenlieferungen und Arbeitsausfällen auf, was die Programmierung der statistischen Analysen und Datenqualitätsüberprüfung beeinflusste. Die finale Bereitstellung der quantitativen Evaluation erfolgte nicht rechtzeitig, da nur die Full Case Analyse (FCA)-Datei von Modul E vorlag. Die Analyse der quantitativen Daten konnte daher nur eingeschränkt erfolgen. Eine kostenneutrale Verlängerung wurde beantragt und die endgültige Analyse im Oktober 2023 durchgeführt.

Die Intervention in der IG erfolgte im Rahmen der Leistungsbeschreibung nach §115d SGB V, der Bundesrahmenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner und der in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) niedergelegten Regularien: NU wurden über unterschiedliche Wege (telefonischer Kontakt, Zuweisung durch Ärzte oder gemeindepsychiatrische Träger, sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Stationen, Rettungsstellen, etc.) aufgenommen. Die Aufnahme in die StäB, auch wenn diese in den zehn Studienzentren unterschiedlich umgesetzt wurde (z. B. über einen zentralen Case-Manager oder direkt über den Kontakt zur Station), erfolgte erst nach Überprüfung der formalen Einschlusskriterien, der Zustimmung des häuslichen Umfeldes, der Berücksichtigung des Kindeswohls sowie der Eignung des häuslichen Umfeldes. Dieses Vorgehen war notwendig, um der Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Genüge zu tun. Durch die Prüfung dieser Einschlusskriterien auch für potenzielle Teilnehmenden der Kontrollgruppe (KG), d. h. Patient:innen der vollstationären Behandlung, wurde sichergestellt, dass diese theoretisch ebenfalls eine StäB hätten erhalten könnten.

Nach Prüfung der StäB-Einschlusskriterien wurde eine Bedarfserhebung durch das multiprofessionelle StäB-Team der jeweiligen Klinik durchgeführt. Hierauf aufbauend wurde ein Behandlungsplan erarbeitet, der auch auf Gesprächen mit NU und ANG im sozialen Umfeld basierte und Auslöser der aktuellen Krise, Vorgeschichte, frühere Behandlungen, die aktuelle Bedarfslage sowie persönliche Präferenzen berücksichtigte. Der Behandlungsplan enthält Behandlungsziele, die von NU mit Unterstützung des StäB-Teams erreicht werden sollen, sowie die dazu bereitgestellten Hilfen (Medikamente, Gespräche, Kontakte zu anderen Menschen, Beschäftigungen, etc.). Zusätzlich zum Behandlungsplan wurde für jede Woche ein Therapie- und Medikamentenplan erstellt. Der/Die NU wohnte weiterhin im eigenen sozialen Umfeld und erhielt jeden Tag mindestens einen persönlichen Kontakt in Form eines Hausbesuchs oder eines Besuchs in der Klinik. Mindestens sechs Kontakte pro Woche wurden außerhalb der Klinik realisiert. Die Behandlungsmaßnahmen fanden in der Wohnung des/der NU, in der Klinik oder einem anderen Ort statt, an dem der/die NU sich wohl fühlte.

Einmal pro Woche fand eine fachärztliche Visite statt, in der die bisherige Zielerreichung der Behandlung eingeschätzt, Therapien inklusive Medikamente und ihre Dosierungen reflektiert sowie die weitere Dauer und Art der Behandlung festgelegt wurden. Jeder Fall wurde mindestens einmal pro Woche in einer Teambesprechung ausführlich diskutiert. Die pharmakologische sowie die psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung wurden nach den Standards der jeweiligen Kliniken durchgeführt. Das Entlassmanagement erfolgte analog den stationären Aufenthalten. Weitere Vorgaben hinsichtlich Teambesetzung, beteiligten Professionen, Prozessen, etc. wurden für die Studienzentren nicht gemacht, um die Varianz in der Umsetzung von StäB untersuchen zu können. Die Intervention in der KG besteht aus der vollstationären Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Auch in der KG wurden die pharmakologische sowie die psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung nach den gleichen Standards der jeweiligen Kliniken durchgeführt. Die Compliance war in beiden Behandlungsgruppen direkt zugänglich.

## 5. Methodik

### Modul A: Quantitative Evaluation bei Nutzer:innen

*Studiendesign:* Eine ausführliche Darstellung der Methodik findet sich unter: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-021-03163-9>. Das Studiendesign war zweiarstig, die KG wurde durch das PSM festgelegt und war dadurch weitgehend strukturgleich. Die Intervention in der IG erfolgte im Rahmen der Leistungsbeschreibung nach §115d SGB V, und die Intervention in der KG bestand aus der vollstationären Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Insgesamt ließen sich die IG und KG in jeweils zwei Untergruppen entsprechend dem Aufnahmemodus in der Behandlung unterteilen, was zu den folgenden 4 Behandlungsgruppen führte: Direktaufnahmen in StäB (IG0), Verlegung von der vollstationären in StäB (IG+), Vollstationäre Direktaufnahmen für Kontrollfälle (KG0), Vollstationäre Aufnahme als Kontrollfall für NU, die von der stationären in die Indexbehandlung aufgenommen wurden (KG+). Mit Indexbehandlung war die psychiatrische Behandlung ab dem Studieneinschluss gemeint. Die Kontrollgruppe KG+ diente als Vergleichsgruppe für die Patient:innen der Interventionsgruppe, die aus einer vollstationären Behandlung in die StäB verlegt wurden. Ein Kontrollpatient aus der KG+ wurde so ausgewählt, dass seine unmittelbare vollstationäre Behandlungsdauer vor dem Studieneinschluss mit der vollstationären Behandlungsdauer vor dem Studieneinschluss eines Patienten der IG+, der von

der vollstationären Behandlung in die StäB verlegt wurde, vergleichbar war. Ziel war dabei, die vollstationäre Behandlungsdauer in der KG+ möglichst mit der vollstationären Behandlungsdauer vor der StäB-Behandlung in der IG+ gleichzusetzen. Als Ende aus der Indexbehandlung wurde dazu in allen Fällen der Entlasstag aus der StäB bzw. vollstationären Behandlung gesetzt. Bei der IG und KG wurde als Aufnahmetag in die Indexbehandlung die Aufnahme in die StäB bzw. vollstationäre Behandlung definiert. Bei den IG+ und KG+ NU wurde der Aufnahmetag in die Indexbehandlung durch die Monitoring-Tabelle dokumentiert und in Case Report Form (CRF) als eine Variable nachgetragen. Dabei wurde der Aufnahmetag bei den KG+ NU als der Tag definiert, ab dem der/die NU zur Studie angesprochen wurde. Die Studienteilnehmer:innen (TN) wurden in zehn Studienzentren über einen Zeitraum von 12 Monaten rekrutiert. Bis zur Erreichung der geplanten Fallzahl wurden alle StäB-NU nach Aufklärung über die Studie um ihre Teilnahme gebeten. Bei Zustimmung und Erfüllung der Einschlusskriterien wurden die NU in die Studie aufgenommen. Anschließend wurde jede eingeschlossene Person mit einem/einer NU, die ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllte, nach dem Propensity Score (PS) gematcht. Die gematchte Person wurde in derselben Klinik ebenfalls aufgeklärt und bei Zustimmung als Kontrolle rekrutiert.

Nach Einschluss erfolgte eine prospektive Befragung aller NU zu vier Zeitpunkten: Baseline (eine Woche nach Aufnahme und zum Ende der Indexbehandlung), 6 Monats-Follow-Up (6 Monate nach Aufnahme), 12 Monats-Follow-Up (12 Monate nach Aufnahme). Als Aufnahmezeitpunkt wurde die Aufnahme in die Indexbehandlung gesetzt. Die Befragungsdaten wurden durch Angaben des/der behandelnden Arztes/Ärztin und Routinedaten der einzelnen Kliniken nach §301 SGB V (z.B. für gesundheitsökonomische Analysen) ergänzt. Von jedem TN wurde zudem die/der nächste ANG im Sinne einer „dauerhaft im selben Haushalt lebenden Personen“ bzgl. einer Studienteilnahme angefragt. In Abwesenheit naher ANG konnte auch eine enge Bezugsperson wie bspw. ein:e Wohnbetreuer:in bzgl. einer Studienteilnahme angesprochen werden.

Die MA in den StäB-Teams der Studienzentren vor Ort wurden mittels Fragebögen zur Zufriedenheit, der Belastung und den Teamprozessen befragt. Zusätzlich zur quantitativen Befragung von NU, ANG und MA wurden im Rahmen eines multi-modalen, partizipativen Forschungsansatzes qualitative Fokusgruppen- und EI mit einer Stichprobe von StäB-NU sowie deren ANG durchgeführt. Zudem war eine Fragebogen-Erhebung unter ausgewählten StäB-Teammitgliedern, Experten sowie Fokusgruppenteilnehmenden geplant.

**Zielpopulation:** NU vollstationäre und StäB, ANG von NU vollstationäre und NU StäB, StäB-MA und Expertinnen.

**Ein- und Ausschlusskriterien:** Einschlusskriterien für die NU waren: Relevante psychiatrische Krise mit vorliegender psychiatrischer Diagnosegruppe F0X, F1X, F2X, F3X, F4X, F5X oder F6X; 18 Jahre oder älter; Fehlende akute Eigen- oder Fremdgefährdung, welche eine stationäre Aufnahme erforderlich machen würde; Fester Wohnsitz im Versorgungsbereich der jeweiligen Klinik; Eignung des sozialen und/oder Wohn-Umfeldes; Fehlende Kindeswohlgefährdung; Zustimmung aller Erwachsenen, die in der Wohnung des/der NU wohnen; Freiwilligkeit. Ausschlusskriterien für die NU waren: Unterbringungsbeschluss nach den jeweiligen Landesgesetzen; Schwere organische Hirnerkrankungen mit kognitiven Defiziten; Intelligenzminderung; Fehlende Einwilligungsfähigkeit bei Studieneinschluss; Teilnahme an einer anderen Interventionsstudie zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses und während des Indexaufenthaltes; Unzureichende Sprachkenntnisse für eine Befragung in deutscher Sprache.

*Ausschluss von NU während Intervention oder Auswertung:* In der AKtiV Studie war als Studienabbruchkriterium nur der aktive Wunsch der TN vorgesehen, ihre Einwilligung zur Studienteilnahme mündlich oder schriftlich zurückzunehmen. Wenn ein TN seine Einwilligung (mündlich oder schriftlich) zurücknahm, endete die weitere Erfassung von Daten. Der Abbruch und das Datum wurden im CRF dokumentiert. Falls ein TN auch sein Einverständnis zur Verarbeitung der bisher erfassten Daten zurückzog, wurden diese gemäß dem Datenschutzkonzept gelöscht. Ein solcher Fall trat im Verlauf der Studie nicht auf.

*Fallzahlen inkl. Drop-Out, Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung, Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte, Auswertungsmethode:* Siehe unter Modul E.

*Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte:* Die geplante Studiendauer der gesamten AKtiV-Studie betrug ursprünglich 36 Monate und wurde um 6 Monate kostenneutral verlängert. Die Rekrutierungsphase dauert vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2021. Es wurden Baselinewerte, am Anfang und Ende der initialen Behandlungsepisode, sowie zwei Follow-Up Untersuchungen (nach 6 bzw. 12 Monaten) erhoben.

*Form der Datenerhebung:* Siehe unter Modul E.

*Matching und Datenlinkage:* Die Daten wurden überwiegend direkt und mit zertifizierten Fragebögen erhoben. Ergänzende Informationen wurden vor Ort mittels der Deutschen Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-D) erhoben, mittels Informationen aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) gematched, und unmittelbar in das elektronischen Case Report Form (eCRF) des jeweiligen Falles eingetragen. Das Datenmanagement erfolgte im KKSBB nach dem Datenmanagementplan für die Studie. Die finalen eCRF-Daten wurden in die KKSBB-Datenbank für diese Studie übernommen. Diese Datenbank war parallel zur Entwicklung des eCRFs aufgesetzt worden. Anschließend wurde ein Plausibilitätscheck mit einem vorab geschriebenen SAS-Programm durchgeführt und bei fraglichen Eintragungen der Query Prozess nach der KKSBB-Routine gestartet. Die Query-Resultate wurden in der KKSBB-Datenbank durch Korrekturintragungen berücksichtigt. Nach Finalisierung der KKSBB-Datenbank (Abschluss des Query-Prozesses) wurden sie den auswertenden Statistikern übergeben. Dort wurden die Daten in eine finale SAS-Auswertungsdatei transformiert. Dabei wurden notwendige Korrekturen, die nachträglich von den Zentren gemeldet wurden im Transformationsprogramm umgesetzt. Die für das Datenmanagement benötigten SAS-Programme wurden zur Qualitätskontrolle nach der einschlägigen KKSBB- Standard operation procedures (SOP) geprüft und Fehler korrigiert.

*Änderungen an der geplanten Durchführung oder Auswertung der Studie:* Aus methodologischen Gründen und v.a. um die erwünschte Power, bei einem möglichen 10% von „Lost-to-Follow-Up“ beziehungsweise „Drop-Out“, zu erreichen, wurde die gezielte Fallzahl von 360 auf 400 Probanden erweitert (IG=200, KG=200). Die ursprüngliche Planung wurde nur in zwei Punkten in der Rekrutierungsphase geändert. Einerseits wurde ein alternatives Matchingprotokoll für den Fall eingeplant, dass im generell geplanten Verfahren innerhalb von 5 Monaten kein Matching möglich sein sollte. In diesem Fall sollte ein Match auch mit einer größeren PS-Differenz aber gleicher Diagnosegruppe erfolgen. Andererseits wurde die Vorgabe gleicher Rekrutierungszahlen aller Zentren aufgehoben.

## **Modul B: Qualitative Evaluation bei Nutzer:innen, Angehörigen und Versorgungsakteuren**

Die qualitative Prozess- und Outcome-Evaluation der Stakeholder (NU, ANG und Versorgungsakteure) gliedert sich in ein partizipativ-kollaboratives Modul (B1), welches die Erfahrungen der Stakeholder mit StäB untersucht und sich wiederum in 5 Teilmodule (B1.1-

B1.5) aufteilt, sowie ein weiteres Modul (B2) zur Analyse der sektorenübergreifenden Umsetzung der StäB (B2). Grundsätzlich wurden bei der Durchführung sämtlicher Teilmodule die Guidelines des UK Medical Research Council zugrunde gelegt (Moore et al., 2015) und es wurde die Analysesoftware MAXQDA (Software, 2022) verwendet.

*Teilmodul B1.1:* Im ersten Arbeitsschritt wurden Leitfäden (s. Anlage 05) entwickelt und es wurden teilstrukturierte Interviews mit NU durchgeführt. Hierzu wurden aus der Stichprobe des quantitativen Teils der AKtiV-Studie so lange TN zufällig ausgewählt, bis aus jedem Studienzentrum zwischen 4-6 NU am qualitativen Interview teilgenommen hatten. Insgesamt wurden 55 Interviews durchgeführt. Da die Vorbereitung der Datenerhebung (4. Quartal 2020) in die Covid-19 Pandemie fiel, wurden Telefoninterviews umgesetzt. Im Rahmen des iterativen Vorgehens der Grounded Theory Methodologie (GTM) wurden Datenerhebung und -analyse nebeneinander durchgeführt (Mey & Mruck, 2010). Die Datenerhebung und Datenanalyse erfolgten in Tandems bzw. Kleingruppen, die sich aus Forscher:innen mit den oben genannten unterschiedlichen Erfahrungshintergründen zusammensetzten.

*Teilmodul B1.2* beteiligte unterschiedliche Stakeholder aus dem Forschungsfeld, um ein BPM für StäB-Teams aus Sicht von NU mit möglichst hoher ökologischer Validität zu entwickeln und nutzte dafür ein modifiziertes Delphi-Verfahren (Diamond et al., 2014). Es wurden drei Arbeitsschritte durchlaufen, die sich an internationalen Vorgaben zur Implementation evidenzbasierter Praktiken orientieren (Mueser et al., 2003; Torrey, Lynde, & Gorman, 2005):

- i. *Sammeln und Ordnen von Evidenz:* Die Evidenzgrundlage setzt sich zusammen aus einer systematischen Recherche internationaler Literatur sowie im Rahmen von Teilmodul B1.1. erhobenen qualitativen Einzelinterviews mit NU zu deren Erfahrungen mit StäB. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde zunächst nach qualitativen Evaluationsstudien StäB-ähnlicher Versorgungsmodelle aus der Sicht von NU gesucht. Die Suche wurde am 17.11.2020 in den Datenbanken (Medline, Embase, Scopus, PsycINFO, Web of Science und Google Scholar) durchgeführt und am 22.9.2022 aktualisiert. Dabei wurde der folgende Suchausdruck verwendet (vereinfachte Darstellung): “mental health AND home-treatment AND patient views AND qualitative”. Das Suchergebnis umfasste 1.631 Treffer, welche im Rahmen eines Titel- und Abstract-Screening Prozesses mit Hilfe der Software RAYYAN.ai auf 31 Treffer reduziert wurden. Nach Sichtung der Volltexte verblieben 28 Studien, welche im weiteren Prozess einbezogen wurden. *Analyse der Evidenz und Formulierung von Kriterien:* Die Interviewtranskripte wurden erneut inhaltsanalytisch kodiert (Mayring, 2015) und dabei gezielt nach evaluativen Aussagen von NU der strukturellen und prozessualen Aspekte von StäB gesucht. Alle Bewertungen eines Versorgungsaspektes wurden in einer Kategorie zusammengefasst, die anschließend zu den Best Practice Kriterien weiterentwickelt wurden. Dabei wurden insgesamt 178 vorläufige Kriterien guter StäB-Praxis entwickelt, die schrittweise zu 124 Kriterien verdichtet wurden.
- ii. *Konsentierung, Verfeinerung und Gruppierung der Kriterien:* Um die Kriterien zu integrieren, zu validieren und zu verfeinern, wurden diese den Interview-TN (B1.1; N=30) zunächst in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt. Rückmeldungen dazu durch einige dieser TN (N=23) wurden im Rahmen von Online-Diskussionsgruppen (N=4) eingeholt, wobei jedes Kriterium im Detail besprochen und durch die TN nach deren Vorstellungen überarbeitet wurde. Im Rahmen des Gruppenprozesses wurden die Kriterien von 124 auf 58 weiter reduziert. Anschließend wurden die Kriterien mit der bestehenden Evidenz aus der Literaturrecherche angereichert. Dazu wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche (Schritt I) - im Sinne einer Metaanalyse - auf die Kriterien kodiert. Dabei wurde analog zu

dem in Schritt II beschriebenen Vorgehen verfahren, d.h. es wurde nach Ergebnissen gesucht, welche die Gültigkeit der Kriterien unterstützen, um deren Relevanz zu unterstreichen.

*Teilmodul B1.3* untersuchte den Themenkomplex Distanz und Nähe vertiefend, aufgrund von Hinweisen in Ergebnissen des Teilmoduls B1.1 auf potenzielle Herausforderungen in der aufsuchenden Arbeit. Hierzu war ein möglichst unmittelbarer Einblick in die alltägliche Praxis der StäB notwendig, wozu auf Antragsebene ethnographische Feldforschung vorgesehen war. Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurden stattdessen Forschungstagebücher verwendet (von Peter & Schwarz, 2019). In der Anlage 06 ist die Beschreibung der Arbeitsanweisung für die ausfüllenden Studienteilnehmenden der Forschungstagebücher zu finden.

Anhand wie folgt festgelegter Fragen zur Beantwortung wurden die TN (NU und MA) gebeten, über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen täglich ihre Behandlung (NU) bzw. Praxis (MA) im Hinblick auf Nähe-Distanz-Probleme zu beobachten und möglichst zeitnah zu notieren: Wie wird die Behandlung im häuslichen Umfeld erlebt? In welchen Situationen haben Sie sich mit/ohne Anwesenheit der MA besonders (un)wohl oder (un)sicher gefühlt? Welches Verhalten der MA oder NU war angemessen, welches war grenzüberschreitend? Die Datenerhebung erfolgte in zwei Phasen, wobei die Forschungsfrage zunächst mittels der Forschungstagebücher exploriert (Juni-Dezember 2022) und anschließend mittels Fokusgruppen vertieft wurde (März 2023). Zwischen diesen beiden Phasen wurden die erhobenen Daten mittels der GTM analysiert. Die anschließend durchgeführten Fokusgruppen dienten der kommunikativen Validierung und ermöglichten, Wissenslücken in Bezug auf die Forschungsfrage zu schließen. Alle TN, die Forschungstagebücher ausgefüllt hatten, wurden zur Teilnahme an den Fokusgruppen eingeladen.

*Teilmodul B1.4* Ähnlich wie in Teilmodul B1.3 wurde ein multimethodisches qualitatives Vorgehen gewählt, wobei drei Erhebungsmethoden sequenziell eingesetzt wurden: Zunächst wurden (I) teilstrukturierte Einzelinterviews mit ANG zu deren Erfahrungen mit der StäB geführt und mit Hilfe einer GTM informierten Datenanalyse ausgewertet.

Ein Leitfaden zu den teilstrukturierten Interviews ist in der Anlage 07 zu entnehmen.

Aufgrund einer fehlenden theoretischen Sättigung dieser Ergebnisse, wurden (II) Daten zusätzlich durch den Einsatz von Forschungstagebüchern erhoben. Analog zu dem unter Teilmodul 1.3 beschriebenen Vorgehen wurden ANG gebeten, ihre Erfahrungen mit StäB, dem Behandlungsteam, sowie den NU möglichst zeitnah im Tagebuch zu verschriftlichen. Die ausgefüllten Tagebücher wurden nach Anonymisierung in den GTM-Prozess eingespeist. Insgesamt konnten 29 ANG befragt werden, wobei 13 Interviews, 9 Forschungstagebücher und Fokusgruppen mit 8 Angehörigen durchgeführt wurden. Um weiterbestehende Wissenslücken im qualitativen Kategoriensystem zu schließen, insbesondere in Bezug auf die Rolle der ANG in StäB, folgten Online-Diskussionsgruppen. Nach abschließender Datenanalyse und des Eintretens theoretischer Sättigung wurden die Ergebnisse im Dezember 2023 dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. vorgestellt und durch diesen kommentiert.

*Teilmodul B1.5* Während der Auswertung des unter Teilmodul B.1.1 beschriebenen Materials (55 Interviews mit NU) wurde deutlich, dass die Kategorie „Sicherheit“ eine prägnante Rolle im Erleben der NU spielt. Das Material zu dieser Kategorie wurde darum mit Hilfe der thematischen Analyse vertieft ausgewertet. Während dieser Auswertung wurden Sub-

Kategorien zu Merkmalen verdichtet, die dazu verhelfen sollen, die Sicherheitsbedürfnisse der NU in der StäB- Behandlung zukünftig gut zu erfüllen.

**Modul B2:** Eine erweiterte Stakeholderanalyse wurde mittels qualitativer Expert:inneninterviews (EI) in mehreren Versorgungsregionen durchgeführt und dabei MA der StäB-Teams sowie nicht-klinische Erbringer von StäB-Leistungen befragt.

Der Interviewleitfaden "Umsetzungserfahrungen mit der StäB-Delegation" ist der Anlage 08 zu entnehmen.

Die in der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegte Definition der Delegation von StäB-Leistungen sowie die Rahmenbedingungen ihrer Durchführung sind in „§10 Anforderungen an die Beauftragung weiterer Leistungserbringer“ der Vereinbarung zur StäB nach §115d Abs. 2 SGB V zwischen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband der GKV, PKV, sowie DKG festgelegt. Aufgrund einer nur geringen Anzahl von Kliniken, welche die Delegation von StäB-Leistungen nutzt, wurden neben den AKtiV-Studienzentren (3 von 10) weitere Kliniken, welche auf die Delegationsregelung zurückgreifen, ausgewählt. Hierzu wurde die Übersicht der AG StäB des Referates für Gemeindepsychiatrie der DGPPN herangezogen, wodurch drei weitere Studienkliniken zur Teilnahme rekrutiert werden konnten. Die folgenden Kliniken nahmen an den Erhebungen teil: Immanuel Klinik Rüdersdorf, Charité Universitätsmedizin Berlin (CCM), PP.rt, Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart, Vitos Haina, ZfP Südwürttemberg (Wangen). Es wurde ein Schneeball-Sampling genutzt, um den Kontakt zu den jeweiligen nicht-klinischen Erbringern von StäB-Leistungen (N=3) herzustellen. Die Erhebungsinstrumente wurden theoriegeleitet, u.a. auf Basis von Erkenntnissen aus dem Innovationsfonds-Projekt PsychCare (Schwarz et al., 2021), sowie den übergeordneten Fragestellungen von Modul B2 entwickelt, wobei folgende Themenschwerpunkte für die Interviewleitfäden identifiziert wurden: Anreize, Voraussetzungen, Herausforderungen, sowie Effekte durch die Delegation von StäB-Leistungen an außerklinische Leistungserbringer. Die Datenerhebung und -auswertung erfolgten iterativ im Zeitraum März 2021 - Dezember 2023. Die EI erfolgten teils telefonisch und persönlich, wurden aufgezeichnet und anonymisiert transkribiert. Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) analysiert.

## **Modul C1: Routinedatenanalyse und quantitative sowie qualitative Prozessevaluation**

**C1.1 Routinedatenanalyse:** In Bezug auf die Behandlungsprozesse wurden die Routinedaten des § 301- Datensatzes aller NU der IG verwendet, um die Behandlungsdaten anhand der OPS-Kodierungen zu ergänzen. Die Daten nach § 301 SGB V enthalten die zur Abrechnung relevanten Leistungs- und NU-Daten, die den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden. Zu den an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten nach § 301 SGB V zählen NU- und Versichertendaten, der Ort der Leistungserbringung, allgemeine Aufnahmedaten sowie auch Aufnahmediagnosen, Fachabteilungs- und Verlaufsdagnosen, Therapiezeiten nach einzelnen Berufsgruppen (OPS-Kodierung) und schließlich auch Entlassdaten.

Die NU-spezifischen Routinedaten wurden mit Daten aus den Modulen A und B verknüpft (Bsp.: klinische Vorgeschichte (Anzahl stationär psychiatrischer Voraufenthalte in derselben Klinik innerhalb der letzten 2 Jahre); psychosozialer Hintergrund zur Behandlungsgeschichte). Darüber hinaus wurden Primärdaten zum individuellen Zugangsweg in die StäB und der jeweiligen Wartezeit vor Aufnahme in StäB erhoben. Neben dem Wohnumfeld sowie dem Einkommen wurden NU-spezifisch Daten zum Behandlungsverlauf (1. Mehr als eine Verlegung, 2. Unterbrechung der Behandlung 3. Gravierende Komplikationen 4. Fremdaggression 5. Substanzmissbrauch 6. Suchmeldung 7. Abbruch der Indexbehandlung)

erhoben. Diese Daten wurden am Ende der Indexbehandlung von den Studienmitarbeitenden anhand Recherchen in der Akte der NU und durch Rücksprachen mit den Behandlungsteams ergänzt. Aus diesen Instabilitätsvariablen wurde ein Summenscore „Stabilität der Behandlung“ gebildet, wobei der Abbruch der Indexbehandlung mit dem Faktor 6 gewichtet wurde. Die Variablen 1. – 6. wurden dichotom charakterisiert und mit 1 = eingetreten und 0 = nicht eingetreten kodiert. Je höher der Summenscore, desto instabiler der Behandlungsverlauf. Zudem wurde ein Summenscore „Stabilität Details“, bei dem der Abbruch der Indexbehandlung nicht miteinbezogen wurde (für eine genaue Beschreibung siehe SAP im Anlage 01) gebildet. Da diese Daten zu allen bereits in die Studie eingeschlossenen NU erhoben wurden, galten dieselben Ein- und Ausschlusskriterien, die bereits in Modul A erläutert wurden. Da nur für die StäB die Einzelleistungen minutengenau über den OPS abgerechnet werden, sind die OPS-Daten nur in der IG verfügbar und somit auch erhoben worden.

*C.1.2 Analyse Strukturdaten:* Die Strukturdaten der zehn beteiligten StäB-praktizierenden Studienzentren wurden über einen neu entwickelten Strukturfragebogen, der sich an einem bereits eingesetzten Strukturfragebogen einer Voruntersuchung (Gottlob et al., 2022) orientierte erhoben. Ergänzt wurde diese Strukturdatenerhebung mittels Fragebogen durch leitfadengestützte EI (Heinsch, 2020). Die Datenerhebung anhand des Strukturfragebogens startete im zweiten Quartal 2021. Die Strukturfragebögen wurden, nach Mail-Versand durch die Studienmitarbeitenden des Moduls C1, von der jeweiligen StäB-Leitung oder alternativ nach individueller Abstimmung am jeweiligen Studienzentrum von der Klinikleitung selbst ausgefüllt. Die noch offenen Fragen diesbezüglich wurden in den ergänzenden EI besprochen und abschließend von den Studienmitarbeitenden des Moduls C1 in der Auswertung berücksichtigt. Weitere Inkonsistenzen in den Datensätzen wurden mit den Verantwortlichen Konsortialpartner:innen am Studientreffen in Berlin geklärt und anschließend berichtet.

Die im Strukturfragebogen enthaltenen und abgefragten Items bezogen sich auf die Zeitdauer der Datenerhebung bzw. auf das Vorjahr 2020. Relevante abgefragte Parameter waren hierbei Team-Größe und die Team-Zusammensetzung nach Berufsgruppen. Zur weiteren Beschreibung der Studienzentren wurden Variablen zur allgemeinen Organisation (Rufbereitschaft, übergreifende oder fachspezifische Behandlung, zentrale vs. Dezentrale Büroräume, etc.) und zur Erfassung der strukturellen Gegebenheiten (Art der Klinik, Beschreibung der Region, Anzahl der StäB-Behandlungsplätze, maximale Fahrtzeiten, genutzte Verkehrsmittel, Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, angebotene Therapien) eingesetzt. Der Strukturfragebogen ist in Anlage 02 einzusehen.

Die Einbindung der StäB-Teams in die Struktur des Gesamtunternehmens gestaltete sich bei Auswertung der Strukturfragebögen als recht komplex, da sich neben den klassischen Formen von einem eigenständigen, einem Abteilungsgebunden oder einem stationsintegrierten Team auch weitere Mischformen herauskristallisierten die nicht zu wenigen Subgruppen zusammengefasst werden konnten. Sinnvoll erschien daher eine im Nachgang erneute Sortierung hinsichtlich der Einbindung der fachärztlichen Kompetenz in das jeweilige Team. Es wurde hierbei unterschieden, ob die Facharztkompetenz isoliert im StäB-Team verfügbar ist, also dem StäB-Team im entsprechenden Stellenumfang voll zur Verfügung steht, oder ob die Facharztkompetenz, je nach Diagnose der Patient:innen entsprechend aus den einzelnen Abteilungen eingebracht wird. Lediglich in Reutlingen, in Neukölln und im Klinikum am Urban scheint diese Abteilungsgebundene Struktur vorzuliegen, indem die Facharztkompetenz

entsprechend von den einzelnen Abteilungen eingebracht wird, an den anderen 7 Studienzentren sind Fachärzt:innen mit gewissen Stellenanteilen im StäB-Team angestellt.

Hierbei zeigte sich bei Betrachtung der Schwerpunkte in StäB, dass lediglich in Tübingen ein fachspezifisches StäB-Team existiert, alle anderen StäB-Teams arbeiten Diagnoseübergreifend.

Auch die genutzten Verkehrsmittel im Rahmen der Erreichbarkeit der Patient:innen zuhause wurden innerhalb des Strukturfragebogens für die einzelnen Studienzentren erhoben. Überraschenderweise wurde auch an den städtischen Studienzentren der größte Anteil oder zumindest mit dem größten Anteil für die PKW-Nutzung angegeben. An den Zentren Rüdersdorf und Zwiefalten beläuft sich dieser sogar auf 100%, in der Reichenau auf 99%. Einzig an der Charité wurde geschätzt, dass das meist genutzte Verkehrsmittel zum Erreichen der Patient:innen das Fahrrad bzw. E-bike ist (in rund 83%). Die Nutzung von Fahrrad/E-Bike differiert an den übrigen Zentren zwischen 1% (Reichenau) über 5% (Weissenau, München, Neukölln) und 10% (Reutlingen) bis hin zu 30% (Tübingen). Die Nutzung des ÖPNV wurde noch am höchsten für die Berliner Studienzentren das Urbanklinikum (20%) und die Charité (ca. 16%) eingeschätzt. Einen recht geringen Anteil von 5% schätzen hierfür noch die Studienzentren Tübingen, Neukölln und München ein. Das Klinikum am Urban (10%), Neukölln (20%), Reutlingen (5%) und Tübingen (5%) gaben zudem noch die Variante der fußläufigen Erreichbarkeit als sonstige Verkehrsmittel an.

Die deskriptive Beschreibung der übrigen Strukturmerkmale sind in den nachfolgenden Tabellen aufgelistet.

**Tabelle 1:** Gesamtbehandlungsplätze der beteiligten Studienzentren

	CHA	KAU	KNK	KBO	REI	REU	RUD	TUB	WIE	ZWI
vollstationär	68	165	194	779	285	131	94	182	196	218
TK	15	50	92	162	81	86	68	56	51.3	28.5
PIA	0	1600	1400	8500	4000	1500	2210	1261	2387	2600
StäB	5	21	17	18	15	15	8	5-6	10	15

**Tabelle 2:** Übersicht der Prozentangaben zum Ort der Behandlung

Behandlungsort (geschätzt in %)	CHA	KAU	KNK	KBO	REI	REU	RUD	TUB	WIE	ZWI
Zuhause	70	70	90	80	85	90	70	58	100	80
Klinik	10	15	5	0	0	5	0	2	0	3
TK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulanz/PIA	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0
unterwegs	20	10	10	20	15	5	30	40	0	7
sonstiges	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10

**Tabelle 3:** Deskriptive Beschreibung der weiteren Strukturmerkmale der Studienzentren

	CHA	KAU	KNK	KBO	REI		REU	RUD	TUB	WIE	ZWI
Zeitpunkt der Einführung (Monat/Jahr)	Nov 20	Jun 18	Mai 18	Okt 18	Mrz 18		Jan 18	Mai 18	Jan 19	Okt 16	Jan 18
Vorerfahrung aufsuchende Behandlung?	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein		Ja	Ja	Nein	Ja	ja
Art der Klinik <sup>1</sup>	Uniklinik	FA- KH	FA- KH	FKH	FKH		FKH	Uniklinik	Uniklinik	FKH	FKH
Teamgröße gesamt (VK)	3	22,5	15	14	12		12,5	6,7	5,2	8,4	12
Diagnose /fachspezifische oder übergreifende Behandlung	übergreifen d	übergreifen d	übergreifen d	übergreifen d	übergreifen d		übergreifen d	übergreifen d	Diagnosespezifisch	übergreifen d	übergreifen d
Organisation Rufbereitschaft	nachts allg. Rufbereitschaft	nachts allg. Rufbereitschaft	nachts allg. Rufbereitschaft	durchgehend StäB-Team	durchgehend StäB-Team		nachts allg. Rufbereitschaft	nachts allg. Rufbereitschaft	nachts allg. Rufbereitschaft	durchgehend StäB Team	durchgehend StäB Team
maximale Entfernung (Minuten)	k.A.	40	30-45	30	45		20	70	45	30	35
maximale Entfernung (km)	k.A.	9	10-20	15	60		12	80	40	25	30
Abdeckung gesamtes Versorgungsgebiet?	ja	ja	ja	nein	nein		ja	nein	ja	ja	nein
Versorgungsregion (Stadt/Land/gemischt)	Stadt	Stadt	Stadt	Stadt	gemischt		Stadt	gemischt	gemischt	gemischt	Land
Einwohnerzahl	Großstadt > 100.000	Großstadt > 100.000	Großstadt > 100.000	Großstadt > 100.000	LK mit 200000 Einwohner		Großstadt > 100.000	Großstadt > 100.000	Mittelstadt 20000-100000	Mittelstadt 20000-100000	Gemeinde <2000
StäB Kooperationen	ja	nein	nein	nein	nein		ja	ja	ja	nein	nein
Büroräume (zentral/dezentral)	zentral	zentral	zentral, dezentral	dezentral	zentral		dezentral	dezentral	zentral	zentral	zentral, dezentral

<sup>1</sup> FA-KH = Fachabteilung Allgemeinkrankenhaus; FKH = Fachkrankenhaus

*C.1.3 Qualitative Befragung Mitarbeitende:* In den EI und Fokusgruppen (FG) mit den StäB-MA wurde der zeitliche Ablauf der Implementierung, aufgetretene Schwierigkeiten, Details zur Personalgewinnung und – Organisation sowie Veränderungen im Prozess seit der Einführung der StäB fokussiert. Außerdem wurden die Behandlungsprozesse abgebildet, indem in den Fokusgruppen Art und Inhalt der Angebote ermittelt und beschrieben wurde, wo und wann diese stattfinden und wer diese durchführt. Die EI wurden mit jeweils ein bis zwei Personen der StäB-Teams der Studienzentren durchgeführt, um den Implementierungsprozess sowie den aktuellen Stand erfassen zu können. Die Fokusgruppen wurden mit den StäB-MA an allen Studienzentren durchgeführt mit einer Beteiligung möglichst aller Berufsgruppen der einzelnen Teams. Die Fokusgruppen sowie die EI wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Aus der Kombination der gewonnenen qualitativen Erkenntnisse und der im Rahmen der Ergebnisse der MA-Befragung wurden Empfehlungen für die Implementierung von StäB in Anlehnung an die Core Fidelity Scale, die für Crisis Resolution Teams in Großbritannien erarbeitet wurde abgeleitet (Brynmor Lloyd-Evans et al., 2016).

#### *C.1.4 Standardisierte Zufriedenheitsbefragungen:*

*C.1.4.1 Zufriedenheitsbefragung MA:* Zur Erfassung der Zufriedenheit der MA und deren Belastung wurde der gut validierte COPSQ-(Copenhagen Psychosocial Questionnaire) Fragebogen (Burr et al., 2019) verwendet. Zusätzlich wurden ausgewählte und (in Absprache mit den Verfassern des Fragebogens) durch Modulmitarbeitende ins Deutsche übersetzte Items des Collaborative Practice Assessment Tools (CPAT) (OIPEP, 2009) verwendet. Diese wurden ergänzt um Items aus internen Zufriedenheitsfragebögen des ZfP Südwürttembergs und im Laufe der Projektphase 1 in gemeinsamer Abstimmung mit den anderen Studienzentren final abgestimmt. In einer Vorbefragung an einem nicht an der Studie beteiligten Studienzentrum erfolgte eine erste Validierung des ergänzten Fragebogens. Der Fragebogen „Zufriedenheitsbefragung MA“ ist in Anlage 03 abgebildet. Die MA-Befragung wurde ab dem zweiten Quartal 2021 durchgeführt. Aufgrund unzureichenden Rücklaufs und dem ungünstigen Start der Befragung während der Sommerurlaubsphase, wurde die Rückmeldefrist bis auf das erste Quartal 2022 erweitert. Alle Studienzentren hatten hierfür postalisch die relevanten Unterlagen für die Aufklärung und Durchführung der MA-Befragungen erhalten. Die Studienmitarbeitenden wurden geschult. Zur Teilnahme wurden alle MA mit einem vertraglich vereinbarten Stellenanteil in der StäB angesprochen. Die Fragebögen wurden digitalisiert und zur Zusammenfügung in einen Gesamtdatensatz verschlüsselt nach Bremen geschickt. Belastung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz werden mit 31 Subkategorien beschrieben (Lincke et al., 2021). Die Antworten zu den Items auf der fünfstufigen Likert-Skala wurden in Skalenwerte zwischen 0 und 100 transformiert (Bsp: „nie“ bzw. „in sehr geringem Maße“ bzw. „sehr unzufrieden“ = 0; „immer“ bzw. „in sehr hohem Maße“ bzw. „sehr zufrieden“ = 100). Der Gesamtwert für eine Subkategorie (0-100) wird als Mittelwert der dazugehörigen Einzelitems berechnet.

*C.1.4.2 Zufriedenheitsbefragung NU siehe auch Modul A):* Der Fragebogen erfasst die Zufriedenheit der NU mit der Behandlung auf einer 5-stufigen Likert-Skala. Er umfasst insgesamt 18 Items und befasst sich mit der Zufriedenheit der Vorbereitung, des Verlaufs und des Ergebnisses der Behandlung, sowie vier offene Fragen. Der Fragebogen wurde im Rahmen zweier Dissertationsvorhaben am ZfP Südwürttemberg und der PP.r.t etabliert und in dieser Studie minimal modifiziert (Götz, 2020; Hirschek D., 2020; Längle et al., 2023) (s. Anlage 04).

*C.1.4.3 Behandlungszufriedenheit der ANG (KG und IG; siehe auch Modul A):* Der Fragebogen erfasst die Zufriedenheit der ANG mit der Behandlung auf einer 5-stufigen Likert-Skala. Er

umfasst insgesamt 13 Items sowie eine offene Frage. Der Fragebogen wurde im Rahmen zweier Dissertationsvorhaben am ZfP Südwürttemberg und der PP.rt etabliert und in dieser Studie minimal modifiziert (Götz, 2020; Hirschek D., 2020; Längle et al., 2023). Außerdem wurden multiple Modelle für die Variablen 1-7 (Modell 1), 8-12 (Modell 2) und 1-5 (Modell 3) erstellt und das Akaike-Informationskriterium (AIC) berechnet (siehe Tabelle 4). Die Behandlungsdauer pro Tag über alle Berufsgruppen hinweg wurde in den Modellen nicht berücksichtigt, da sie sich als Summe der einzelnen Behandlungsdauer pro Berufsgruppe berechnen lässt. Hier zeigen die Modelle der Patientenvariablen (8-12) die beste Anpassung. Darüber hinaus wurde das volle Modell der Variablen 1-12 mit dem Modell 1 und Modell 2 mittels Likelihood-Quotienten-Test verglichen. Die p-Werte sind der Tabelle 5 zu entnehmen.

**Tabelle 4:** Zusammenfassung der AIC-Werte von (ordinalen) Logit-Modellen

Kovariablen(n)\Zielvariable	Wiederaufnahme	AIC-Anzahl		AIC-Anzahl + StäB Tage
		AIC- vollstationärer Tage	AIC erweiterter vollstationärer Tage	
Anzahl Kontakte aus dem Behandler:innen- Team pro Tag	230.3755	342.287	253.3622	418.856
Behandlungsdauer der Indexbehandlung in Tagen	233.5691	346.290	251.6520	416.028
Behandlungsdauer pro Tag	232.3760	347.341	249.5274	417.515
Behandlungsdauer Ärzte pro Tag	234.7998	350.742	253.2688	419.867
Behandlungsdauer Pflegepersonen pro Tag	232.7545	348.488	251.5270	420.069
Behandlungsdauer Psychologen pro Tag	234.7796	350.807	255.0449	422.858
Behandlungsdauer Spezialtherapeuten pro Tag	234.8417	350.887	255.1371	423.102
Stabilität der Behandlung (Gesamtscore)	218.4549	329.974	240.2062	403.816
Durchschnittliche Prozessevaluation im behandelnden Zentrum	233.3555	349.617	254.9711	422.997
Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit im behandelnden Zentrum (ZUF-1)	234.6306	350.879	255.1604	422.641
Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit im behandelnden Zentrum (COPSOQ)	234.8312	350.401	255.1603	422.736
Diagnosegruppe (FX) für Logit-Modell	230.8950	339.695	253.9962	414.869
Alter	234.1427	349.427	255.1099	423.060
Geschlecht	232.7729	347.580	253.7594	420.172
Stabilität der Behandlung (Gesamtscore)	218.4549	329.974	240.2062	403.816
Individueller Zugangsweg (StäB Verlegung oder StäB direkt)	229.9439	341.936	253.1083	417.360
Kovariablen 1-7	232.3796	337.419	251.8059	409.039
Kovariablen 8-12	222.7714	324.049	248.2126	403.252
Kovariablen 1-5	227.6432	333.236	245.8654	405.385

**Tabelle 5:** P-Werte von Likelihood-Quotienten-Tests zum Einfluss der Behandlungsparameter und Patientenvariablen

Likelihood-Quotienten-Test	p-Wert Wiederaufnahme	p-Wert Anzahl vollstationärer Tage	p-Wert erweiterte Wiederaufnahme	p-Wert Anzahl vollstationärer + StäB Tage
Modell 1 vs. volles Modell	0.14043	0.00346	0.38493	0.01203
Modell 2 vs. volles Modell	0.91193	0.31095	0.57911	0.07587

**Modul C2:** *C.2.1 Standardisierter Vergleich der verschiedenen Zugangswege zu StäB:*

Monozentrisch wurde am Studienzentrum München überprüft, welche Unterschiede im Outcome zwischen Akutaufnahmen und verlegten StäB NU bestehen. Hierzu konnten Routinebehandlungsdaten aller bisher in der StäB München behandelten NU genutzt werden (N=89 Direktaufnahmen und N=80 Verlegungen). Durch den monozentrischen Vergleich beider NU-Gruppen wurde der Effekt interferierender Variablen minimiert (z.B. Besonderheiten des Versorgungssystems und der Organisation des StäB Teams).

Im Rahmen der multizentrischen Auswertung wurden zunächst die Zuweisungswege und Prozessdaten wurden mit einem spezifischen Instrumentarium erfasst und multivariat (Akutaufnahme vs. Verlegung; Vergleich zwischen Zentren) und monozentrisch analysiert. In Rahmen der multizentrischen Untersuchung (Gesamtdatensatz der AKtiV-Studie) sollte in allen Studienzentren verglichen werden, wie sich NU, die direkt in die Akutbehandlung aufgenommen werden, von solchen unterscheiden, die als Verlegung behandelt werden. Dabei richtete sich die Betrachtung zum einen auf NU-individuelle Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme StäB (Diagnose, Alter, Geschlecht, Vorgeschichte, Krankheitsschwere), aber auch auf Prozessdaten. Die Datengrundlage der Untersuchung basiert auf Routinedaten der klinischen Versorgung sowie auf einem selbst entwickelten Fragebogen, der speziell für die AKtiV-Studie konzipiert wurde. Dieser Fragebogen wurde zur Basisdokumentation eingesetzt und enthielt nur für die Interventionsgruppe (IG) strukturierte Items zur Erfassung der Zuweisungswege und relevanter Prozessdaten. Dieser ist als Auszug aus dem CRF „6. Weitere Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung -Interview,, als Anlage (s. Anlage 09) beigefügt und umfasst relevante Abschnitte zur Erfassung von Aufnahmeweg, Diagnose, klinischen Parametern sowie behandlungsbezogenen Prozessdaten und zeigt beispielhaft die für die Studie verwendeten Dokumentationsstrukturen.

*C.2.2 Qualitative Beschreibung der Organisationsformen zur Aufnahmesteuerung:* Zunächst wurde zwischen den Zentren verglichen, wie häufig die jeweiligen Zugangswege gewählt wurden. Dann wurden insgesamt 10 Interviews mit jeweils „Expert:innen“ für die Aufnahmesteuerung der 10 verschiedenen Zentren im Rahmen der AKtiV-Studie durchgeführt. Die Interviews waren Leitfaden-gestützt und versuchten mittels Leitfragen abzubilden, wie die Steuerung der Aufnahme am jeweiligen Zentrum organisiert war und wie schnell nach Anmeldung einer Aufnahme in StäB regelhaft erfolgt (s. Anlage 10).

*C.2.3 Qualitative Analyse von Kontraindikationen von StäB:* Insgesamt wurden 17 qualitative Interviews geführt: 6 NU-Interviews (4 Interviews mit NU, die StäB regulär beendet haben sowie 2 Interviews mit NU, bei denen die Behandlung abgebrochen wurde), 3 ANG-Interviews, 5 Interviews mit MA des Münchner StäB Teams sowie 3 EI. Hierbei handelte es sich um 2 MA aus anderen StäB-Standorten sowie einem wissenschaftlichen Mitarbeiter der AktiV Studie). Die Datenanalyse erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Die Themen wurden dabei deduktiv aus den Daten generiert. In einem ersten Schritt kodierten beide wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander einen Teil der

Transkripte. Die Ergebnisse wurden im Anschluss gemeinsam in der Projektgruppe besprochen und diskutiert bis Konsens erreicht wurde. Die Kodierung der restlichen Transkripte wurde abschließend von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin mittels MAXQDA (Software, 2022) durchgeführt. Die Transkripte wurden den Teilnehmern nicht zur Korrektur bzw. Ergänzung vorgelegt und auch kein Feedback zu den Ergebnissen von diesen eingeholt.

#### **Modul D: Gesundheitsökonomische Evaluation**

Im Modul D wurde eine ausführliche Recherche zu allen Gesundheitsleistungen mit Hilfe des CSSRI-D (Roick et al., 2001) abgefragt. Im CSSRI-D enthalten sind Leistungen zu stationären und teilstationären Krankenhausaufhalten, Anzahl der Termine bei (Fach-) Ärzten, Therapeuten, Ambulanzen oder Beratungsstellen, sowie Einnahme von Medikamenten in den vorhergegangenen drei bzw. sechs Monaten. Es wurde außerdem eine Übersicht mit detaillierter Aufführung über die Art der Leistung, der üblichen Behandlungseinheit (Grundpauschalen, Tage oder Minuten), der Behandlungseinheit zugeordneten Kosten, der Quelle der Information und dem Jahr der Veröffentlichung der Information erstellt.

Für die Berechnung der indirekten Kosten wurden Informationen zum Bruttolohn in Deutschland für Beschäftigte in Deutschland ermittelt (Jahrbuch, 2019), sowie Kosten für Arbeitsunfähigkeitstage. Zur Ermittlung der Lebensqualität wurde die deutsche Version des 5-level EQ-5D Fragebogen (EQ-5D-5L) ausgewählt. Die Befragung ist im Rahmen des Modul A vorgenommen worden. Nach Bereitstellung der Daten aus Bremen, war es notwendig die Daten des CSSRI-D nochmals auf ihre Plausibilität zu prüfen und Unklarheiten zu klären.

Des Weiteren wurde die Übersicht über Kosten von Gesundheitsleistungen an die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen der Teilnehmenden angepasst und ergänzt. Die Syntax für die inkrementelle Kosten-Nutzwertanalyse wurde vorbereitet. Die Daten zu der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus dem CSSRI-D und die Daten zur Lebensqualität aus dem EQ-5D-5L waren für insgesamt 400 Teilnehmenden (KG N=200; IG N=200) zu drei Messzeitpunkten (T0, T1 und T2) verfügbar. Jeder angegebenen Gesundheitsleistung wurde unter anderem auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabs, des Psychiatrie Entgeltsystems und des Arzneiverordnungsberichts 2022 ein monetärer Wert zugeordnet. Anhand der angegebenen Arbeitsunfähigkeitstage wurden die indirekten Kosten pro Teilnehmenden errechnet. QALY wurden generiert, basierend auf den deutschen Nutzwerten des EQ-5D-5L (Ludwig et al. 2018).

Es folgte eine IKNR aus der volkswirtschaftlichen Perspektive, sowie aus der Perspektive der GKV nach dem Nettonutzenansatz (Drummond et al., 2015; Glick et al., 2014; Salize & Kilian, 2010). Die Schätzung der stochastischen Unsicherheit erfolgte mittels non-parametrischen Bootstrapping, die Ergebnisinterpretation auf der Basis von Kosteneffektivitätsakzeptanzkurven (Glick et al., 2014; Salize & Kilian, 2010). Diese geben Auskunft darüber, wie hoch die MWTP sein muss damit die Intervention mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% als kosteneffektiv beurteilt werden kann, bzw. mit welcher Wahrscheinlichkeit eine vorab bestimmte MWTP als kosteneffektiv beurteilt wird (Hoch & Blume, 2008). In Anlehnung an internationale Richtwerte wurde ein Wertebereich der MWTP zwischen 0 und 125.000 € gewählt (Marseille et al., 2015; Woods et al., 2016). Die Analyse aus der volkswirtschaftlichen Perspektive berücksichtigt dabei alle direkten und indirekten Krankheitskosten (Salize & Kilian, 2010), die Analyse aus der Perspektive GKV berücksichtigt die von der GKV zu tragenden direkten Krankheitskosten. Alle Analysen wurden als Intention-To-Treat (ITT) - Analyse durchgeführt. Fehlende Werte in den einzelnen Erhebungszeiträumen

wurden durch Übertragung der letzten verfügbaren Informationen ergänzt. Die Berechnung der inkrementellen Kostennutzwertrelation (IKNR) erfolgt nach der Formel:

$$IKNR = \frac{Kosten\ St\ddot{a}B - Kosten\ TAU}{QALY\ St\ddot{a}B - QALY\ TAU} = \frac{\Delta Kosten}{\Delta QALY}$$

Auf der Grundlage der Bootstrap-Stichprobe der Kosten- und QALY-Differenzen wurde eine Kosten-Wirksamkeits-Akzeptanzkurve (CEAC) geschätzt, die den Akzeptanzbereich der Kosteneffektivitätsrelation für einen Range der maximalen Zahlungsbereitschaft von 0 bis 125.000 € anzeigt.

## Modul E: Biometrie und Datenmanagement

*Fallzahlkalkulation:* Ausgangspunkt der Fallzahlkalkulation war eine Analyse von 37.007 eigenen vollstationären Fällen mit einer Wiederaufnahmerate von 52.1% und Literaturdaten aus dem Cochrane Review (Murphy et al., 2012) sowie der S3 Leitlinie (Gühne et al., 2019) zur um 0.282 niedriger erwarteten Rate von 37.4% für StäB. Mit  $\alpha=5\%$  und einer Power von 80% würden im zweiseitigen Chi-Quadrat-Test 360 auswertbare Fälle benötigt. Unter Berücksichtigung einer Drop-Out Rate von 10% wurden 400 Fälle rekrutiert, je 200 für StäB bzw. Kontrollen.

*Rekrutierung mit PSM, keine Randomisierung und Verblindung:* Eine Randomisierung und Verblindung waren wegen der Eigenart der Intervention nicht geplant. StäB Fälle wurden konsekutiv in den 10 Zentren erfasst, aufgeklärt und um schriftliches Einverständnis gebeten. Bei Zustimmung wurde der jeweilige Fall als IG Fall rekrutiert. Zu jedem dieser Fälle wurde mittels PSM ein Kontrollfall ermittelt. Der PS wurde je Zentrum mit einer logistischen Regression aus Daten des Vorjahres bestimmt. Als unabhängige Variablen dienten dabei Altersklasse, Geschlecht, Diagnose und Zahl stationärer Voraufenthalte in 2 Jahren. Diese Auswahl erfolgte durch Beschluss des Forschungskonsortiums. Da die Variablen für alle einschlägigen Patienten des Vorjahres für die Ableitung des PS erfasst wurden, war strenge Datensparsamkeit aus Datenschutzgründen notwendig. Die Auswahl der PS-Parameter orientierte sich an der Literatur (Weinmann et al., 2022), den Erfahrungen der einzelnen Zentren sowie an der Einschätzung der Praxiserfahrung und Expertise der Beteiligten im Forschungskonsortium. Die Studie integrierte diverse Diagnosen, weshalb die genaue Diagnose für die Prognose wichtiger als die allgemeine Schwere der Krankheit angesehen wurde. Das Matching fand innerhalb des jeweiligen Zentrums statt. Jedem rekrutierten StäB Fall wurde der nächste vollstationäre Fall mit einer PS-Differenz von weniger als 0.1 innerhalb derselben Diagnosegruppe (Fx) zugeordnet, der die Ein/Ausschlusskriterien erfüllte. Dieser Fall wurde bei schriftlichem Einverständnis als Kontrollfall rekrutiert. Wenn sich innerhalb von 5 Monaten kein solcher Fall fand, wurde der nächste Fall mit der gleichen Diagnose rekrutiert. Die Validität des PSM wurde durch Vergleich der Werte PS Variablen und von Baseline-Variablen überprüft, die eine gute Balance ergaben.

*Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte ggfs. primäre/sekundäre Endpunkte:*

Primäre Variable zur Messung der Wirksamkeit (Zielvariable) war die Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten. Sekundäre Zielvariable waren Varianten zur Wiederaufnahme (erweiterte und kombinierte Wiederaufnahme und Wiederaufnahmen innerhalb von 6 Monaten), wobei die kombinierte Wiederaufnahme vollstationäre, teilstationäre und StäB Wiederaufnahmen einbezog und innerhalb von 6 und 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung bestimmt wurde, während sich die erweiterte Wiederaufnahme auf vollstationäre und StäB Wiederaufnahmen innerhalb von 6 und 12 Monaten nach Aufnahme

in die Indexbehandlung bezog und ebenfalls innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung aus der Indexbehandlung erhoben wurde. Außerdem wurden als sekundäre Zielvariablen die Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme erhoben, die Anzahl der vollstationären und Anzahl vollstationärer inklusive StäB verbrachter Tage jeweils in und außerhalb der Studienklinik sowie gesundheitsbezogene Daten: Lebensqualität mittels EQ5D-5L(Leidl & Reitmeir, 2017) erhoben im Selbstbericht, psychosoziales Funktionsniveau mittels der Deutschen Version der Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS-D) (Andreas et al., 2007) und mittels der Deutschen Version der Personal and Social Performance Scale (PSP) (Schaub & Juckel, 2011) erhoben durch Fremdbbericht, Recovery-Orientierung mittels der Deutschen Version der Recovery assessment scale (RAS-G) (Cavelti et al., 2017) erhoben im Selbstbericht und berufliche Integration nach CSSRI-D erhoben im Selbstbericht. Interventionsbezogene Kriterien waren Abbruch der Indexbehandlung erhoben durch Fremdbbericht, Behandlungszufriedenheit von NU und ANG erhoben im Selbstbericht, empfundene Einbeziehung in Entscheidungen mittels SDM-Q-9(Kriston et al., 2010) erhoben im Selbstbericht und prä/post Differenz der Angehörigenbelastung mittels IEQ-EU(Bernert et al., 2001) erhoben im Selbstbericht. Die Sicherheit der Intervention wurde durch Vergleich der Raten schwerwiegender unerwünschter Ereignisse und der darin enthaltenen Zahlen der Todesfälle analysiert.

In der AKtiV-Studie erfolgten die kontinuierliche Erhebung, Dokumentation und Auswertung schwerwiegender unerwünschter Ereignisse (SUE) gemäß den GCP-Vorgaben. SUE wie Tod, Lebensgefahr, Behinderung oder medizinisch bedeutsame Ereignisse wurden fortlaufend erfasst und sowohl im eCRF als auch mittels eines für die Studie erstellten Meldebogens dokumentiert. Die Erhebung von SUE fand an allen Erhebungszeitpunkten statt, einschließlich der Kontakte zur Terminierung einer Follow-Up-Erhebung. Ereignisse, die zu einer vollstationären psychiatrischen Wiederaufnahme führten, wurden nicht als SUE gezählt, da diese den primären Studienendpunkt darstellten.

*Datenschutzkonzept und Datenmanagement, statistischer Analyseplan:* Die zugehörigen Arbeitspakete beziehen sich auf die quantitativen Daten des Projekts. Bei den einzelnen Arbeitsschritten werden die gesetzlichen Vorschriften der Guidelines des „International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use“, des Datenschutzes und die qualitätssichernden SOP des KKSb umgesetzt. Für die Datenerhebung wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt, in dem die aufzunehmenden Items, die Anonymisierung, die Verarbeitung, der Datenaustausch und die Archivierung bzw. Löschung beschrieben wurden. Es wurde ein Datenmanagementplan verfasst, der die technischen Details der Erhebung, und Übergabe von Daten, Speicherung und Bereitstellung zur Auswertung in Übereinstimmung mit dem Datenschutzkonzept enthält. Eine Datenbank für die Studie wird eingerichtet. Die empirischen Daten aus Fragebogen wurden im KKSb von zwei Mitarbeitern getrennt erfasst und per „compare“-Routine auf Übereinstimmung geprüft. Routinedaten aus der Krankenhausverwaltung wurden in Kooperation mit den Zentren verschlüsselt elektronisch übertragen und in der Projektdatenbank erfasst. Vor Abschluss der Datenerhebung wurde ein statistischer Analyseplan erstellt, der im Einzelnen klärt mit welchen statistischen Methoden und Daten die Forschungsfragen und Hypothesen der einzelnen Module der Studie bearbeitet werden sollen.

*Datenerhebungen:* Die Daten wurden im jeweiligen Studienzentrum vom Studienpersonal erfasst und in einen speziell entwickelten zentral vorgehaltenen eCRF eingegeben. Der anschließende Datentransfer erfolgte geschützt auf den Studienserver im KKSb. Dort wurde daraus die Analysedatei hergestellt. Als Qualitätskontrolle erfolgte eine Plausibilitätsprüfung

der eingegebenen Daten im KKSb mit Rückfragen im Query-Prozess und zugehörigem Korrekturverfahren. Die Daten wurden überwiegend direkt und mit zertifizierten Fragebögen erhoben. Ergänzende Informationen wurden vor Ort mittels CSSRI-D erhoben (KIS gematched) und unmittelbar in das eCRF des jeweiligen Falles eingetragen.

*Auswertungsmethoden und Statistische Auswertungsstrategien:* Die Auswertung folgte einem vorab verfassten SAP und verwendete ein FCA-Kollektiv, das mit dem ITT-Kollektiv übereinstimmt, als Analysepopulation. Das primäre Kriterium wurde mit einem Z Test (Normalapproximation des Binomialtests) zum Niveau  $\alpha=5\%$  deduktiv getestet. Das Ergebnis wurde mit einer multiplen Imputation fehlender Werte überprüft. Dazu wurden jeweils 100 Datensätze mit je 25 imputierten Werten analysiert und die Ergebnisse nach Rubin (Little & Rubin, 2019) kombiniert. Zusätzliche Sensitivitätsanalysen bezogen sich auf Ersatz fehlender Werte in einem „best case“ und einem „worst case“ Szenario. In logistischen Regressionen zum Behandlungseffekt wurde der Einfluss vermuteter Confounder (Prädiktoren) durch deren Aufnahme in das zugehörige statistische Modell analysiert. Außerdem wurde der Einfluss des PS-Werts als Zusammenfassung relevanter Kovariablen und der Zentrumseinfluss geprüft. Weitere Kovariable (mögliche Prädiktoren) wurden jeweils in Logitanalysen mit Interaktionsterm (Behandlungsgruppe\*Faktor) geprüft. Sekundäre Kriterien und Prozessvariablen inklusive Mitarbeiterdaten wurden deskriptiv nach Behandlungsgruppen tabelliert: Quantitative Daten mit Anzahl auswertbarer Daten bzw. Missings, Mittel, Standardabweichung, Median, Range und Quantile; kategorisierte Daten mit Anzahl und Prozentwerten. Der SAP sah zusätzlich in Absprache mit den Moduln A und C explorative Tests mit  $\alpha=5\%$  vor. Wegen des explorativen Charakters dieser Tests erfolgte keine  $\alpha$ -Anpassung für multiples Testen. Als Test für den Behandlungseffekt wurden bei kategoriellen Zielvariablen Chi-Quadrat, Fisher und Z-Test verwendet, bei numerischen Zielvariablen Welch Test oder Mann-Whitney Test. Für die mehrdimensionalen Analysen wurden lineare Regressionen oder ordinale logistische Regressionen benutzt. Es wurden Regressoren bzw. Odds Ratios geschätzt und Konfidenzintervalle angegeben. Die Entscheidung für parametrische oder nichtparametrische Verfahren erfolgte im SAP vorab aufgrund von Pilotstudien, Literaturdaten oder zentralem Grenzwertsatz. Die Zeit bis zur Wiederaufnahme wurde mit einem Cox Modell analysiert und mit Kaplan Meier Graphiken illustriert. Die Analysen erfolgten auf dem Computersystem des KKSb mit eigenen Programmen auf der Basis von SAS vs.9 und Systat Vs.13. Für die Qualitätskontrolle wurden die Programme nach KKSb SOP von einem zweiten Statistiker überprüft.

Die statistische Auswertung folgt dem SAP. Die Berechnungen erfolgen mit dem Programmsystem SAS. Die Ergebnisse wurden als statistischer Bericht an das jeweilige Modul gesendet.

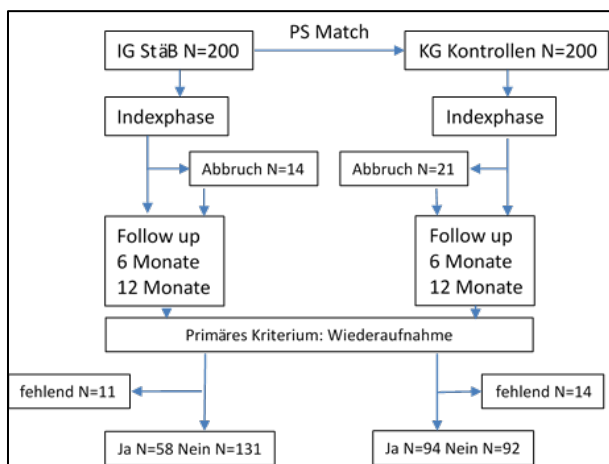
*Qualitätssicherung:* Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität für alle Variablen in der Datenbank, Query-Verwaltung, Überprüfung der Korrektheit von Übertragungen, Kontrolle der statistischen Programme, der Auswertungsergebnisse und Berichte.

## 6. Projektergebnisse

### Modul A:

*Rekrutierung und Demographie bei Baseline:* Die Rekrutierung der NU erfolgte nach Studienplan von Januar bis Dezember 2021. N=400 NU wurden rekrutiert, 200 in der IG, 200 in der KG. Der Rekrutierungsverlauf ist der Abbildung 2 zu entnehmen. Es wurden kein

signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der PS-Variablen festgestellt (siehe Tabelle 6). Bei Baseline lagen keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich Soziodemographie und weitere klinische und psychometrische Parameter vor (siehe Tabelle 7). In beiden Behandlungsgruppen wurden in der Rekrutierung je 144 Fälle (72%) der Subgruppe der direkten Indexbehandlung ohne stationäre Vorbehandlung und 56 Fälle der Subgruppe mit Indexbehandlung nach stationärer Vorbehandlung zugeordnet. Die durchschnittliche Dauer der Indexbehandlung in der IG betrug 37,2 Tage (SD = 24,9 Tage) und war somit signifikant länger ( $p = 0,000$ ; Mann-Whitney-U-Test) als die Indexbehandlung in der KG (MW = 27,9 Tage, SD = 30,6 Tage).



**Abbildung 2:** Rekrutierungsverlauf

**Tabelle 6:** Propensity Score-Variablen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe

Propensity Score-Variablen	IG (n = 200)	KG (n = 200)
Geschlecht weiblich; n (%)	136 (68,0)	128 (64,0)
Alter in Jahren; MW (SD)	45,32 (15,8)	45,49 (15,9)
Anzahl vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungen in den 2 Jahren vor Beginn der Indexbehandlung; MW (SD)	1,59 (2,9)	1,21 (2,4)
Hauptdiagnose bei Aufnahme in die Indexbehandlung		
F0X; n (%)	1 (0,5)	0 (0,0)
F1X; n (%)	13 (6,5)	13 (6,5)
F2X; n (%)	43 (21,5)	43 (21,5)
F3X; n (%)	94 (47,0)	95 (47,5)
F4X; n (%)	31 (15,5)	31 (15,5)
F5X; n (%)	2 (1,0)	2 (1,0)
F6X; n (%)	16 (8,0)	16 (8,0)

IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; MW=Mittelwert; SD=Standardabweichung; n=Häufigkeit

**Tabelle 7:** Soziodemografische, klinische und psychometrische Charakteristika der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe

<b>Soziodemographische Charakteristika</b>	<b>IG (n = 200)</b>	<b>KG (n = 200)</b>	<b>p-Wert; Testverfahren</b>
Muttersprache Deutsch; n (%)	167 (83,5)	166 (83,0)	p = 0,89348; Chi-Quadrat-Test
Familienstand			p = 0,10580; Chi-Quadrat-Test
Alleinstehend; n (%)	107 (53,5)	129 (64,5)	
Verheiratet; n (%)	63 (31,6)	45 (22,5)	
In einer Partnerschaft; n (%)	28 (15,0)	26 (13,0)	
Keine Angaben; n (%)	2 (1,0)	0 (0,0)	
Höchster Schulabschluss			p = 0,12590; Fisher-Test
kein Schulabschluss; n (%)	2 (1,0)	7 (3,5)	
Volks-/Hauptschule; n (%)	41 (20,5)	36 (18,0)	
Mittlere Reife/Realschule; n (%)	60 (30,0)	79 (39,5)	
Fachhochschulreife; n (%)	26 (13,0)	18 (9,0)	
Abitur; n (%)	65 (32,5)	57 (28,5)	
Sonstiges; n (%)	6 (3,0)	3 (1,5)	
Höchster Berufsabschluss; n (%)			p = 0,30613; Fisher-Test
keine Ausbildung; n (%)	43 (21,5)	48 (24,0)	
Lehre; n (%)	82 (41,0)	76 (38,0)	
Berufsfachschule; n (%)	23 (11,5)	24 (12,0)	
Studium; n (%)	43 (21,5)	33 (16,5)	
Promotion; n (%)	0 (0,0)	3 (1,5)	
Sonstiges; n (%)	9 (4,5)	15 (7,5)	
Fehlende Angaben; n (%)	0 (0,0)	1 (0,5)	
Wohnsituation; n (%)			p = 0,35915; Chi-Quadrat-Test
Privat; n (%)	180 (90,0)	172 (86,0)	
Gemeinde; n (%)	14 (7,0)	22 (11,0)	
Sonstiges; n (%)	5 (2,5)	6 (3,0)	
Fehlende Angaben; n (%)	1 (0,5)	0 (0,0)	
Beschäftigungssituation			p = 0,04546; Chi-Quadrat-Test
1. Arbeitsmarkt; n (%)	51 (25,5)	65 (32,5)	
2. Arbeitsmarkt; n (%)	9 (4,5)	12 (6,0)	
Arbeitslosigkeit; n (%)	43 (21,5)	39 (19,5)	
Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit; n (%)	45 (22,5)	34 (17,0)	
Altersrente; n (%)	26 (13,0)	22 (11,0)	
Ausbildung/Umschulung; n (%)	14 (7,0)	10 (5,0)	
Sonstiges; n (%)	14 (7,0)	16 (8,0)	
Wohnort (Stadt); n (%)	95 (47,5)	95 (47,5)	p = 1,0; Chi-Quadrat-Test
Einkommen in €; MW (SD)	1764 (1449)	1605 (1238)	p = 0,22579; Mann-Whitney-U-Test
Einkommensquelle; n (%)			p = 0,38989; Fisher-Test
Gehalt/Lohn; n (%)	40 (20,0)	56 (28,0)	

Rente; n (%)	43 (21,5)	45 (22,5)
Sozialleistungen, n (%)	46 (23,0)	52 (26,0)
Familiäre Unterstützung, n (%)	23 (11,5)	19 (9,5)
Andere, n (%)	40 (20,0)	33 (16,5)
Fehlende Angaben; n (%)	2 (1,0)	1 (0,5)

#### Klinische Charakteristika

Mindestens eine vollstationäre Behandlung vor Indexbehandlung; n (%)	156 (78,0)	153 (76,5)	p = 0,54692; Chi-Quadrat-Test
Alter beim ersten vollstationären Aufenthalt; MW (SD)	34,82 (16,1)	34,94 (16,6)	p = 0,90943; Mann-Whitney-U-Test
Anzahl vollstationärer Voraufenthalte; MW (SD)	6,70 (18,3)	5,32 (8,7)	p = 0,91705; Mann-Whitney-U-Test

#### Psychometrische Charakteristika

HoNOS-D; MW (SD)	14,66 (5,4)	15,34 (5,5)	p = 0,16801; Mann-Whitney-U-Test
PSP; MW (SD)	56,04 (12,3)	56,11 (12,9)	p = 0,75867; Mann-Whitney-U-Test
EQ-5D-5L; MW (SD)	0,62 (0,3)	0,64 (0,3)	p = 0,38313; Mann-Whitney-U-Test
RAS-G; MW (SD)	47,29 (9,7)	45,79 (9,5)	p = 0,14295; Mann-Whitney-U-Test

IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Häufigkeit; HoNOS-D = deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scale; PSP = deutsche Version des Fragebogens Personal and Social Performance; EQ5D-5L = deutsche Version des Fragebogens European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version; RAS-G = deutsche Version der Recovery Assessment Scale

**Bewertung der Intervention und Abbruch der Indexbehandlung:** In allen Bewertungskriterien ergaben sich für die IG signifikant höhere Werte als in der KG. Eine Zusammenfassung dazu findet sich in der Tabelle 8a. Die StÄB-NU fühlten sich besser in die Therapieplanung einbezogen und waren mit der Therapie zufriedener. Mit 14 (7%) hat es in der IG weniger Abbrüche der Indexbehandlung gegeben als in der KG mit 21 (10.5%) Abbrüchen (siehe Tabelle 8b) Der Unterschied war nicht signifikant ( $p=0.2155$ ).

**Tabelle 8a:** Beurteilung der Indexbehandlung

Variable	IG Mittel (Std)	KG Mittel (Std)	Test	p Wert
In Therapie einbezogen (SDM-Q-9)	69.64 (24.22)	59.86 (26.85)	MW	<0.0001
Zufriedenheit Patienten (ZfP)	81.23 (16.82)	72.98 (18.16)	WT	<0.0001
Zufriedenheit Patienten (ZfP erweitert)	81.11 (16.77)	73.16 (17.94)	WT	<0.0001
Zufriedenheit Angehörige	77.69 (15.04)	68.89 (16.37)	MW	0.0092

MW= Mann-Whitney Test, WI=Wald Test nach Imputation, ZfP erweitert: Einbezug der Fälle mit verspäteter Messung, IG= Interventionsgruppe, KG= Kontrollgruppe

**Tabelle 9b:** Behandlungsabbrüche insgesamt

Behandlungsabbruch	ja		nein		Gesamt	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
IG	14	7.00	186	93.00	200	100.00
KG	21	10.50	179	89.50	200	100.00
Gesamt	35	8.75	365	91.25	400	100.00

IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe;

**Primäres Kriterium (Vollstationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten):** In der FCA wurde festgestellt, das StäB im Vergleich zur vollstationären Behandlung signifikant niedrigere stationäre Wiederaufnahmeraten aufwies (IG = 31,12 %; KG = 49,74 %; p = 0,002). Das Ergebnis entsprach einem Odds Ratio von 2.18 mit einem 95% Konfidenzintervall von 1.43 bis 3.33. Die imputierte Analyse, mit einer Anzahl von 25 imputierten Werten pro Datensatz, die gleichmäßig zwischen beiden Gruppen verteilt waren (IG = 7 %, n = 14; KG = 5,5 %, n = 11), ergab denselben p-Wert von 0,0002 wie die FCA. Damit ist eine geringere Wiedereintrittsrate in der StäB Gruppe als primäres Ergebnis der Studie nachgewiesen. Im SAP waren zwei Sensitivitätsanalysen für den Einfluss wichtiger Kovariablen neben dem Einfluss der Behandlung auf das primäre Kriterium vorgesehen. Im Best-Case (mittlere Differenz, 24 % [95 %-KI, 14 %-33 %]; P < 0,001) und im Worst-Case (mittlere Differenz, 11 % [95 %-KI, 1 %-21 %]; P = 0,02) (s. Tabelle 9).

**Tabelle 10:** Wiederaufnahmen

12 Monate nach der Indexbehandlung

	IG		KG		p-Wert
	N	Mindestens eine stationäre Wiederaufnahme (%)	N	Mindestens eine stationäre Wiederaufnahme (%)	
<b>Stationäre Wiederaufnahmen</b>					
FCA	186	58 (31.12)	189	94 (49,74)	0,0002 <sup>z</sup>
Best-Case-Szenario	200	58 (29.00)	200	105 (52,50)	<0,0001 <sup>z</sup>
Worst-Case-Szenario	200	72 (36,00)	200	94 (47,00)	0,0247 <sup>z</sup>
<b>Kombinierte Wiederaufnahmen</b>					
FCA	190	86 (45,26)	190	112 (58,95)	0,0070 <sup>z</sup>

IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; n = Häufigkeit; z = Z-Test; FCA = Full Case Analyse; ITT = Intention-To-Treat Analyse

Die Berücksichtigung wichtiger Kovariaten wie PS-Variablen und Zentrumsunterschiede mittels logistischer Regressionen zeigte nach Adjustierung keinen signifikanten Einfluss der Kovariablen auf dem primären Endpunkt ferner der Behandlungsgruppen (s. Tabelle 9a, 9b, 9c, 9d)

**Tabelle 11a:** Logistische Regression der Wiederaufnahmerate versus Behandlungsgruppe und Propensity Scores (N=375) FC Analyse

Variable	Schätzwert Parameter	Standardfehler	p-Wert	Odds Ratio	Untergrenze 95%-KI OR	Obergrenze 95%-KI OR
Intercept	-1.5877	0.3798	<.0001	.	.	.
Behandlungsgruppe	0.7824	0.2155	0.0003	2.187	1.433	3.336
Propensity-Score	-0.00367	0.0362	0.9192	0.996	0.928	1.070

**Tabelle 12b:** Chi-Quadrattests der Wiederaufnahmerate versus Behandlungsgruppe und Zentrumseffekte (N=375) FC Analyse

Variable	Freiheitsgrade	Chi-Quadrat-Teststatistik	p-Wert
Behandlungsgruppe	1	13.3419	0.0003
Zentrum	9	7.0889	0.6279

**Tabelle 13c:** Prädiktion durch quantitative Faktoren (Logitanalysen)

Quantitative Faktoren	Wiederaufnahme		Faktor		Interaktion		Gruppe	
	ja	nein	p (FC)	p (Imp)	p (FC)	p (Imp)	p (FC)	p (Imp)
Erst Alter	31.02	36.63	0.1822	0.2627	0.6026	0.7355	0.3124	0.2338
Voraufenthalte gesamt	14.16	3.25	0.75323	0.6288	0.1519	0.3401	0.0602	0.0243
Vorbehandlungsdauer	7.98	3.16	0.4030	0.8172	0.9491	0.4384	0.0009	0.0019
Alter	43.79	45.83	0.4468	0.5461	0.5339	0.6902	0.5546	0.4093
Voraufenthalte in .2 Jahren	3.21	0.90	0.1095	0.1192	0.8669	0.8237	0.0006	0.0006

Legende: p(FC)=p-Wert für Full Case; p(Imp)=p-Wert nach Imputation

**Tabelle 14d:** Prädiktion durch kategorisierte Faktoren (Logitanalysen)

Kategorisierte Faktoren	Wiederaufnahme		Faktor		Interaktion		Gruppe	
	ja	nein	p (FC)	p (Imp)	p (FC)	p (Imp)	p (FC)	p (Imp)
Typische Kategorie								
Diagnose F3x %	34.4	65.6	0.2816	0.33*	0.3399	0.41*	0.0308	0.02*
Beschäftigt %	32.7	67.3	0.4945	0.4550	0.8432	0.9817	0.0025	0.0037
Wohnort Stadt %	39.5	60.5	0.4784	0.4960	0.3447	0.3706	0.0693	0.0631
Umzug %	32.7	67.3	0.9517	0.9954	0.9485	0.9239	0.0012	0.0014
Geschlecht Mann %	39.7	60.3	0.0730	0.0915	0.0654	0.0867	0.4478	0.5235

Legende: p(FC)=p-Wert für Tull Case; p(Imp)=p-Wert nach Imputation; \*=Median von 100 Imputationen

**Sekundäre Kriterien:** Die kombinierte Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung betrug 43 % bei den StäB-NU und 56 % bei den vollstationären NU; dieser Unterschied ist mit  $p=0.0070$  signifikant ( $N=380$ ). Gemäß SAP wurde auch hier eine Analyse mit Imputation durchgeführt. Das Ergebnis ist ein signifikanter Gruppenunterschied mit  $p=0.0085$  zugunsten StäB. Die erweiterte Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme in die Indexbehandlung betrug 36.5 % bei den StäB-NU und 49 % bei den vollstationären NU. Der Unterschied ist mit  $p=0.0104$  signifikant ( $N=373$ ). Gemäß SAP wurde eine Analyse mit Imputation durchgeführt. Das Ergebnis ist ein signifikanter Gruppenunterschied mit  $p=0.0093$  zugunsten StäB. Bei der angegebenen Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme zeigten sich ein signifikanter Unterschied ( $p=0.0005$ ) zugunsten der StäB Behandlung (spätere vollstationären Wiederaufnahme).

Bei der angegebenen Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme ist zu beachten, dass bei Patienten ohne Wiederaufnahme der Zensurzeitpunkt (letzte Dokumentation ohne Wiederaufnahme) angegeben ist. Daher treten in Tabelle 10a keine fehlenden Werte auf und entsprechend wurde keine Imputation berechnet.

**Tabelle 15a:** Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme nach den Behandlungsgruppen

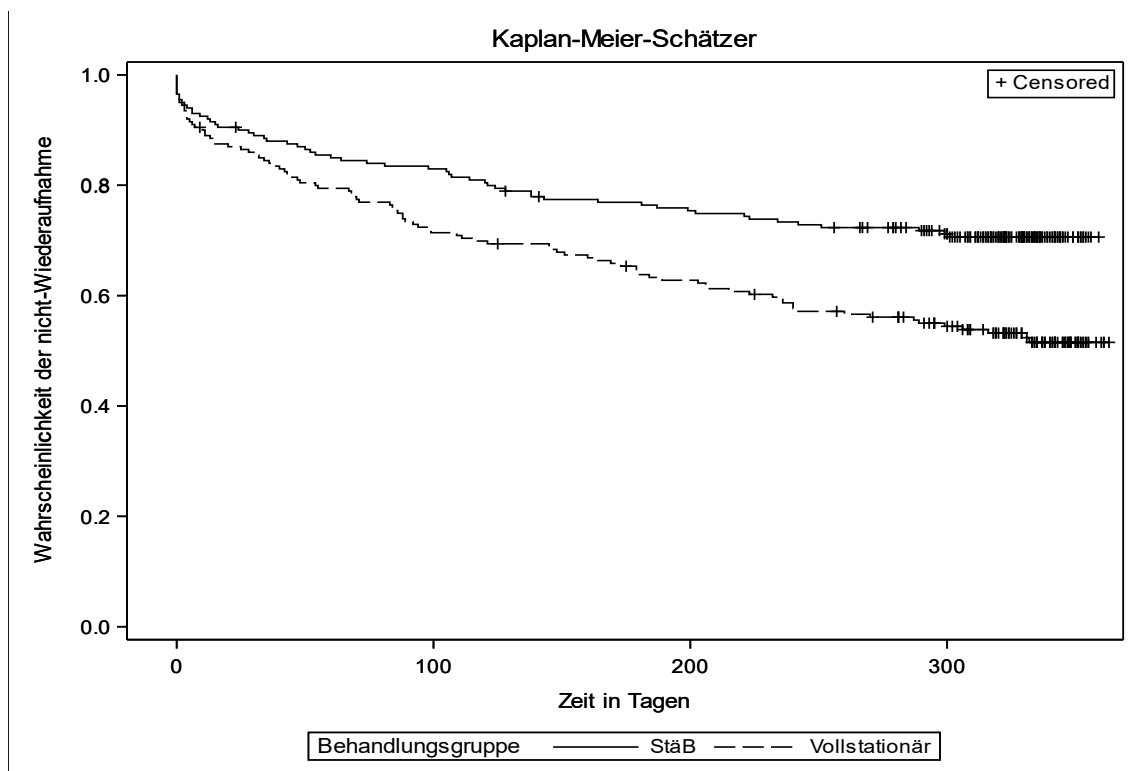
	N	N miss	Mean	Std Dev	Min	Q1	Median	Q3	Max
StäB	200	0	251.88	119.19	0.00	184.00	315.50	332.00	359.00
Vollstationär	200	0	220.81	132.71	0.00	85.00	292.00	337.50	363.00
Gesamt	400	0	236.34	126.93	0.00	117.50	308.50	334.00	363.00

Das Cox-Modell (siehe folgende Tabelle 7b) berücksichtigt die fehlenden Werte als Censoring und liefert deshalb verlässlichere Aussagen mit einem signifikanten Unterschied zugunsten der StäB Behandlung (spätere vollstationären Wiederaufnahme).

**Tabelle 16b:** Ergebnisse des Cox-Modells zum Einfluss der Behandlungsgruppe auf die Zeit bis zur vollstationären Wiederaufnahme

Variable	Fallzahl	Schätzwert		Freiheitsgrade	Chi-Quadrat-Teststatistik	p-Wert
		Parameter	Standardfehler			
Behandlungsgruppe	400	0.57902	0.16711	1	12.0049	0.0005

Der Kaplan-Meier-Schätzer aus der Abbildung 3 illustriert die spätere Wiederaufnahme der StäB Patienten und gibt zusätzlich Informationen über die Verteilung der Zeit bis zur Wiederaufnahme und die der Zensurzeiten. Zensierte Zeiten sind dabei mit einem + markiert.



**Abbildung 3:** Kaplan-Meier- Schätzer

Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Berufliche Integration, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Psychosoziales Funktionsniveau nach HoNOS-D, Psychosoziales Funktionsniveau nach PSP und Recovery Orientierung innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Indexbehandlung berichtet. Für eine ausführliche Darstellung siehe Tabelle 11.

**Tabelle 17:** Klinische und psychosoziale Kriterien 12 Monate nach der Indexbehandlung

Kriterium	IG		KG		p-Wert	
	N	Mittelwert (SD)	N	Mittelwert (SD)	FCA	ITT
HoNOS-D	179	10,21 (5,93)	171	10,91 (5,76)	0,2636 <sup>b</sup>	0,1364 <sup>c</sup>
PSP	178	67,65 (12,74)	171	66,13 (14,67)	0,4765 <sup>b</sup>	0,5523 <sup>b</sup>
EQ-5D-5L	179	0,68 (0,33)	169	0,72 (0,28)	0,4466 <sup>b</sup>	0,4835 <sup>b</sup>
RAS-G	179	48,42 (11,21)	168	50,45 (10,80)	0,0873 <sup>b</sup>	0,0510 <sup>c</sup>
Berufliche Integration	181	0,29 (0,45)	177	0,34 (0,48)	0,2425 <sup>z</sup>	0,2859 <sup>z</sup>

IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; SD = Standardabweichung; n = Fallhäufigkeit; b = Mann-Whitney-U-Test; c = Welch-Test; z = Z-Test; HoNOS-D = Deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scale; PSP = deutsche Version des Fragebogens zur persönlichen und sozialen Leistung; EQ5D-5L = Deutsche Version des europäischen Fragebogens „Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version“; RAS-G = Deutsche Version der Recovery Assessment Scale; FCA = Full Case Analyse; ITT = Intention-To-Treat Analyse

Die mittlere Anzahl der vollstationär verbrachten Tage in der Studienklinik für den Zeitraum zwischen Ende der Indexbehandlung und 12 Monats-Follow-Up betrug 14.29 Tage (Std = 36.82) bei den StäB-Patienten und 21.11 Tage (Std = 42.08) bei den vollstationären Patienten.

Der Mann-Whitney-Test auf einen Verteilungsunterschied zwischen den beiden Gruppen ist mit  $p=0.0009$  signifikant. Hier treten keine fehlenden Werte auf, da nur Aufenthalte innerhalb der Studienklinik berücksichtigt wurden und durch die KIS-Daten vollständige Informationen hierüber für alle Patienten vorlagen. Fälle ohne Wiederaufnahme sind mit 0 Tagen berücksichtigt, sie machen mehr als die Hälfte der Fälle aus (Median=0) (Details siehe Tabelle 12).

**Tabelle 18:** Vollstationäre Behandlungstage in der Studienklinik nach Behandlungsgruppen

FU12	N	N miss	Mean	Std Dev	Min	Q1	Median	Q3	Max	MWTest
										p
StäB	200	0	14.29	36.82	0.00	0.00	0.00	0.00	276.00	0.0009
Vollstationär	200	0	21.11	42.08	0.00	0.00	0.00	27.50	271.00	
Gesamt	400	0	17.70	39.63	0.00	0.00	0.00	19.50	276.00	

In beiden Gruppen wurden je 6 SUEs dokumentiert. Die Analyse der SUE hat keinen Hinweis auf ein Sicherheitsproblem der Intervention ergeben. Die SUEs der IG hatten alle keinen Bezug zur Studie. Bei den SUEs in der KG gab es je einen Fall mit unwahrscheinlichem, mit möglichem und mit nicht zu beurteilendem Bezug zur Studie. Es gab insgesamt 8 Todesfälle im Verlauf der Studie, drei in der StäB Gruppe und fünf bei den Kontrollen. Details siehe Tabellen 13a-b.

**Tabelle 19a:** SUEs

Gruppe	Anzahl	Schwere			Studienphase			Bezug zur Studie			
		Tod	Lebensbedrohlich	Hospitalisiert	Index	Bis 6. Monat	Bis 12. Monat	nein	Unwahrscheinlich	Möglich	Nicht beurteilbar
IG	6 (3%)	3	0	3	3	2	1	6	0	0	0
KG	6 (3%)	5	1	0	1	3	2	3	1	1	1

**Tabelle 20b:** Todesfälle

Gruppe	N	Todesfälle		Zusammenhang mit Studie		
		Anzahl	%	Kein	Unwahrscheinlich	Nicht zu beurteilen
IG	200	3	1.5 %	3	0	0
KG	200	5	2.5%	3	1	1

## Modul B:

**Teilmodul B1.1:** Die teilnehmenden NU waren zu 85,5% (47/55) weiblich, hatten zu 27,3% (15/55) einen Migrationshintergrund und waren zu 32,7% (18/55) voll erwerbsfähig. Ungefähr  $\frac{1}{3}$  der Befragten hatte entweder noch keinen, 1-3 oder mehr als 3 stationäre psychiatrische Voraufenthalte absolviert; 12,7% (7/55) war bereits zuvor schon einmal in StäB behandelt worden. Die vollständigen soziodemographischen Angaben wurden dem Anhang beigefügt (siehe Tabelle 1 Anhang 2). Die Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse werden wie folgt thematisch entlang der drei Hauptkategorien zusammenfassend dargestellt.

I) Struktur und Organisation der StäB: NU beschrieben vielschichtige, überwiegend positive Erfahrungen mit der Struktur und Organisation der StäB. In einzelnen Fällen führten unzureichende Vorabinformationen zu Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsmodalitäten, während ausreichende Informationen das Vertrauen und die Bereitschaft, sich auf die Behandlung einzulassen, stärkten. Die Zugangsmöglichkeiten zu StäB wurden hauptsächlich durch medizinisches Fachpersonal vermittelt, allerdings war das Angebot vielen Ärzt:innen und Therapeut:innen unbekannt, was auf eine mangelnde Bekanntheit von StäB in medizinischen Kreisen hinweist. Die Wartezeiten bis zum Beginn der StäB waren meist kurz, was als sehr positiv empfunden wurde. Gehäuft wurde ein Sicherheitsgefühl, vermittelt durch das Bestehen einer 24h-Rufbereitschaft der Klinik sowie die Möglichkeit, stationär aufgenommen zu werden, als besonders hilfreich beschrieben. Bezüglich der Intensität und Dauer der Behandlung gab es unterschiedliche Einschätzungen. Einzelne NU erlebten die erhaltenen 1-2 Behandlungskontakte pro Tag zu Beginn der Behandlung als nicht ausreichend, während der tägliche aufsuchende Kontakt im fortgeschrittenen Behandlungsverlauf z.T. als zu intensiv erlebt wurde. Grundsätzlich bemerkten NU eine geringere Therapiedichte am Wochenende, was gemischt bewertet wurde. NU wünschten sich gegen Ende der Behandlung die StäB ausschleichen und Tage ohne Behandlungskontakt zu Zwecken der Belastungserprobung einrichten zu können.

II) Inhaltliche Ausgestaltung der StäB: Hervorgehoben wurde, dass die psychotherapeutischen Gespräche im Rahmen der StäB als besonders hilfreich erlebt wurden und grundsätzlich noch häufiger angeboten werden könnten. Die Einbeziehung von ANG durch Netzwerkgespräche wurde allgemein begrüßt, wobei diese Leistung nur von einem der 10 Studienzentren angeboten wurde. Ergänzende Angebote wie Ergo- oder Musiktherapie wurden positiv aufgenommen, allerdings wünschten sich einige NU mehr Proaktivität seitens des StäB-Teams in der Organisation und im Anbieten dieser Services. Insbesondere wurde der Wunsch nach spezialtherapeutischen Angeboten in der eigenen Häuslichkeit geäußert, um Barrieren wie lange Anfahrtswege oder mangelnde Mobilität zu überwinden. Als besonders hilfreich wurden praktische Unterstützungsangebote in Form von Alltagsbegleitung empfunden. Dazu gehörten gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Wohnung, die sowohl zur Tagesstrukturierung als auch zur Bewältigung spezifischer Aufgaben wie Behördengänge beitrugen. Bezüglich der Medikation berichteten die meisten NU von einer zufriedenstellenden Handhabung, einschließlich ausführlicher Gespräche über Bedenken und Wirkungen der Medikamente. Der fehlende Kontakt zu anderen NU in der StäB wurde gemischt bewertet. Während einige die Konzentration auf die eigene Therapie ohne Ablenkung schätzten, vermissten andere den Austausch und die Gruppendynamik, die sie aus anderen therapeutischen Settings kannten.

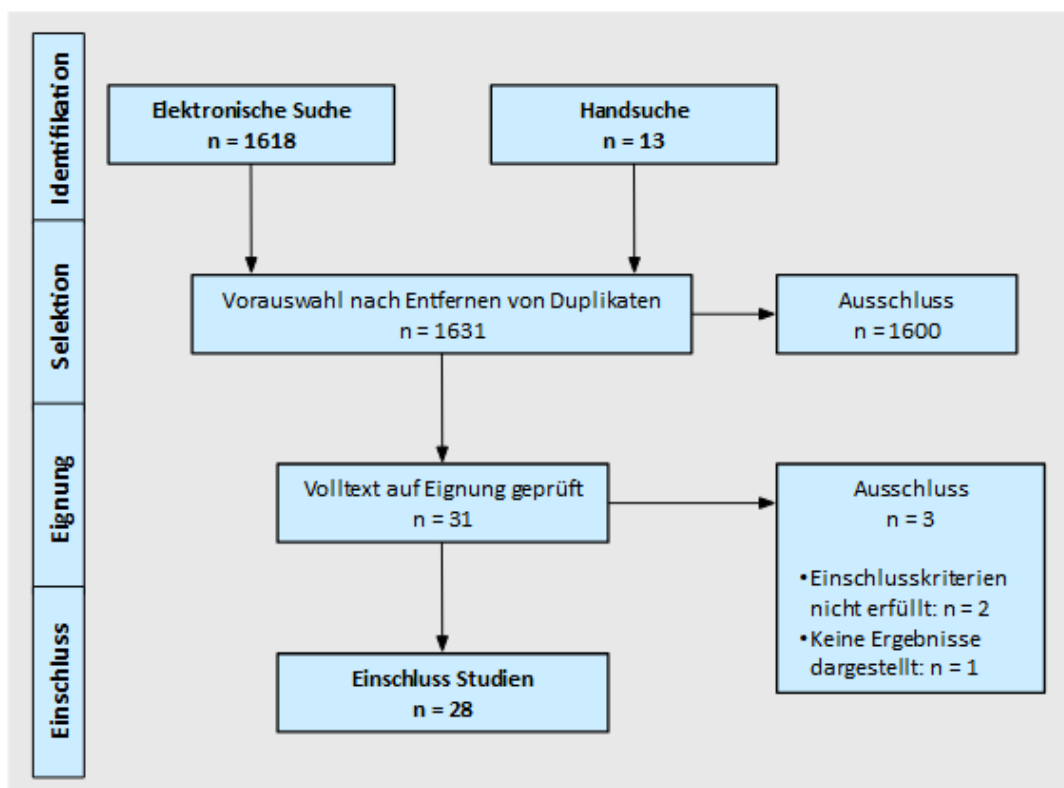
III) MA und StäB-Team: NU erlebten eine nahbare und engere Beziehung sowie die Möglichkeit, die ungeteilte Aufmerksamkeit der MA zu erfahren als ein signifikanter Vorteil der StäB gegenüber der vollstationären psychiatrischen Behandlung. Diese intensivere Beziehungsebene ermöglichte eine effektivere Behandlung, wobei NU z.T. mehr Zeit benötigten, um sich an die MA zu gewöhnen, verglichen mit dem ständigen Kontakt im stationären Setting. Einige NU betonten die Bedeutung von MA mit eigener psychiatrischer Behandlungserfahrung (sog. "Peer-" oder "Genesungsbegleiter:innen"), deren Einsatz mehrheitlich als positiv und ermutigend erlebt wurde, aber zum Zeitpunkt der Datenerhebung in den Studienzentren größtenteils fehlte.

Die personelle und Informationskontinuität wurde insgesamt gemischt bewertet: Einerseits wurde die gemeinsame Definition von Therapiezielen und die gelungene Informationsweitergabe innerhalb der Teams als förderlich für den Behandlungsprozess

beschrieben. Andererseits erlebten einige NU den Informationsfluss zwischen Behandlungskontakten sowie wechselnde MA als Herausforderung und teilweise hinderlich für den therapeutischen Prozess. Viele NU wünschten sich Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Wahl der MA, insbesondere um eine bessere Passung zu ihren Bedürfnissen zu gewährleisten. Während einige NU berichteten, dass sie diese Möglichkeit aktiv vom StäB-Team angeboten bekamen, fühlten sich andere nicht in der Lage, ihre Präferenzen zu äußern oder stießen auf strukturelle Grenzen bei der Umsetzung ihres Wunsches.

*Teilmodul B1.2:* Das BPM für StäB-Teams baut auf den Erfahrungen von NU mit der StäB (Teilmodul B1.1) sowie auf weiteren qualitativen Evaluationen der NU vergleichbarer aufsuchender Versorgungsmodelle im Ausland (HT/CR) auf.

Die Literaturrecherche wurde gemäß den üblichen Standards durchgeführt, wobei die PRISMA Reporting Guidelines als Grundlage dienten (s. Abbildung 4).



**Abbildung 4:** Studienauswahlprozess (PRISMA-Schema)

Auf Basis der vorbeschriebenen Evidenz konnten zunächst 178 vorläufige Kriterien guter StäB-Praxis entwickelt werden, die in mehreren Teilschritten reduziert und verdichtet wurden. Hierzu wurde u.a. ein Konsensprozess durchgeführt, an dem u.a. NU (N=30; davon n=22 bzw. 73% weiblich), die zuvor in der StäB behandelt worden waren, die Formulierung der Kriterien anpassten und auswählten. Hierzu wurden sämtliche im Rahmen von Teilmodul B1.1 befragten NU kontaktiert und zur Teilnahme am Delphi-Verfahren eingeladen, wobei n=30 NU zustimmten. In Runde 1 wurden die Best Practice Kriterien durch die Teilnehmenden bzgl. Ihrer „Relevanz“ und „Verständlichkeit“ als Wahrheitswert bewertet. Der Prozess der Kriterien-Reduktion orientierte sich an den QUALIFY-Kriterien (Reiter et al., 2008). Hierdurch konnte der Kriterien-Pool weiter auf 124 vorläufige Kriterien reduziert werden. In Runde 2 wurden die Best Practice Kriterien i.R. von Online-Diskussionsgruppen (n=4) einzeln besprochen, wobei eine weitere Reduktion, Verdichtung und Verfeinerung der Formulierung der Kriterien durch die Teilnehmenden vorgenommen wurde. Außerdem wurde Im Zuge

dieses Entwicklungsprozesses konnten insgesamt 58 Best Practice Kriterien für StäB aus Sicht von NU destilliert werden. Die Kriterien bilden in ihrer Gesamtheit das BPM und gliedern sich in acht thematische Gruppen (Anzahl der Kriterien pro Gruppe in Klammern):

- i. Information, Zugänglichkeit und Krisenmanagement (N=11),
- ii. Rahmen der Behandlung, Behandlungsende und Kontinuität (N=11),
- iii. Terminplanung, Organisation der Kontakte und Flexibilität (N=5),
- iv. Praktische Unterstützung und Aktivierung (n=8),
- v. Behandlungs- und Therapieangebote (n=7),
- vi. Behandlungsteam und MA (N=7), VII. ANG, Bezugspersonen und Community (N=4),
- vii. Privatsphäre und Verhalten im häuslichen Umfeld (N=5).

Anschließend könnte das BPM zwischen StäB-Teams unterscheiden, die stark oder weniger stark an den Bedarfen der NU orientiert sind. Eine Übersicht reduzierte Darstellung der Kriterien des BPM ist in der Tabelle 14 zu entnehmen.

**Tabelle 21:** Zusammenfassende Darstellung der Kriterien des vorläufigen Best Practice Modells für stationsäquivalente psychiatrische Behandlung aus Sicht von Nutzer\*innen

Nr.	Kriterium	Literatur
<b><u>I. Information, Zugänglichkeit und Krisenmanagement</u></b>		
1.	Die StäB sollte beim medizinischen Personal (Hausärzt*innen, Therapeut*innen, Psychiater*innen und Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)) bekannter gemacht werden, damit diese den Zugang zur StäB ermöglichen.	(Morant et al., 2017)
2.	Es existieren zur Entscheidungsfindung mehrsprachige Flyer und ein Verweis auf eine Internetseite mit allen wichtigen Informationen und Erfahrungsberichten zur StäB.	
3.	Während der Wartezeit bis zur Aufnahme in die StäB werden alternative Unterstützungs- und Behandlungsformen angeboten, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit PIAs oder anderen ambulanten Behandler*innen.	
4.	Das StäB-Team nimmt am Tag der Anmeldung Kontakt zu den Nutzer*innen auf. Die Aufnahme in die StäB ist zeitnah möglich, spätestens innerhalb von einer Woche, wenn es von den Nutzer*innen nicht anders gewünscht ist.	(Hopkins & Niemiec, 2007; Morant et al., 2017)
5.	Im Erstkontakt werden Nutzer*innen über das strukturelle (z.B. Zeitplan) und inhaltliche Vorgehen in der Behandlung, sowie über Formalitäten ausführlich aufgeklärt. Es wird Infomaterial zu häufig gestellten Fragen (FAQs) ausgehändigt. Nutzer*innen werden ermutigt, alle aufkommenden Fragen zur Behandlung zu stellen.	
6.	Während der ersten StäB-Kontakte stellen sich Mitarbeiter*innen mit ihrer jeweiligen beruflichen Funktion und Hauptaufgabe bei den Nutzer*innen vor.	

Nr.	Kriterium	Literatur
7.	Zu Beginn der Behandlung wird transparent der mögliche Zeitrahmen der StäB benannt. Dabei werden individuelle Bedürfnisse der Nutzer*innen berücksichtigt. Das Informationsmaterial gibt einen Regelzeitrahmen von 4-6 Wochen an.	
8.	Sorgen der Nutzer*innen in Bezug auf die StäB werden zu Beginn und im Verlauf der Behandlung durch das StäB-Team abgefragt und besprochen.	
9.	Nutzer*innen sind darüber informiert, dass sie im Falle einer Verschlechterung ihres psychischen Zustandes rund um die Uhr stationär aufgenommen werden können, sofern das von ihnen gewünscht ist.	
10.	Das StäB-Team ist mit einem telefonischen Krisendienst ausgestattet, über den rund um die Uhr Mitarbeiter*innen des Teams, im Idealfall Bezugsbetreuende, erreichbar sind. Das StäB Team informiert die Nutzer*innen bei der Aufnahme über das Bestehen dieses Dienstes.	(Adamczyk, 2020; Hopkins & Niemiec, 2007; Middleton et al., 2011; Morant et al., 2017; Rubio et al., 2021; Wyder et al., 2018) <a href="https://paperpile.com/c/RCOebR/s1P5+EWV1+AcwB+5FvE+3Bvr+WCeG+ED6G+jn6y+liSF+SFY9">https://paperpile.com/c/RCOebR/s1P5+EWV1+AcwB+5FvE+3Bvr+WCeG+ED6G+jn6y+liSF+SFY9</a>
11.	In Akutsituationen bieten Mitarbeiter*innen mögliche Optionen der Hilfe von sich aus an, für den Fall, dass Nutzer*innen Bedürfnisse (z.B. erneuter persönlicher Kontakt vor Ort) nicht äußern können.	(Goldsack et al., 2005)
<b>II. Rahmen der Behandlung, Behandlungsende und Kontinuität</b>		
1.	Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen erarbeiten zu Beginn der Behandlung gemeinsam überprüfbare Therapieziele. Es erfolgt eine schriftliche Aushändigung. Die Ziele werden im Verlauf gemeinsam überprüft und optimiert.	
2.	Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer*innen in Bezug auf Angebote der StäB (z.B. Teilnahme an Gruppenangeboten) werden gemeinsam erarbeitet und umgesetzt oder nach Alternativen (z.B. externe Angebote) gesucht.	

Nr.	Kriterium	Literatur
3.	Das Tempo der Behandlung wird an die Bedürfnisse der Nutzer*innen angepasst, um Über- oder Unterforderung zu vermeiden. Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen kommunizieren darüber.	
4.	StäB wird als Alternative oder Übergang zwischen (Tages-)Klinik oder Reha und Alltag angeboten.	(Morant et al., 2017; Mötteli et al., 2022; Rhodes & Giles, 2014)
5.	Während einer Behandlungsepisode der StäB ist es möglich, zeitgleich Assistenz- und Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen.	
6.	Wichtige anderweitige medizinische Termine (stationär/ambulant) können trotz StäB stattfinden.	
7.	Die Entscheidung über das Ende der StäB wird gemeinsam mit den Nutzer*innen getroffen. Besonderes Gewicht wird auf die Selbsteinschätzung der Nutzer*innen gelegt.	
8.	Zum Ende der StäB können Behandlungskontakte reduziert und Tage ohne Präsenzkontakt ermöglicht werden. Dadurch soll die Belastung und das Auskommen der Nutzer*innen ohne StäB-Team erprobt werden.	
9.	Die Weiterbehandlung nach der StäB wird möglichst früh, spätestens eine Woche vor Beendigung, thematisiert und möglichst nahtlos organisiert. Nutzer*innen werden bei der Suche nach Anschlussbehandlungen durch das StäB-Team unterstützt. Das Ende der StäB wird nahtlos an die Anschlussbehandlung angepasst.	
10.	Am Ende der Behandlung kann anonymisiert Feedback/Bewertung an die Klinik gegeben werden.	
11.	Im Zuge der Entlassung werden Nutzer*innen über Wiederaufnahmemöglichkeiten in die StäB informiert. Das StäB-Team fungiert auch weiterhin als Kontaktmöglichkeit in Krisen.	(Goldsack et al., 2005)
<b>III. Terminplanung, Organisation der Kontakte und Flexibilität</b>		
1.	Ein Terminplan mit Zeiten, Berufsgruppe, Bezugsbetreuer*in und Namen der Behandler*innen wird spätestens Donnerstag für die nächste StäB-Woche ausgegeben.	
2.	Die Dauer und Häufigkeit der Behandlungskontakte pro Woche werden individuell und unter Berücksichtigung der übrigen Tagesplanung der Nutzer*innen vereinbart. Kontakte können nach Absprache auch als Telefontermine stattfinden. Diese Information ist im Informationsmaterial enthalten.	

Nr.	Kriterium	Literatur
3.	Die StäB-Termine werden mit den Nutzer*innen zeitlich abgestimmt, um den Nutzer*innen die Planung anderer Termine zu ermöglichen.	<a href="https://papers.ssrn.com/sol3/cf.cfm?id=4111111">https://papers.ssrn.com/sol3/cf.cfm?id=4111111</a> (Goldsack et al., 2005; Hasselberg et al., 2022; Kalucy et al., 2004; Schwarz et al., 2020)
4.	Bei Terminänderungen (andere Mitarbeiter*innen als geplant, zu früh/spät), die sich nicht vermeiden lassen, werden die Nutzer*innen vorher telefonisch informiert, um Unsicherheiten vorzubeugen.	<a href="https://papers.ssrn.com/sol3/cf.cfm?id=4111111">https://papers.ssrn.com/sol3/cf.cfm?id=4111111</a> (Hopkins & Niemiec, 2007)
5.	Bei StäB-Terminen, die in der Klinik stattfinden (z.B. Ergo-, Sport-, Kunsttherapie), sprechen Mitarbeiter*innen mit den Nutzer*innen ab, ob und welche organisatorische Hilfestellung sie benötigen und ob sie dennoch einen Hausbesuch an diesem Tag wünschen.	
<b>IV. Praktische Unterstützung und Aktivierung</b>		
1.	Mitarbeiter*innen geben praktische Unterstützung z.B. beim Einkaufen, Behördenangelegenheiten und Körperpflege.	<a href="https://papers.ssrn.com/sol3/cf.cfm?id=4111111">https://papers.ssrn.com/sol3/cf.cfm?id=4111111</a> (Goldsack et al., 2005; Morant et al., 2017; Rubio et al., 2021)
2.	Die Mitarbeiter*innen des StäB-Teams ermutigen und motivieren dazu, soziale Kontakte wieder aufzunehmen und bieten diesbezüglich praktische Unterstützung.	
3.	Mitarbeiter*innen unterbreiten Vorschläge zu gemeinsamen Aktivitäten (z.B. Spaziergänge), um körperliche und geistige Aktivierung zu fördern.	
4.	Mitarbeiter*innen ermutigen Nutzer*innen eigene Interessen (wieder-	

Nr.	Kriterium	Literatur
	)aufleben zu lassen, indem konkrete Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden und nachgefragt wird, ob und wie diese umgesetzt wurden.	
5.	Wenn von den Nutzer*innen gewünscht, werden Behandlungskontakte so geplant, dass sie diesen eine Tagesstruktur bieten (z.B. Termine immer morgens, um das Aufstehen zu erleichtern).	
6.	Nutzer*innen werden bei der Tagesstrukturierung unterstützt, zum Beispiel durch das gemeinsame Erstellen von Tages- und Wochenplänen.	
7.	Mitarbeiter*innen unterstützen Nutzer*innen gegen Ende der StäB bei der Belastungserprobung im Alltag (z.B. Rückkehr in die Berufstätigkeit).	
8.	Angebote, die von Nutzer*innen während und über StäB hinaus selbstständig ausgeübt werden können, werden angeboten, bzw. konkrete und individuelle Hinweise (z.B. zu Sportangeboten, Selbsthilfegruppen) gegeben und ggf. gemeinsam erprobt.	
<b>V. Behandlungs- und Therapieangebote</b>		
1.	Nutzer*innen haben Zugang zum gesamten therapeutischen Angebot der psychiatrischen Klinik. Sie werden aktiv über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von gruppentherapeutischen Angeboten in der Klinik informiert. Nutzer*innen werden dabei unterstützt, diese niederschwellig zu erreichen (z.B. durch einen Fahrdienst in die Klinik).	
2.	Für ambulante therapeutische Angebote, die im Vorfeld der StäB bestanden und aufgrund der StäB nicht in Anspruch genommen werden können, werden Alternativen bzw. Ersatz im näheren Umfeld durch das StäB-Team gesucht.	
3.	Mitarbeiter*innen bieten gemeinsame Aktivitäten an, insbesondere wenn keine Vorschläge von Nutzer*innen gemacht werden und motivieren diese zum selbstständigen Planen und Entscheiden.	(Morant et al., 2017)
4.	Alle Nutzer*innen haben die Möglichkeit, psychotherapeutische Gespräche wahrzunehmen.	<a href="https://paperpile.com/c/RCOebR/s1P5+liSF">https://paperpile.com/c/RCOebR/s1P5+liSF</a> (Carpenter & Tracy, 2015; Morant et al., 2017)
5.	Nutzer*innen wird ein soziales Kompetenz-/Interaktionstraining angeboten.	
6.	Es werden verschiedene bewegungsbezogene Therapien angeboten (z.B. Bogenschießen und tiergestützte Therapie). Sollten die Angebote aufgrund äußerer Umstände nicht nutzbar sein, werden Alternativen angeboten.	

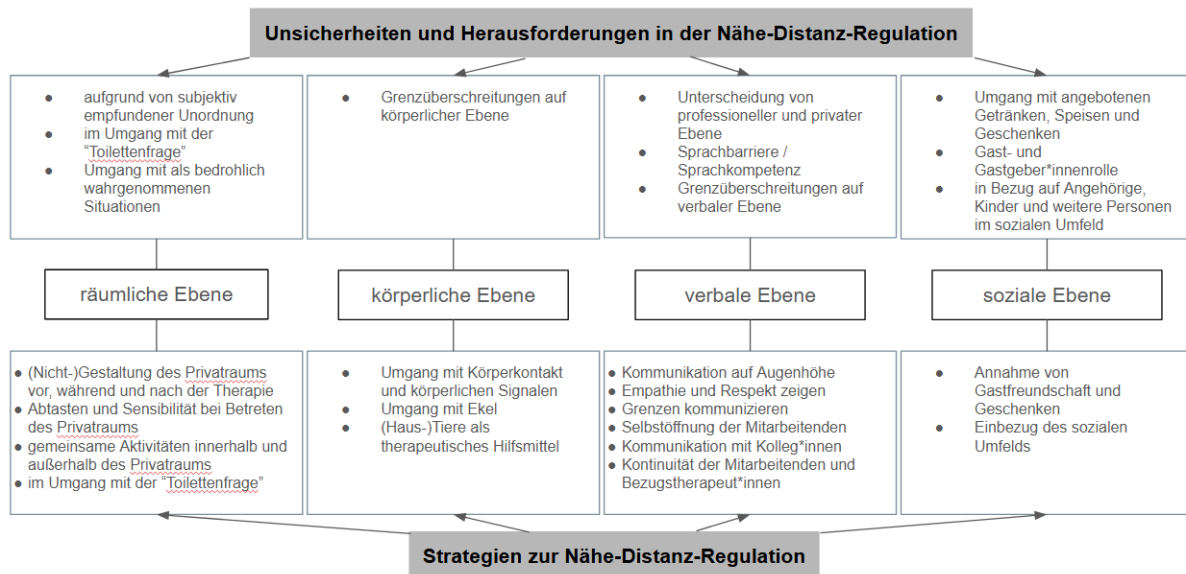
Nr.	Kriterium	Literatur
7.	Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen erarbeiten zu Beginn der Behandlung gemeinsam überprüfbare Therapieziele. Es erfolgt eine schriftliche Aushändigung. Die Ziele werden im Verlauf gemeinsam überprüft und optimiert.	
<b>VI. Behandlungsteam und Mitarbeiter*innen</b>		
1.	Bei Behandlungsbeginn wird abgefragt, ob es, bestimmte Merkmale der Mitarbeiter*innen gibt, die (nicht) erwünscht sind, z.B. hinsichtlich Alter oder Geschlecht.	
2.	Zu Beginn der Behandlung wird eine Bezugsbetreuung festgelegt. Die Nutzer*innen haben die Möglichkeit, die Bezugsbetreuung mitzubestimmen und zu wechseln.	(Hasselberg et al., 2022)
3.	Die Nutzer*innen können mitbestimmen, welche Berufsgruppen (zum Beispiel Pflege oder Psycholog*innen) oder welche Mitarbeiter*innen mehr oder weniger Kontakte durchführen. Die Nutzer*innen werden regelmäßig darin bestärkt, ihre Wünsche diesbezüglich gegenüber Bezugsbetreuer*innen zu kommunizieren.	(Middleton et al., 2011)
4.	Es werden Genesungsbegleiter*innen (ausgebildete Expert*innen mit eigener Krisenerfahrung) eingesetzt, wenn das von den Nutzer*innen gewünscht ist. Die Nutzer*innen werden darüber informiert, dass es diese Möglichkeit gibt.	(Middleton et al., 2011)
5.	Häufige Wechsel der Mitarbeiter*innen des StäB-Teams werden vermieden, außer die Nutzer*innen wünschen explizit wechselnde Mitarbeiter*innen. Nutzer*innen werden über die längere Abwesenheit von vertrauten Mitarbeiter*innen informiert. Mitarbeiter*innen informieren sich gegenseitig und zeitnah über den aktuellen Stand der Behandlung.	(Carpenter & Tracy, 2015; Goldsack et al., 2005; Hasselberg et al., 2022; Hubbeling & Bertram, 2014; Morant et al., 2017; Mötteli et al., 2022; Wyder et al., 2018)
6.	Behandler*innen aus anderen Settings werden, wenn durch die Nutzer*innen gewünscht, in die StäB mit einbezogen.	<a href="https://paperpile.com/c/RCObR/816k+s1P5+ED6G">https://paperpile.com/c/RCObR/816k+s1P5+ED6G</a> (Hasselberg et al., 2022; Morant et al., 2017;

Nr.	Kriterium	Literatur
		Rhodes & Giles, 2014)
7.	Bei jedem Behandlungskontakt wird einfühlsam und individuell auf Nutzer*innen eingegangen, auch bei Wochenendbesuchen. Art und Dauer der Kontakte werden vorher angekündigt und mit den Nutzer*innen besprochen, um eventuelle Irritationen bezüglich der Kontaktdauer zu vermeiden.	
<b>VII. Angehörige, Bezugspersonen und Community</b>		
1.	Mitarbeiter*innen unterstützen bei der Wahrnehmung der durch Nutzer*innen zu leistenden Pflege- und Betreuungsaufgaben (z.B. Familie, Kinder, Bezugspersonen), auch hinsichtlich Terminplanung.	(Goldsack et al., 2005; Khalifeh et al., 2009; Morant et al., 2017) <a href="https://paperpile.com/c/RCOebR/SFY9+s1P5+RHQD">https://paperpile.com/c/RCOebR/SFY9+s1P5+RHQD</a>
2.	Mitarbeiter*innen unterstützen Nutzer*innen dabei, eine sichere und ungestörte Atmosphäre für die Besuche zu schaffen. Andere im Haushalt lebende Personen werden dabei berücksichtigt.	
3.	Nach Rücksprache mit den Nutzer*innen werden Bezugspersonen (Familienangehörige, Freund*innen etc.) in die Behandlung mit einbezogen. Die Erwartungen aller Beteiligten werden erfasst und der Therapieverlauf angepasst. Mitarbeiter*innen besprechen mit den Nutzer*innen Alternativen, wenn Angehörige den Einbezug in die Behandlung ablehnen.	(Goldsack et al., 2005; Khalifeh et al., 2009; Klevan, Karlsson, & Ruud, 2017; Morant et al., 2017; Nelson, Miller, & Ashman, 2016; Schwarz et al., 2020; Wyder et al., 2018)
4.	Nutzer*innen haben die Möglichkeit, sich während der StäB untereinander auszutauschen und zu vernetzen. Sie werden durch Mitarbeiter*innen darin unterstützt, den Kontakt zu anderen Nutzer*innen mit ähnlichen Themen herzustellen.	

Nr.	Kriterium	Literatur
<b>VIII. Diskretion, Privatsphäre und Verhalten im privaten Raum</b>		
1.	Befürchtungen der Nutzer*innen zum Eindringen der Mitarbeiter*innen in den privaten Raum der Nutzer*innen werden zu Beginn der StäB thematisiert und besprochen.  Bei Irritation der Mitarbeiter*innen bezüglich des Zustandes der Wohnung (z.B. Ordnung, Hygiene) erfragen sie das Wohlbefinden der Nutzer*innen diesbezüglich neutral und vorsichtig und bieten gegebenenfalls Hilfestellung an.	
2.	Mitarbeiter*innen erfragen den Wunsch der Nutzer*innen nach Diskretion und Erkennbarkeit des StäB-Teams gegenüber beispielsweise Nachbar*innen (Namensschild, zivile Kleidung etc.) zu Beginn der Behandlung.	
3.	Mitarbeiter*innen besprechen mit den Nutzer*innen Möglichkeiten, wie die Besuche räumlich so arrangiert werden können, dass sich die Nutzer*innen vor, während und nach der Behandlung im eigenen Raum wohlfühlen.	(Wyder et al., 2018)
4.	Die körperliche (Aufnahme-)Untersuchung kann zu Hause oder alternativ in der Klinik durchgeführt werden. Die Entscheidung dazu treffen die Nutzer*innen.	
5.	Allgemeine Umgangsregeln, den Ort der Gespräche, das Zeitmanagement sowie die Erwartungen der Nutzer*innen (z.B. Schuhe ausziehen) und der Mitarbeiter*innen (z.B. keine Bewirtung) werden zu Beginn der Behandlung geklärt.	74]

*Teilmodul B1.3:* Die qualitativen Ergebnisse der Analyse der Einzelinterviews sowie Forschungstagebüchern mit MA und NU zum Thema Umgang mit Nähe-Distanz-Erfahrungen in der StäB konnten vier Ebenen identifiziert werden. Diese gliedern sich in die I. räumliche, II. körperliche, III. verbale sowie IV. soziale Ebene, welche zugleich die Kernkategorien der vorliegenden Arbeit darstellen. Auf jeder dieser Ebenen werden zum einen Unsicherheiten und Herausforderungen bezüglich der Nähe-Distanz-Regulation beschrieben, zum anderen Lösungsansätze/ Strategien zum Umgang mit diesen Situationen. Sowohl auf Seiten der Unsicherheiten als auch auf Seiten der Strategien enthalten die Hauptkategorien jeweils 1-6 Unterkategorien. Zum besseren Verständnis sowie zur Visualisierung ist das Kategoriensystem in Abbildung 5 abgebildet.

## Umgang mit Erfahrungen von Nähe und Distanz in der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung zwischen Mitarbeitenden und Nutzenden



**Abbildung 5:** Nähe und Distanz in der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung (StäB): Ebenen und Kategorien in der Übersicht

Auf der räumlichen Ebene (I) wird die Sensibilität von MA beim Betreten des Privattraums, die Anpassung des Raumes durch NU und die Notwendigkeit für MA, in diesem Umfeld professionell zu agieren, als entscheidend für das Entstehen einer positiven Bewertung der Behandlung beschrieben. Auf der körperlichen Ebene (II) wird die Regulation von erforderlicher körperlicher Nähe z.B. bei expositionstherapeutischen Interventionen und der Wahrung individueller Grenzen bzw. einvernehmlicher körperlicher Interaktionen als herausfordernd beschrieben. Auf der verbalen Ebene (III) wird u. a. die Differenzierung professioneller und privater Kommunikation in der StäB, unter sorgfältiger Abwägung der Offenlegung von persönlichen Informationen zur Sicherung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, als Faktoren zur Nähe-Distanz-Regulation benannt. Auf der sozialen Ebene (IV) werden die Rollen von Gastgeber:in und Gast in der StäB, sowie der Umgang von MA mit dem sozialen Umfeld der NU problematisiert.

*Teilmodul B1.4:* Die qualitativen Ergebnisse umfassen folgende vier Hauptthemen:

I. Bedeutung der StäB für ANG: Die StäB ermöglichte eine bessere Integration in den Alltag der ANG, indem sie es ihnen erlaubte, trotz der Behandlung ihrer Familienmitglieder zuhause anwesend zu sein und ihren beruflichen sowie familiären Verpflichtungen nachzugehen, was von vielen als vorteilhaft gegenüber einem Klinikaufenthalt empfunden wurde. Die Möglichkeit zur StäB führt bei ANG zu Entlastung sowie einem erhöhten Sicherheitsgefühl durch regelmäßige Besuche und die Möglichkeit einer schnellen Reaktion in Krisensituationen, obwohl Bedenken hinsichtlich der ausreichenden Sicherheit bei schwerwiegenden Krisen bestanden.

II. Erwartungen und Bedarfe: ANG legen großen Wert auf die Kontinuität des behandelnden Personals in der StäB, da häufige Wechsel als belastend empfunden werden und die Vorstellung eines vertrauten Teams oder einer Hauptbezugsperson bevorzugt wird. Zudem ist ihnen eine transparente Kommunikation über den Behandlungsablauf, einschließlich verlässlicher Terminplanungen und Informationen über Notfallpläne, sowie eine sorgfältige

Vorbereitung und Beratung zum Behandlungsende und zur Anschlussbehandlung wichtig, um Unsicherheiten zu minimieren und eine nahtlose Weiterbetreuung zu gewährleisten.

III. Spezifische Beiträge und Kompetenzen: ANG spielen eine zentrale Rolle bei der Einleitung und Unterstützung der StäB, indem sie oft organisatorische Aufgaben übernehmen, Entscheidungen mittragen oder die Behandlung in Krisensituationen selbst einleiten. Darüber hinaus bieten sie nach den Behandlungsterminen Raum für Nachbesprechungen, dienen als Informationsquellen oder „Übersetzer:innen“ und stellen ihr Zuhause für die Behandlung zur Verfügung, während sie gleichzeitig alltagsrelevante Aufgaben wie Kinderbetreuung und Haushaltsführung für NU übernehmen.

IV. Rolle und Rollenkonflikte: ANG haben oft kein klares Rollenverständnis in der StäB und übernehmen viel Verantwortung. Die Rollenunsicherheit und der Wunsch nach einem klareren Einbezug in die Behandlung führen zu Konflikten und das Bedürfnis nach mehr Kommunikation und Anerkennung ihrer Beiträge sowohl durch NU als auch StäB-Teams, während die emotionale Unterstützung und die Berücksichtigung ihrer Grenzen wesentliche Aspekte für eine effektive Zusammenarbeit und ihr Wohlbefinden i.R. der StäB sind.

*Teilmodul B1.5:* Die soziodemographische Zusammensetzung der befragten NU-Gruppe findet sich in Tabelle 1 im Anhang 2. Aus der Analyse ergaben sich drei Merkmalsgruppen zu den Themen „Verlässlichkeit“, „Verstehen und Verständnis“, „Mitbestimmung/ Autonomie“ und „sicherer Raum“, unter denen sich eine Bandbreite unterschiedlicher Subthemen findet (s. Tabelle 2 im Anhang 2). Zusammenfassend ist das Thema Sicherheit für die NU ein zentrales Thema in der Versorgung und die Grundlage für eine angemessene Unterstützung in Krisen. Dabei kommt der Haltung der MA sowie der Beziehung zwischen MA und NU eine prägnante Rolle zu. Sicherheit ist die Voraussetzung für eine gelungene Versorgung für die NU und die Abwesenheit von Zwang sowie eine wertschätzende Haltung und Beziehung der MA zu den NU sind hierfür entscheidende Faktoren. Üblicherweise fehlt die Perspektive von NU in Untersuchungen von Sicherheit psychiatrischer Behandlungen. Gleichzeitig ist dieses Thema zentral, so dass Investitionen in weitere Forschung und die Entwicklung von Strategien aus Sicht der NU und deren Umsetzung in der klinischen Praxis erforderlich sind.

*Modul B2:* Zusammenfassend lassen sich aus den in 6 StäB-Kliniken untersuchten Umsetzungen der Delegation von StäB-Leistungen drei unterschiedliche Umsetzungsvarianten identifizieren. Die Umsetzungsvarianten beschreiben jeweils das (Versorgungs-) Ziel, welches die Kliniken durch den Einsatz der Delegation bezwecken:

1. Ausgleich von Personalengpässen: Um den Fachkräftemangel zu adressieren, greifen zwei Studienkliniken auf die Delegation von StäB-Leistungen an externe Anbieter zurück, etwa durch die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, um notwendige Pflegeleistungen sicherzustellen.
2. Überwinden infrastruktureller Barrieren: Eine Studienklinik nutzt die Delegation von StäB-Leistungen, um die Versorgung in entlegenen oder großstädtischen Bereichen durch die Einbindung verschiedener ambulanter Pflegedienste zu optimieren und dadurch die Fahrwege zu minimieren sowie die gemeindenähe des Angebots zu erhöhen.
3. Sektorübergreifendes Behandlungskonzept: Die Zusammenarbeit mit Gesundheitszentren und ambulanten Teilhabeanbietern ermöglicht in zwei Studienkliniken die Integration spezifischer Behandlungsansätze wie z.B. „Open Dialog“, wodurch eine kontinuierliche Nachsorge nach Ende der StäB unter

Berücksichtigung der personellen Kontinuität und der Möglichkeit der Fortführung von Netzwerkgesprächen über die StäB hinaus gewährleistet wird.

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung werden wie folgt entlang der vier Hauptkategorien Anreize, Voraussetzungen, Herausforderungen und Effekte beschrieben:

1. Anreize: Als wesentliche Anreize für eine Kooperation wurde die Möglichkeit genannt, das Behandlungsspektrum zu erweitern und damit den NU vielfältigere und individuellere Versorgungsoptionen während und nach der StäB anzubieten. Diese Zielsetzung galt laut den Befragten in allen beteiligten Teams. Ebenso war die Frage der Vergütung ein zentraler Motivationsfaktor. Eine angemessene Entlohnung der Delegationspartner wurde in Vertragsverhandlungen festgelegt, was als Schlüsselanreiz für die Teilnahme an der Kooperation angesehen wurde.
2. Voraussetzungen: Damit eine Kooperation erfolgreich zustande kommen konnte, nannten die Befragten mehrere grundlegende Voraussetzungen. Ein zentrales Thema war die Sichtbarkeit der Behandlungsangebote. Die StäB sei vielen potenziellen Kooperationspartnern noch zu wenig bekannt, was es erschwere, geeignete externe Leistungserbringer zu gewinnen. Um dem entgegenzuwirken, wurden Maßnahmen wie Fachtagungen, Informationsmaterialien und gezielte Öffentlichkeitsarbeit als notwendig beschrieben. Die Vertragsgestaltung und Budgetierung, insbesondere hinsichtlich Personal- und Verwaltungskosten, erwiesen sich als zeitaufwendig, aber unerlässlich, um eine faire und nachhaltige Kooperation zu gewährleisten. Ebenso wurde der Informationsaustausch als elementar beschrieben. Diesbezüglich wurde eine strukturierte, regelmäßige Kommunikation als erforderlich hervorgehoben, um Missverständnisse zu vermeiden und eine lückenlose Patientenversorgung zu gewährleisten. Dabei wurden strukturelle Barrieren, wie unterschiedliche IT-Systeme oder räumliche Distanz zwischen den beteiligten Institutionen, als zusätzliche Herausforderungen beschrieben, die eine engmaschige Abstimmung erforderten.
3. Herausforderungen: Trotz der positiven Anreize und erfüllten Voraussetzungen berichteten die Befragten auch von verschiedenen Herausforderungen im Kooperationsprozess. Die Organisation der Abläufe erwies sich als besonders anspruchsvoll, da eine Vielzahl von Beteiligten in die Planung und Koordination der Arbeitsprozesse eingebunden war. Aufgabenverteilung, Ressourcenplanung und Kommunikationswege mussten detailliert abgestimmt werden, um reibungslose Abläufe zu gewährleisten. Besonders die Notwendigkeit, flexibel auf unvorhergesehene Ereignisse wie Personalausfälle oder logistische Probleme zu reagieren, stellte hohe Anforderungen an die gemischten Teams. Darüber hinaus wurde die Teamentwicklung als herausfordernd beschrieben. Die Integration externer Partner in bestehende Strukturen, insbesondere bei räumlicher Trennung, führte anfangs zu Unsicherheiten im Teamgefüge. Erst durch gezielte Maßnahmen zur Teambildung, wie gemeinsame Fortbildungen und strukturierte Einarbeitung, konnten diese Schwierigkeiten schrittweise überwunden werden.
4. Effekte: Die Kooperation mit externen Leistungserbringern zeigte positive Effekte auf die Versorgungsqualität, wobei die Verbesserung der Behandlungskontinuität von den Teilnehmenden besonders hervorgehoben wurde. Eine engere Abstimmung und Kommunikation zwischen den Beteiligten führte zu einem nahtloseren Übergang zwischen verschiedenen Versorgungssettings, wodurch die Qualität der Patient:innenversorgung spürbar gesteigert wurde. Zudem wurde ein Kompetenzgewinn auf beiden Seiten festgestellt. Der fachliche Austausch,

gemeinsame Fortbildungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit förderten den Erwerb neuer Kenntnisse und Fertigkeiten, was sich positiv auf die Behandlungsqualität auswirkte. Allerdings wurde auch auf mögliche negative Effekte hingewiesen. In Einzelfällen führten die Auswahl bestimmter Kooperationspartner:innen zu Wahrnehmungen von Wettbewerbsverzerrung, da nicht alle interessierten Träger gleichermaßen berücksichtigt wurden, was vereinzelt als Benachteiligung empfunden wurde.

## Modul C1:

*Stichproben standardisierte Befragungen:* Die Stichprobe der NU (IG und KG) ist bei Modul A beschrieben. Insgesamt nahmen 144 MA an der Befragung teil (ca. 55% Rücklauf). Rund 60% waren weiblich. Der Altersgipfel lag bei den 25–34-Jährigen (46%). 45% der MA besaßen mehr als neun Jahre Berufserfahrung, davon im Mittel 3,5 Jahre in aufsuchenden Diensten. 65% der Teilnehmenden waren seit mehr als einem Jahr in StäB tätig, mehr als zwei Drittel mit StäB als Hauptarbeitsbereich (C1.4.1). An den EI nahmen 18 Personen teil. Alle TN waren in ihren Einrichtungen mit der Implementierung der StäB in leitender Funktion befasst. 2 TN in der Funktion als ärztliche Direktor:innen, 4 TN als Chefärzt:innen, 5 TN als Oberärzt:innen, 5 TN als pflegerische StäB-Leitungen und 2 sonstige Leitungen. An den FG nahmen 61 Personen aus den folgenden Berufsgruppen teil: Pflege (14), Arzt/Ärztin (12), Psychologie (15), Soziale Arbeit (7), Ergotherapie (5), Bewegungstherapie (4), sonstige (5). Alle TN waren zum Zeitpunkt der FG aktive MA des jeweiligen StäB-Teams (C1.3).

### *Zufriedenheitsergebnisse (NU und ANG):*

StäB Patient\*innen waren signifikant zufriedener mit der Behandlung (IG:  $M = 81.1$ ;  $SD = 16.8$  KG:  $M = 73.2$ ;  $SD = 17.9$ ), was die Hauptanalyse unter Anwendung multipler Imputationen für fehlende Werte ergab,  $t(328) = 4.3$ ;  $p < .0001$ . Auch Angehörige der IG waren mit  $M=77.7$  ( $SD=15.0$ ) signifikant zufriedener mit der Behandlung als Angehörige der KG ( $M = 68.9$ ;  $SD = 16.4$ ),  $t(39.9) = 2.3$ ,  $p = 0.0287$ .

### *Zufriedenheits- und Belastungsergebnisse (MA):*

Die mittlere Arbeitszufriedenheit nach COPSOQ lag bei 70.2 (range = 65.2–75.8). Größte Zufriedenheit fand sich im Bereich der Teamzusammensetzung ( $M = 80.6$ ), geringste im Bereich Lohn/Gehalt ( $M = 56.3$ ). Der Effekt des Zusammenhangs von Mitarbeitendenzufriedenheit mit der Zufriedenheit von Angehörigen ( $p = 0.71$ ) und Patient\*innen ( $p = 0.99$ ) war nicht signifikant. Die höchsten Anforderungen ergaben sich in der Subkategorie „Emotionale Anforderungen“ ( $M = 86.4$ ), die geringsten Anforderungen wurden im Bereich „Entgrenzung“ beschrieben ( $M = 31.5$ ).

*Ergebnisse zu den Hypothesen:* H1: Die Detailergebnisse sind in Tabelle 15 einzusehen. StäB Teams mit isolierter FA-Kompetenz führten zu einer signifikant höheren Behandlungsdauer pro Tag über alle Berufsgruppen hinweg, durch Ärzt:innen und Pflegepersonen, aber zu einer geringeren Behandlungsdauer durch Psycholog:innen und einer geringeren Anzahl an Kontakten pro Tag. Eine kleine Teamgröße von Gesamt-Vollzeitkräften  $< 10$  führte zu einer signifikant geringeren Behandlungsdauer pro Tag über alle Berufsgruppen, durch Ärzt:innen, Pflegepersonen und Anzahl an Kontakten pro Tag. Unikliniken wiesen eine signifikant geringere Behandlungsdauer pro Tag über alle Berufsgruppen und durch Spezialtherapeut:innen, aber eine höhere Anzahl an Kontakten pro Tag auf. Eine besonders entscheidende Rolle scheint die Versorgungsregion zu spielen, die auf jede der Zielvariablen einen signifikanten Einfluss hatte.

**Tabelle 22:** Übersicht der Regressionen des Zusammenhangs der Organisationsstruktur der Teams und der den NU zukommenden Behandlung

	Behandlungsdauer pro Tag Parameterschätzer (p-Werte)					Kontakte pro Tag Parameterschätzer (p-Werte)	Dauer der Indexbehandlung Parameterschätzer (p-Werte)
	Über alle Berufsgruppen	Ärzte	Psychologen	Spezialtherapeuten	Pflegepersonen		
<b>Abteilungsorganisation (isoliert vs. aus Abteilung)</b>	16.88147 (<.0001)	2.16205 (0.0469)	-2.77346 (0.0140)	-0.39757 (0.8340)	16.37084 (<.0001)	-0.17874 (<.0001)	-0.5360 (0.1110)
<b>Teamgröße (Gesamt-VK &lt; 10 vs. &gt; 10)</b>	-10.64064 (0.0036)	- 5.35022 (0.0006)	1.88572 (0.2369)	1.99569 (0.4593)	-9.17183 (0.0047)	-0.10268 (0.0481)	0.4458 (0.3501)
<b>Art der Klinik (keine Uniklinik vs. Uniklinik)</b>	13.62328 (0.0003)	- 2.73658 (0.0811)	1.90810 (0.2388)	10.16421 (0.0003)	4.28755 (0.1892)	-0.17019 (0.0014)	0.5589 (0.2483)
<b>Versorgungsregion (Sonstige vs. Millionenmetropole)</b>	9.38797 (<.0001)	- 7.03547 (<.0001)	-6.39641 (<.0001)	11.22052 (<.0001)	11.59934 (<.0001)	0.29493 (<.0001)	-0.9906 (0.0005)

H2: In hybriden StäB Teams betrug die Wiederaufnahmerate 34.78 % und in autonomen StäB Teams 29.06 %. Dieser Unterschied ist, wie auch bei der Anzahl der vollstationär verbrachten Tage ( $M_{\text{hybrid}} = 17.04$ ;  $M_{\text{autonom}} = 12.74$ ) nicht signifikant. Diese Ergebnisse verändern sich auch nicht bei Anwendung multipler Imputation.

H3: Der Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Behandlungszufriedenheit ist nicht signifikant. Die Detailergebnisse sind in den Tabellen 13 und 14 abgebildet. Als Sensitivitätsanalyse wurde die Patientenanalyse mit multipler Imputation und unter Ausschluss der NU, bei denen der Fragebogen mehr als 7 Tage nach Ende der Indexbehandlung beantwortet wurde, wiederholt. Auch hier ergab sich kein signifikanter Zusammenhang. Aufgrund der hohen Korrelation (Spearman's  $\rho = 0.84$ ) der Kovariablen wurden die Analysen zusätzlich als Einfachregressionen mit dem ZUF-1 als Kovariable durchgeführt. Auch hier bleibt der Zusammenhang nicht signifikant.

**Tabelle 23:** Lineare Regression der mittleren Arbeitszufriedenheit im Zentrum auf die Patientenzufriedenheit

Variable	Estimate	Std Error	t Value	Pr >  t	Lower 95% CL	Upper 95% CL
ZUF-1	0.07997	0.48059	0.17	0.8680	-0.86820	1.02814
COPSOQ B11	-0.05213	0.71365	-0.07	0.9418	-1.46013	1.35586

**Tabelle 24:** Lineare Regression der mittleren Arbeitszufriedenheit im Zentrum auf die Angehörigenzufriedenheit

Variable	Estimate	Std Error	t Value	Pr >  t	Lower 95% CL	Upper 95% CL
ZUF-1	0.29519	0.68765	0.43	0.6689	-1.07354	1.66392
COPSOQ B11	-0.38205	1.02719	-0.37	0.7109	-2.42663	1.66253

H4: Die detaillierten Ergebnisse lassen sich der Tabelle 18 entnehmen. Insbesondere die Stabilität der Behandlung führt zu einer Senkung des AIC, was einen Zusammenhang zur vollstationären Wiederaufnahme vermuten lässt. Aber auch die Anzahl der Kontakte, die Diagnosegruppe und der individuelle Zugangsweg führen zu einer (moderaten) Verringerung des AIC. Die p-Werte sind der Tabelle 16 zu entnehmen. Es zeigte sich, dass die Patientenvariablen (Variablen 8-10 und 12) einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der vollstationären Tage und die Anzahl der StäB + vollstationären Tage haben. Anlage 13 stellt ergänzend eine deskriptive Zusammenfassung der Behandlungsdauern der Indexbehandlung der beiden Gruppen, sowie der täglichen Behandlungszeiten in der stationsäquivalent behandelten Gruppe dar.

**Tabelle 25:** Zusammenfassung der AIC-Werte von (ordinalen) Logit-Modellen

Kovariablen(n)\Zielvariable	Wiederaufnahme	AIC-Anzahl		AIC-Anzahl + StäB Tage
		AIC- vollstationärer Tage	AIC erweiterte vollstationärer Wiederaufnahme	
Anzahl Kontakte aus dem Behandler:innen-Team pro Tag	230.3755	342.287	253.3622	418.856
Behandlungsdauer der Indexbehandlung in Tagen	233.5691	346.290	251.6520	416.028
Behandlungsdauer pro Tag	232.3760	347.341	249.5274	417.515
Behandlungsdauer Ärzte pro Tag	234.7998	350.742	253.2688	419.867
Behandlungsdauer Pflegepersonen pro Tag	232.7545	348.488	251.5270	420.069
Behandlungsdauer Psychologen pro Tag	234.7796	350.807	255.0449	422.858
Behandlungsdauer Spezialtherapeuten pro Tag	234.8417	350.887	255.1371	423.102
Stabilität der Behandlung (Gesamtscore)	218.4549	329.974	240.2062	403.816
Durchschnittliche Prozessevaluation im behandelnden Zentrum	233.3555	349.617	254.9711	422.997
Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit im behandelnden Zentrum (ZUF-1)	234.6306	350.879	255.1604	422.641
Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit im behandelnden Zentrum (COPSOQ)	234.8312	350.401	255.1603	422.736
Diagnosegruppe (FX) für Logit-Modell	230.8950	339.695	253.9962	414.869
Alter	234.1427	349.427	255.1099	423.060
Geschlecht	232.7729	347.580	253.7594	420.172
Stabilität der Behandlung (Gesamtscore)	218.4549	329.974	240.2062	403.816
Individueller Zugangsweg (StäB Verlegung oder StäB direkt)	229.9439	341.936	253.1083	417.360
Kovariablen 1-7	232.3796	337.419	251.8059	409.039
Kovariablen 8-12	222.7714	324.049	248.2126	403.252

Kovariablen\Zielvariable	AIC-Anzahl		AIC-Anzahl	
	Wiederaufnahme	vollstationärer Tage	AIC erweiterte Wiederaufnahme	vollstationärer + StäB Tage
Kovariablen 1-5	227.6432	333.236	245.8654	405.385

**Tabelle 26:** P-Werte von Likelihood-Quotienten-Tests zum Einfluss der Behandlungsparameter und Patientenvariablen

Likelihood-Quotienten-Test	p-Wert Wiederaufnahme	p-Wert Anzahl vollstationärer Tage	p-Wert erweiterte Wiederaufnahme	p-Wert Anzahl vollstationärer + StäB Tage
Modell 1 vs. volles Modell	0.14043	0.00346	0.38493	0.01203
Modell 2 vs. volles Modell	0.91193	0.31095	0.57911	0.07587

H5: Da die Durchschnittliche Prozessevaluation als Variable in Modell 1 aufgenommen wurde gelten die Ergebnisse der Hypothese H4 analog.

H6: Eine deskriptive Analyse der Instabilitätsvariablen findet sich in Tabelle 20. Der Einfluss der Stabilität der Behandlung wurde auf die vollstationäre Wiederaufnahme und die Anzahl der vollstationär verbrachten Tage mit einer logistischen bzw. ordinalen logistischen Regression untersucht (Tabelle 21 und 22). In beiden Fällen ist der Einfluss der Stabilität der Behandlung zum Niveau  $\alpha = 0.05$  signifikant (Tabelle 21 und 22). Eine instabile Behandlung führt damit zu einer höheren vollstationären Wiederaufnahmerate und einer höheren Anzahl an vollstationär verbrachten Tagen. In multiplen (ordinalen) logistischen Regressionen wurde der Einfluss der einzelnen Instabilitätsvariablen auf die vollstationäre Wiederaufnahme und die Anzahl der vollstationär verbrachten Tage untersucht. Lediglich der Effekt des Substanzmissbrauchs war in beiden Fällen signifikant (Siehe Tabelle 7.39 und 7.40 in Anlage 11). Zu dieser Analyse wurde eine Reihe von Sensitivitätsanalysen durchgeführt, die hier kurz zusammengefasst werden: Zunächst wurde der Einfluss der beiden Teilscores (Abbruch der Indexbehandlung und Stabilität Details) noch einmal einzeln überprüft. Die daraus resultierenden vier Analysen sind alle signifikant (Siehe Anlage 11)). Höhere Werte in den Teilscores führen jeweils zu einer höheren vollstationären Wiederaufnahme und einer höheren Anzahl an vollstationär verbrachten Tagen. Als weitere Sensitivitätsanalyse wurde die gesamte Analyse nochmals mit der erweiterten Wiederaufnahme und der Anzahl der StäB + vollstationär verbrachten Tage durchgerechnet. Alle Signifikanzen außer die des Substanzmissbrauchs bleiben bestehen (Siehe Anlage 11). Außerdem wurde die Hauptanalyse für den Zusammenhang der vollstationären Wiederaufnahmerate und der Stabilität der Behandlung mit multipler Imputation wiederholt. Auch hier blieb die Signifikanz bestehen ( $p=0.001$ ).

**Tabelle 27:** Häufigkeiten der Instabilitätsereignisse

Instabilitätsvariablen	Missing		ja		nein	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Abbruch der Indexbehandlung	0	0.00	14	7.00	186	93.00
Mehr als eine Verlegung	0	0.00	8	4.00	192	96.00
Unterbrechung der Behandlung	0	0.00	4	2.00	196	98.00
Gravierende Komplikationen	0	0.00	9	4.50	191	95.50
Fremdaggression	0	0.00	1	0.50	199	99.50
Substanzmissbrauch	0	0.00	18	9.00	182	91.00
Suchmeldung	0	0.00	0	0.00	200	100.00

**Tabelle 28:** Ergebnisse der logistischen Regression mit der Zielvariable vollstationäre Wiederaufnahme (N=186)

Variable	Schätzwert		p- Wert	Odds Ratio	Untergrenze 95%-KI OR	Obergrenze 95%-KI OR
	Parameter	Standardfehler				
Stabilität der Behandlung (Gesamtscore)	0.4091	0.1183	0.0005	1.505	1.194	1.898

**Tabelle 29:** Ergebnisse der ordinalen logistischen Regression mit der Zielvariable Anzahl der Tage mit vollstationärer Behandlung (in der Studienklinik) nach Entlassung aus der Indexbehandlung (N=200)

Variable	Schätzwert		p- Wert	Odds Ratio	Untergrenze 95%-KI OR	Obergrenze 95%-KI OR
	Parameter	Standardfehler				
Stabilität der Behandlung (Gesamtscore)	-0.3935	0.0834	<.0001	0.675	0.573	0.795

H7: Die ANG-Belastung wurde durch beide Behandlungen deutlich reduziert (Belastungsreduktion:  $M_{IG} = -8.59$ ,  $SD_{IG} = 11.43$ ;  $M_{KG} = -12.57$ ,  $SD_{KG} = 11.89$ ), bei ähnlicher Ausgangsbelastung (Ausgangsbelastung:  $M_{IG} = 30.75$ ;  $M_{KG} = 30.93$ ). Zur Überprüfung des Einflusses der Behandlungsgruppe auf die Stärke der Reduktion der ANG-Belastung wurde als Hauptanalyse das folgende Modell geprüft: Reduktion der ANG-Belastung = konstant + StäB + Baseline ANG-belastung + Behandlungszufriedenheit (Siehe Tab. 7.1 in Anlage 12). Die stationäre Behandlung führt damit zu einer signifikant stärkeren Reduktion der ANG-Belastung. Eine Berechnung der Unterschiede zwischen den Mittelwerten der beiden Behandlungsgruppen ergab keine signifikanten Ergebnisse im Welch-Test ( $t(43) = 1.44$ ;  $p = 0.158$ ). Als Sensitivitätsanalyse wurde das gleiche Modell für jede der vier Subskalen des IEQ-EU als Zielvariable erstellt. Hierbei war der Effekt der Behandlungsgruppe nur bei der Subskala Drängen signifikant ( $p=0.0021$ ) und scheint damit insbesondere für die stärkere Reduktion der Belastung bei den stationären NU verantwortlich zu sein (Siehe Tab. 7.2 – 7.5 in Anlage 12).

Zusätzlich wurde der Zusammenhang des Fehlens des IEQ-EU Scores und der Behandlungsgruppe sowie den PS-Variablen untersucht. Hierbei war nur der Zusammenhang zur Behandlungsgruppe signifikant ( $p<0.0001$ ). Die Detailergebnisse sind den Tabellen 7.6 – 7.12 der Anlage 12 zu entnehmen. Es haben damit signifikant mehr ANG von StäB NU an der Befragung teilgenommen.

Basierend auf dem qualitativen Teil (Experteninterviews und Fokusgruppen) (C1.3) konnten Erkenntnisse zur Implementierung sowie der Prozessabläufe der StäB gewonnen werden. Daraus konnten Empfehlungen abgeleitet werden, welche – aus der Perspektive der Versorgungsakteure – bei der Implementierung der StäB berücksichtigt werden sollten. Diese Empfehlungen sind in Tabelle 3 im Anhang 2 dargestellt. Weiterführend ist daraus eine Identifikation von Faktoren möglich, welche für die Implementierung und den Prozessablauf der StäB als förderlich bzw. hinderlich angesehen werden können. Für eine gelungene Implementierung der StäB ist eine Berücksichtigung der abgeleiteten Empfehlungen (s. Tabelle 3 im Anhang 2) förderlich. Exemplarisch bezugnehmend auf die aus den Experteninterviews und Fokusgruppen stammende Empfehlung „MA sollten Vorerfahrungen in aufsuchender Behandlung mitbringen“ bedeutet dies, dass bei der Auswahl der StäB-Mitarbeitenden die Berücksichtigung der Vorerfahrung in aufsuchender Behandlung für eine gelingende Implementierung der StäB förderlich ist. Folgende Aspekte wurden in den Experteninterviews von den Versorgungsakteuren unter anderem als hinderlich bezeichnet: fehlende Informationen zu StäB bei der Personalgewinnung, fehlende/nicht ausreichende IT-Strukturen (Hardware, Software), fehlende/nicht ausreichende Räumlichkeiten, nicht

ausreichender Fuhrpark, fehlende Abstimmung mit weiteren Abteilungen bezüglich Lieferketten (z.B. von Medikamenten, Büromaterial), fehlender/unzureichender Zugang auf die Patientenakte von außerhalb der Klinik, fehlende Bekanntheit des StäB-Angebots bei Mitarbeitenden der Klinik, Unklarheit über die Erreichbarkeit eines Arztes/einer Ärztin in Krisensituationen, fehlendes/ungeeignetes Tourenplanungsprogramm, fehlende teambildende Maßnahmen, sowie unter anderem der Aspekt der Unklarheit über Rufbereitschaft und die damit verbundenen Handlungsmöglichkeiten.

Zudem wurden Veränderungen in Prozessen und Abläufen, welche die StäB-Teams seit Beginn vorgenommen haben, systematisch erfasst, z.B. Vertretungsregelungen. Die qualitativen Daten wurden mit den Daten aus den Zufriedenheitserhebungen, den Fragen zur Prozessevaluation, sowie den organisatorischen Aspekten der StäB, in Zusammenhang gebracht. So lässt sich die Aussage treffen, dass die StäB-MA, welche freiwillig in das Setting gewechselt sind, insgesamt zufriedener sind.

## Modul C2:

**C.2.1 Standardisierter Vergleich der verschiedenen Zugangswege:** Die erste Auswertung bezieht sich auf Routinedaten aller NU der ersten 13 Monate der Münchener StäB (N=169). Univariate Vergleiche zeigten, dass Direktaufnahmen häufiger affektive Erkrankungen hatten (direkt: 45%; verlegt:24%), seltener eine Sprachbarriere zeigten (direkt: 5%, verlegt: 13%) und öfter einer Erwerbstätigkeit (direkt: 43%, verlegt: 23%) nachgingen. Bei 66% der Verlegungen war bei stationärer Aufnahme mindestens ein Ausschlusskriterium für eine StäB dokumentiert. Die Dauer der StäB-Behandlung unterschied sich für die beiden Gruppen nicht relevant (Klocke et al., 2022)

Im Rahmen der zweiten Auswertung sollten zunächst die Befunde der Münchener Stichprobe mithilfe des Gesamt-AKtiV-Datensatzes repliziert werden (Brieger et al., 2024). Wie aus Tabelle 23 ersichtlich zeigten sich in diesem Datensatz ebenso Unterschiede hinsichtlich der Diagnosen und zusätzlich hinsichtlich der Anzahl der stationären Voraufenthalte. Ausgeleitete StäB NU wiesen eine höhere Wiederaufnahmerate (39%) auf als direkt in StäB aufgenommene (25%). Unter Berücksichtigung der Unterschiede bei Baseline (Diagnose, EQ5D-Index, EQ5D-VAS, Anzahl der stationären Voraufenthalte innerhalb von zwei Jahren) war dieser Effekt allerdings nicht mehr signifikant ( $p=0,56$ ). Bei den Variablen Abbruch der Indexbehandlung und HoNOS-D (Baseline, 6 und 12 Monate) konnten keine Unterschiede nach Zugangsart nachgewiesen werden (Brieger et al., 2024). Die H1 (es gibt differentielle Indikationen, für welche NU eine Direktaufnahme sinnvoll sind und für welche die Ausleitung der Behandlung indiziert ist) konnte somit durch beide Auswertungen bestätigt werden. H3 (wenn StäB direkt anstelle von stationärer Behandlung zum Einsatz kommt, ist die Wirksamkeit besonders ausgeprägt) konnte hingegen nicht belegt werden.

**Tabelle 30:** Vergleich von Baselinevariablen Direktaufnahmen und Verlegungen in StäB

Variable	Direktaufnahmen	Verlegungen	Teststatistik
Anzahl	N=144	N=56	
<b>Basisdaten bei Aufnahme in die StäB</b>			
Geschlecht (N=200) (weiblich)	96 (67%)	40 (71%)	$\chi^2(1)=0,42$ , $p=0,52$
Alter (N=200)	MW=47 SD=16	MW=42 SD=14	U= 4987.5, $p=0,08$
Hauptdiagnose (N=200)			
F0-F09	1 (1%)	0 (0%)	Fischer Test $p=0,01$
F10-F19	6 (4%)	7 (13%)	
F20-F29	24 (17%)	19 (34%)	

F30-F39	74 (51%)	20 (36%)	
F40-F49	27 (19%)	4 (7%)	
F50-F59	1 (1%)	1 (2%)	
F60-F69	11 (8%)	5 (9%)	
F70-F79	0 (0%)	0 (0%)	
Familienstand (N=198)			$\chi^2(2)=0,84, p=0,66$
Alleinstehend	76 (53%)	31 (55%)	
In einer Partnerschaft	19 (13%)	9 (16%)	
verheiratet	48 (33%)	15 (27%)	
Suizidalität (N=200)			Fisher Test, p=0,34
Überhaupt nicht	66 (46%)	30 (54%)	
An einzelnen Tagen	43 (30%)	19 (34%)	
An mehr als der Hälfte der Tage	17 (12%)	4 (7%)	
Beinahe jeden Tag	18 (13%)	3 (5%)	
Medikamenten-einnahme (N=200) (ja)	124 (86%)	50 (89%)	$\chi^2(1)=0,36, p=0,55$
HoNOS Score (N=200)	MW=15 SD=5	MW=15 SD=5	Welch Test F= 0,20, p=0,84
PSP (N=200)	MW=55 SD=13	MW=58 SD=11	U= 6074,5, p=0,22
EQ5D-Index (N=200)	MW=0,6 SD=0,3	MW=0,7 SD=0,3	U=6575,5, p=0,01
EQ5D-VAS (N=198)	MW=45 SD=22	MW=56 SD=23	U=6637,5, p=0,003
Alter bei Ersterkrankung (N=199)	MW=34 SD=17	MW=29 SD=11	U=5098,5 p=0,17
Voraufenthalte innerhalb von 2 Jahren (N=200)	MW=1 SD=1	MW=3 SD=5	U=6646,5, p=0,00

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Häufigkeit; HoNOS-D = deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scale; PSP = deutsche Version des Fragebogens Personal and Social Performance; EQ5D-5L = deutsche Version des Fragebogens European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version

**C.2.2 Qualitative Beschreibung der Organisationsformen zur Aufnahmesteuerung:** An den 10 Standorten wurden insgesamt 200 StäB NU in die Studie eingeschlossen. Davon wurden 144 (72%) Personen direkt in StäB aufgenommen und 56 (28%) Personen nach einer stationären Behandlung in die StäB überwiesen. Insgesamt nahmen 136 weibliche (68%) und 64 männliche (32%) StäB NU teil. Die Zentren unterschieden sich signifikant ( $p=0,04$ ) hinsichtlich des Anteils direkter StäB Aufnahmen, wobei der Anteil zwischen 50% bis 95% lag. Die „Möglichkeit der schnellen Direktaufnahme“ (in 24h, in einer Woche, >1 Woche) hatte keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Direktaufnahmen und Verlegungen ( $p=0.41$ ); siehe Tabelle 24.

**Tabelle 31:** Deskriptive Analyse des Anteils direkter StäB Aufnahmen nach den Zentren

Zentrum	Direkt-aufnahmen		Verlegungen		Gesamt	Möglichkeit der schnellen Direktaufnahme (innerhalb von 24h/einer Woche/>1Woche)
	N	(%)	N	(%)		
Zentrum 1	18	95	1	5	19	24h
Zentrum 2	21	84	4	16	25	Eine Woche
Zentrum 3	17	77	5	23	22	Eine Woche
Zentrum 4	10	77	3	23	13	24h
Zentrum 5	19	76	6	24	25	>1Woche
Zentrum 6	19	76	6	24	25	24h
Zentrum 7	11	61	7	39	18	24h
Zentrum 8	12	60	8	40	20	>1Woche

Zentrum	Direkt- aufnahmen		Verlegungen		Gesamt	Möglichkeit der schnellen Direktaufnahme
	N	(%)	N	(%)		(innerhalb von 24h/einer Woche/>1Woche)
Zentrum 9	15	52	14	48	29	Eine Woche
Zentrum 10	2	50	2	50	4	>1Woche
Gesamt	144	72	56	28	200	

N = Häufigkeit

Die H2 (Entscheidend für das Zuweisungsverhalten ist die Organisationsform) konnte ebenfalls nicht belegt werden.

**C.2.3 Qualitative Analyse von Kontraindikationen von StäB:** In den Interviews mit NU und ANG zeigte sich grundsätzlich eine große Zufriedenheit mit der Behandlungsform StäB, was im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien steht. Dennoch konnten unsere Daten zeigen, dass es, neben den formalen Ausschlusskriterien für StäB wie Selbst- und Fremdgefährdung, fehlende Einwilligung im Haushalt lebender Personen oder Kindeswohlgefährdung, weitere Einflussfaktoren gibt, die eine Behandlung in StäB erschweren, verhindern oder eben zu einem Abbruch einer bereits begonnenen StäB-Behandlung führen. So zeigten sich v.a. die Themen Krankheitsschwere, der Symptomatik, Einfluss durch ANG, Wohnsituation, Rahmenvorgaben von StäB sowie fehlende Behandlungsbereitschaft und Desorganisation von alleinlebenden NU als zentrale Faktoren. Beim Thema Krankheitsschwere wurde vor allem auf eine Verschlechterung der Symptomatik während der Behandlung in StäB hingewiesen. D.h. NU, die bei Aufnahme in StäB durchaus die Einschlusskriterien erfüllen, können sich während der Behandlung so verschlechtern (oder die Symptomatik tritt mehr zutage als bei Aufnahme), dass innerhalb der Betreuung zuhause die notwendige Adaptation der Betreuung nicht möglich ist und eine stationäre Aufnahme notwendig wird. Dies gilt insbesondere für Selbst- und Fremdgefährdung, fehlende Behandlungsbereitschaft und Desorganisation. Vor allem letztere fällt im Gegensatz zur stationären Behandlung sehr deutlich ins Gewicht, da sich NU im Rahmen der StäB ja selbst versorgen können müssen. Die Rolle der ANG und des Wohnumfeldes spielt für StäB eine entscheidende Rolle, und zwar nicht nur im Sinne eines gesundheitsförderlichen Aspektes. Offenbar ist es, zumindest in Einzelfällen nicht möglich, die Kompatibilität von Familie/Wohnumfeld vor Aufnahme in StäB umfassend einzuschätzen, so dass es dann erst im Verlauf offensichtlich wird, wenn Haltung/Verhalten des Umfeldes einer StäB-Behandlung entgegensteht (Lang et al., 2024).

**Modul D:** Die Daten zu der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus dem CSSRI-Fragebogen und die Daten zur Lebensqualität aus dem EQ-5D-5L waren für insgesamt 400 Teilnehmenden (KG N=200; IG N=200) zu drei Messzeitpunkten (T0, T1 und T2) verfügbar. Jeder angegebenen Gesundheitsleistung wurde unter anderem auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabs, des Psychiatrie Entgeltsystems und des Arzneiverordnungsberichts 2022 ein monetärer Wert zugeordnet.

Anhand der angegebenen Arbeitsunfähigkeitstage wurden die indirekten Kosten pro Teilnehmenden errechnet.

Der Kostenvergleich zwischen den Untersuchungsgruppen zeigt für die Kontrollgruppe signifikant höhere Kosten für die stationäre Versorgung, für die StäB Interventionsgruppe demgegenüber signifikant höhere Kosten für die StäB Behandlung (siehe Tabelle 25).

Darüber hinaus ergeben sich für die Teilnehmenden der StäB Interventionsgruppe signifikant höhere Kosten für die ambulante Medikamentenbehandlung und für psychosoziale ambulante Leistungen. Allerdings führe diese Differenzen einzelner Leistungskategorien weder zu signifikanten Differenzen bei der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten (Kostendifferenz -1614.22 SE 2062.46 €; p = 0.454) noch bei den Gesamtkosten für die gesetzliche Krankenversicherung (Kostendifferenz -2049.029 €; SE 2117.20 €; p = 0.358).

**Tabelle 32:** Übersicht der direkten und indirekten Krankheitskosten für den Zeitraum von 12 Monaten

	<b>KG N=200</b>	<b>IG N=200</b>	<b>Differenz IG– KG€ (s.e.)<sup>1)</sup></b>	<b>p-Differenz IG – KG.<sup>1)</sup></b>
Stationär (psychiatrisch) € (SD)	17.955,96 (19.995,38)	8.107,15 (18.145,81)	-9.848,81 (-1.849,57)	<b>&lt;0.001</b>
Stationär (somatisch) € (SD)	1.871,57 (6.479,86)	942,22 (3.988,62)	-929,35 (-2.491,24)	0.682
Tagesklinik € (SD)	1.557,05 (5.567,45)	1.649,20 (4.986,85)	92,15 (-580,60)	0.916
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (Stäb) € (SD)	1.520,83 (6.216,04)	9.538,12 (8.691,28)	8.017,29 (2.475,24)	<b>&lt;0.001</b>
Ambulant (psychiatrisch) € (SD)	1.286,21 (1.488,23)	1.607,54 (2.105,96)	321,30 (617,73)	0.204
Ambulante Medikation € (SD)	952,02 (1.297,79)	1.250,40 (1.737,77)	298,38 (439,98)	<b>0.049</b>
<b>Gesamtkosten GKV</b>	<b>25.143,65 (23.674,16)</b>	<b>23.094,62 (21.023,98)</b>	<b>-2.049,30 (-2.238,83)</b>	<b>0.361</b>
Polizei / Justiz € (SD)	378,51 (5.352,94)	1,6 (22,63)	-376,91 (-5.330,31)	0.318
Ambulant (psychosozial) € (SD)	1.207,49 (3.094,21)	2.019,21 (3.948,78)	811,72 (854,57)	<b>0.020</b>
<b>Direkte Gesamtkosten € (SD)</b>	<b>26.729,65 (24.310,80)</b>	<b>25.115,43 (21.358,07)</b>	<b>-1.614,22 (-2.952,73)</b>	<b>0.283</b>
Indirekte Kosten	3.048,25 (4.839,77)	3.220,30 (5.005,83)	172,06 483,73	0.722
<b>Gesamtkosten Volkswirtschaft € (SD)</b>	<b>29.777,89 (25.148,06)</b>	<b>28.335,73 (23.155,28)</b>	<b>-1.442,16 (-2.399,55)</b>	<b>0.548</b>

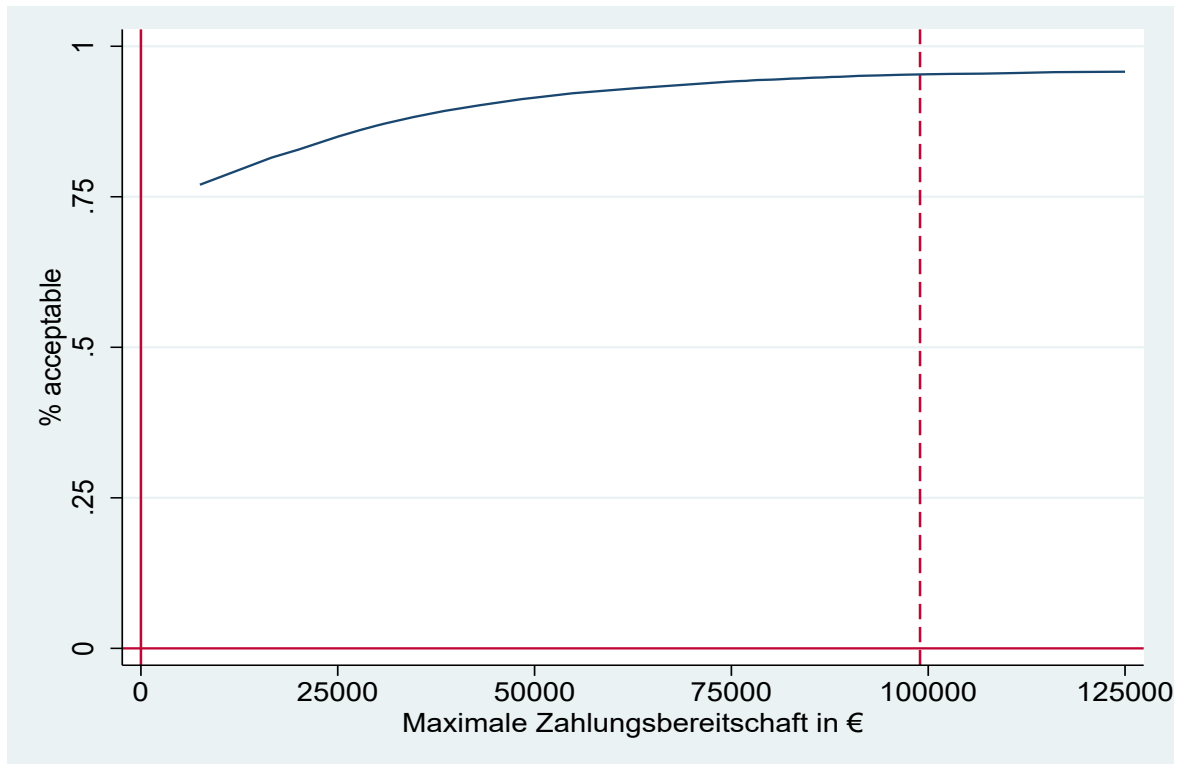
Ambulant = Psychiater, Psychotherapeut, PiA, Hausarzt und sonstige Ärzte, Ambulant Psychosozial = Sozialpsychiatrischer Dienst, Krisendienst, Tagesstätte, Gemeindefschwester, Hauswirtschaftshilfe, Pflegedienst, Mitarbeiter Sozialstation, Ehrenamtlicher Betreuer, Telefonseelsorge,<sup>1</sup> Lineare Regression mit robusten Standardfehlern (non-parametrisches bootstrapping mit 5000 Replikationen), IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, SD = Standardabweichung, N = Häufigkeit

Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs) wurden auf der Grundlage der deutschen Nutzwerte für den EQ-5D-5L (Ludwig et al. 2018) generiert. Ein Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-5L) der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ergab eine nichtsignifikante QALY-Differenz (QALY-StäB – QALY-Kontr) von 0.042 (p=0.174).

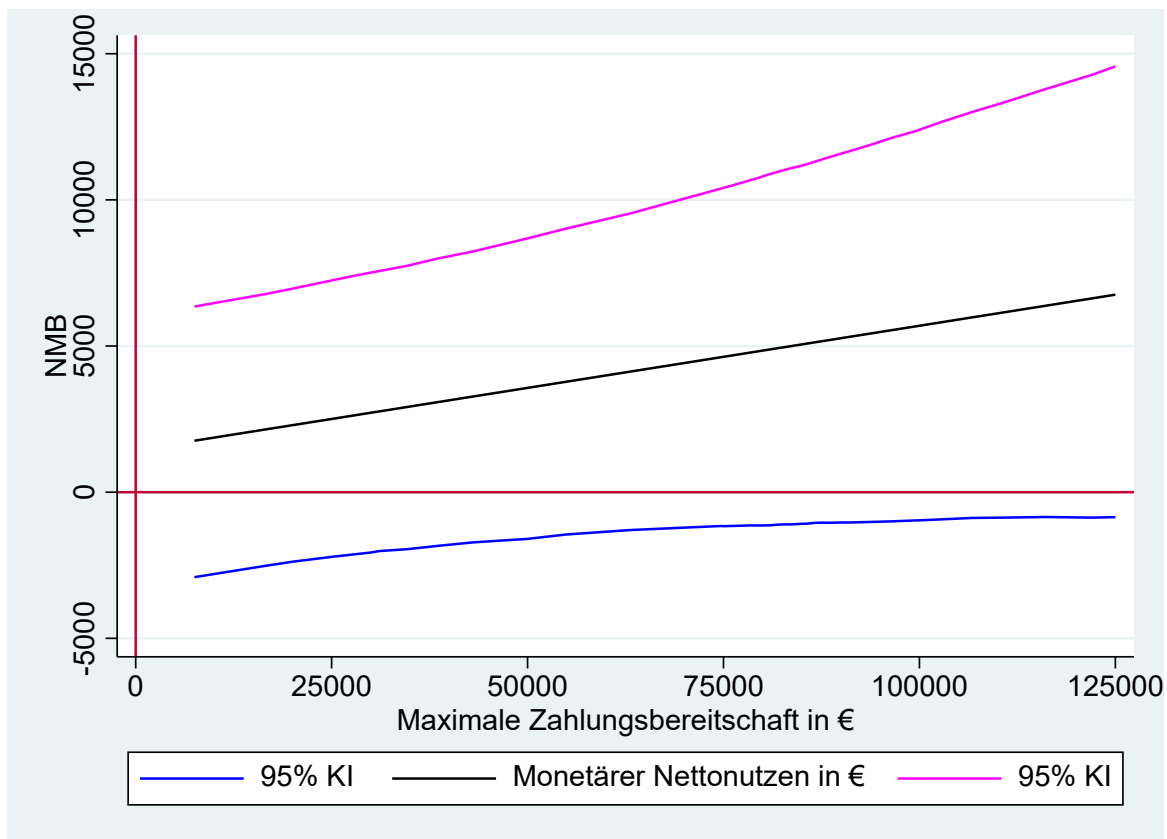
Für die Perspektive der deutschen Volkswirtschaft ergibt sich eine inkrementelle Kosten-Nutzwertrelation (IKNR):

$$IKNR_{VWL} = \frac{\Delta \text{KostenVWL}}{\Delta QALY} = \frac{-1.614,22\text{€}}{0,042} = -38.433,81 \text{ €}$$

Die Varianz der IKNR für die Perspektive der deutschen Volkswirtschaft (siehe Abbildung 3, Anhang 2) zeigt eine Verteilung über alle vier Quadranten der Kosteneffektivitätsfläche. Die Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve für die Perspektive der deutschen Volkswirtschaft (siehe Abbildung 6) zeigt, dass bei einer Zahlungsbereitschaft von 25.000 € für den Gewinn eines Lebensjahres in vollständiger Gesundheit durch die Einführung der StäB Behandlung die StäB Behandlung gegenüber der Standardversorgung mit einer Wahrscheinlichkeit vom 60% die kosteneffektiver Behandlungsalternative darstellt (Glick et al., 2014). Der monetäre Nettonutzen (NMB) stellt den monetären Nettowert eines Interventionseffekts bei einer bestimmten maximalen Zahlungsbereitschaft (MWTP) dar (siehe Abbildung 7). Im Gegensatz zur IKNR ist die theoretische Verteilung des NMB durch einen Mittelwert, eine Varianz und eine Standardabweichung definiert. Diese stochastischen Eigenschaften des NMB ermöglichen die Schätzung von parametrischen Konfidenzintervallen und die Anwendung parametrischer statistischer Tests (Hoch, Briggs, & Willan, 2002).



**Abbildung 6:** Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)



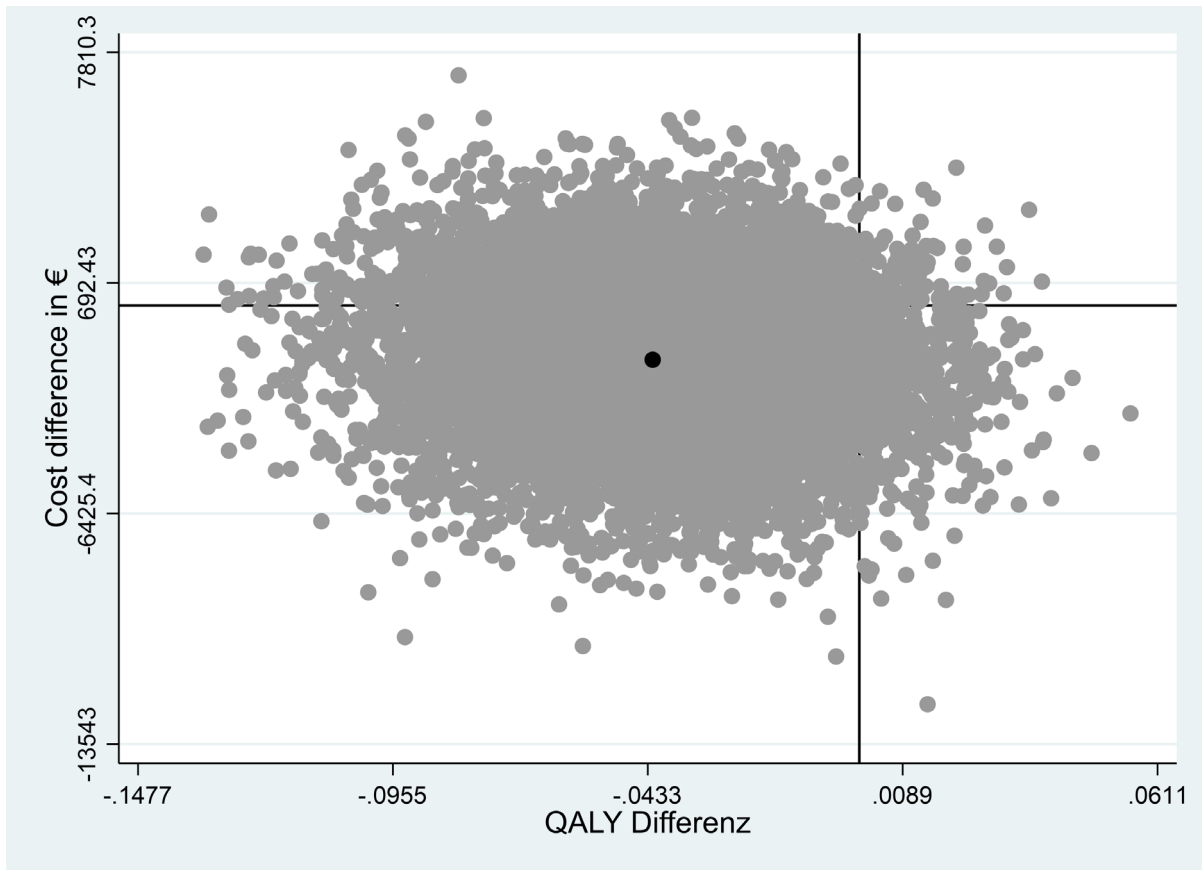
**Abbildung 7:** Nettonutzenkurve für die Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Regressionskurve des monetären Nettonutzens für die Perspektive der deutschen Volkswirtschaft zeigt mit zunehmender Zahlungsbereitschaft einen zunehmenden monetären Nettonutzen der StäB gegenüber der Standardversorgung. Da die untere Grenze des 95 % Konfidenzintervalls unterhalb der Nulllinie liegt ist dieser Wert allerdings inferenzstatistisch nicht signifikant.

Für die Perspektive der GKV ergibt sich eine IKNR von

$$IKNR_{GKV} = \frac{\Delta \text{KostenVWL}}{\Delta QALY} = \frac{-2.049,30\text{€}}{0,042} = -48.785,71 \text{ €}$$

Auch für diesen Wert zeigt sich eine breite Streuung über alle vier Quadranten der Kosteneffektivitätsfläche (siehe Abbildung 8).



**Abbildung 8:** Die Schätzung der IKNR-Varianz mittels Bootstrapping aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve für die GKV-Perspektive zeigt, dass bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft von 25.000 € die StäB mit einer Wahrscheinlichkeit von 67% die kosteneffektivere Behandlungsalternative gegenüber der Standardbehandlung darstellt. Bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft von 50.000 € liegt die Akzeptanzwahrscheinlichkeit demgegenüber bei 50%. Auch für die GKV-Perspektive zeigt die Nettonutzenregression (siehe Abbildung 7) mit zunehmender Zahlungsbereitschaft einen abnehmenden Nettonutzen, wobei die untere Grenze des 95% Signifikanzniveaus unterhalb der Nulllinie bleibt und damit keinen signifikanten Nettonutzen indiziert.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

**Modul A:** Zusammenfassend zeigt die Auswertung der Studie hypothesenkonform eine klinisch bedeutsame und signifikante Reduktion der vollstationären Wiederaufnahmerate um 18,6 % für StäB im Vergleich zur vollstationären Behandlung (31,12 % vs. 49,74 %; primäres Kriterium). Dies galt auch für die sekundären Kriterien der kombinierten und erweiterten Wiederaufnahme. Die Wiederaufnahme erfolgte in der StäB-Gruppe später als bei den Kontrollen, und die Anzahl der vollstationären Tage war geringer, ebenso wie die Zahl der vollstationären, teilstationären oder in StäB verbrachten Tage. Auch nach Adjustierung auf Confoundereffekte blieb es bei weniger Wiederaufnahmen in der StäB-Gruppe. Damit lagen die StäB Ergebnisse im Bereich der internationalen Befunde (Gühne et al., 2019). Es gibt sogar Hinweise das StäB effektiver als internationale AHUs sind, da neue internationale Studien nur noch ein Effekt auf die stationären Tage nicht aber auf die Wiederaufnahmeraten zeigten (Cornelis et al., 2022). Dies könnte auf die höhere Behandlungsintensität und -dauer von StäB im Vergleich zu internationalen Modellen AHU zurückzuführen sein.

Die NU sind wie in der internationalen Literatur beschrieben, zufriedener und fühlen sich in Erweiterung der internationalen Befunde mehr einbezogen in die Behandlung in StäB als bei der stationären Behandlung (Gühne et al., 2019). Dabei führt StäB zu den gleichen klinischen und psychosozialen Behandlungsergebnissen wie die stationäre Behandlung entsprechende internationaler Metaanalysen zu AHU (Gühne et al., 2019).

**Modul B: Modul B1:** Zusammenfassend wird die StäB aus Sicht von NU positiv und im Einklang mit vergleichbaren internationalen Ansätzen der intensiven aufsuchenden psychiatrischen Behandlung bewertet, insbesondere hinsichtlich Struktur, Organisation und der Beziehung zu den MA. Viele NU fühlten sich durch die 24-Stunden-Rufbereitschaft und die Möglichkeit einer stationären Aufnahme besonders sicher. Die Erfahrungen bezüglich der Intensität und Dauer von StäB-Episoden wurden gemischt bewertet, im Allgemeinen wünschten sich NU mehr Flexibilität, die Häufigkeit der StäB-Kontakte bedürfnisorientiert anpassen zu können. Einige NU vermissten den Kontakt zu anderen NU und die regelhafte Möglichkeit, Therapieangebote auch innerhalb der Klinik in Anspruch nehmen zu können, was nicht regelhaft gegeben war.

Das auf Grundlage der vorbeschriebenen Erfahrungen sowie vergleichbarer Versorgungsmodelle aus dem Ausland entwickelte vorläufige BPM stellt Mindestmerkmale für StäB aus Sicht von NU dar, deren Umsetzung möglicherweise dazu beitragen könnte, die bereits hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit StäB bei NU weiter zu steigern.

Im Unterschied zur CORE CRT Treue-Skala, die vor allem die Perspektive der MA fokussiert, berücksichtigt das BPM für die StäB u.a. spezifische Aspekte wie Vorabinformation, Mitbestimmung während der Behandlung, Diskretion, Privatsphäre und das Verhalten der MA, die in anderen Modellen weniger Beachtung finden. Nach Operationalisierung und Feldtest der Kriterien kann das BPM genutzt werden, um eine standortbezogene Qualitätsbewertung der Umsetzung des StäB-Modells zu ermöglichen. Einzelne Kriterien des BPM werden allerdings ohne eine Gesetzesänderung nicht umsetzbar sein können, so dass die Anwendbarkeit in der Praxis teilweise limitiert ist.

Aus Sicht von ANG wurde die StäB als wichtige Alternative zur Behandlung im stationären Setting gesehen, wobei als ein zentraler Vorteil der StäB hervorgehoben wurde, dass ANG am Genesungsprozess betroffener Familienmitglieder teilhaben und zugleich ihren beruflichen und familiären Verpflichtungen nachgehen können. Neben einer allgemeinen Entlastung erhöhte die Anwesenheit des StäB-Teams das Sicherheitsgefühl durch regelmäßige Besuche und schnelle Reaktionsmöglichkeiten in Krisensituationen. ANG wünschen sich Kontinuität und eine transparente Kommunikation mit dem Behandlungsteam, um Unsicherheiten zu minimieren. Ihre Rolle umfasst organisatorische Aufgaben und emotionale Unterstützung, doch die fehlende Klarheit über ihre Rolle und die damit verbundenen Konflikte unterstreichen den Bedarf an Anerkennung und Einbeziehung in den Behandlungsprozess.

Die qualitative Untersuchung der StäB aus Sicht der Teilnehmenden weist verschiedene Limitationen auf. Zunächst erschwerte die COVID-19 Pandemie die Befragung von Teilnehmenden. Darüber hinaus war die Rekrutierung von ANG bei einem nur geringen Rücklauf auf Anfragen zur Studienteilnahme herausfordernd. Bezüglich des entwickelten vorläufigen BPM ist einschränkend zu ergänzen, dass die Wissensgrundlage des BPM ausschließlich durch die Erfahrungen der NU gespeist wurde, bei der Entwicklung von Best Practice jedoch in der Regel ein umfassenderer Einbezug sämtlicher Stakeholder, d.h. auch AND und MA, stattfindet. Andererseits war es das dezidierte Ziel dieser Arbeit, die Perspektive der NU bei der Umsetzung von StäB zu fördern, so dass primär deren Erfahrungen die Evidenzgrundlage bilden. Die Entwicklung einer Skala zur Umsetzungstreue des StäB-Modells

aus Sicht von MA ist Gegenstand eines sich in Vorbereitung befindlichen Anschlussprojektes der AKtiV-Studie. Darüber hinaus ist geplant, beide Perspektiven in einem BPM zusammenzuführen.

**Modul B2:** Die Ergebnisse unserer Studie zur sektorenübergreifenden Umsetzung der StäB weisen auf drei verschiedene Umsetzungsvarianten der Delegation von StäB-Leistungen hin, die jeweils spezifische Herausforderungen und Vorteile mit sich bringen. Erstens zeigt sich, dass die Delegation an externe Anbieter eine effektive Strategie sein kann, um Personalengpässe auszugleichen. Zweitens ermöglicht die Überwindung infrastruktureller Barrieren durch die Einbindung ambulanter Dienste eine optimierte Versorgung in sowohl entlegenen als auch großstädtischen Bereichen, was zu einer Erhöhung der Gemeindenähe und zur Minimierung der Fahrwege führt. Drittens unterstützt ein sektorübergreifendes Behandlungskonzept die Integration spezifischer Behandlungsansätze, wie etwa „Open Dialogue“ (Von Peter et al., 2021), und gewährleistet eine kontinuierliche Nachsorge, was durch die Kooperation mit Gesundheitszentren und ambulanten Teilhabeanbietern erreicht wird. Auf Bundesebene wird die Delegation von StäB-Leistungen bisher jedoch eher zurückhaltend genutzt und ist mit einigen Hürden verbunden.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass häufig differierende Vorstellungen bzgl. der Einzelheiten Vertragsgestaltung wie z.B. Vergütungsvereinbarungen das Zustandekommen eines solchen Vertrags erschweren. Demnach haben von den insgesamt neun StäB-Kliniken, welche Leistungen delegieren, nur ca. drei einen Delegationsvertrag geschlossen. Die übrigen Kliniken beziehen niedergelassene Behandler:innen überwiegend auf Einzelfallebene und ohne Rahmenvertrag ein. Diese Konstellation wurde von den Beteiligten zwar als weniger voraussetzungsreich erlebt, jedoch wurden Probleme durch das Fehlen gemeinsam genutzter digitaler Dokumentationslösungen beschrieben. Es handelt sich bei den Umsetzungshürden der Delegation überwiegend um allgemeine Probleme sektorenübergreifender Zusammenarbeit, die sich auch bei anderen Versorgungsmodellen zeigen (Schwarz et al., 2019).

Die qualitative Untersuchung der Delegation von StäB-Leistungen aus Sicht der Versorgungsakteure weißt verschiedene Limitationen auf. Zunächst existiert praktisch keine wissenschaftliche Literatur zu dem Thema, was eine umfassende Einordnung erschwert. Die geringe Zahl der befragten externen Leistungserbringer (n=6) verringert die Aussagekraft der Ergebnisse. Ein weiterer limitierender Faktor ist der frühe Erhebungszeitpunkt, da die Interviews größtenteils zu Beginn der Kooperationen stattfanden, während sich die Zusammenarbeit im weiteren zeitlichen Verlauf häufig stabilisierte.

**Modul C1:** Die Hypothese zum Zusammenhang der Organisationsstruktur und der den ANG zukommenden Behandlung konnte nur teilweise bestätigt werden. Bereits die Tatsache, dass die zehn Studienzentren nicht zu zwei Strukturtypen zugeordnet werden konnten, sondern zur Beschreibung auf die Nutzung von mehreren Strukturvariablen mit jeweils zweistufiger Ausprägung ausgewichen werden musste, verdeutlicht die vorherrschende Heterogenität im strukturellen Aufbau der StäB Organisationen. Anhand der hier gefundenen Ergebnisse können keine eindeutigen Rückschlüsse oder gar Empfehlungen für eine bestimmte Struktur der StäB Teams gemacht werden, da diese stark von den hier vorliegenden individuellen Gegebenheiten in den Teams und der zum Zeitpunkt der Studie in dieser ausgewählten Stichprobe stattgefundenen StäB Behandlung abhängt. Dennoch scheinen einige Ergebnisse auch in gewissen Teilen nachvollziehbar, wie zum Beispiel eine geringere Behandlungsdauer und weniger Kontakte pro Tag in kleineren Teams.

Auch die zweite Hypothese, dass explizit stationsintegriert arbeitende Teams, welche also die verschiedenen Settings zeitgleich überblicken und in der Vorstellung stärkere Kontinuität bei einem Wechsel des Settings gewährleisten können, zu einer geringeren Wiederaufnahme führen, konnte nicht bestätigt werden. Deskriptiv zeigten sich eher geringere Wiederaufnahmeraten für die autonom arbeitenden StÄB-Teams, sodass auch hier keine klare Empfehlung für eine der beiden Organisationsformen ausgesprochen werden kann.

Das nicht signifikante Ergebnis zur dritten Hypothese, zeigt zudem, dass ein entscheidender Faktor für die ANG und Angehörigenzufriedenheit nicht in der hier gemessenen Arbeitszufriedenheit der MA zu liegen scheint. Dies könnte zum einen für hohe Professionalität der MA sprechen, dass diese ihre Arbeit unabhängig von ihrer Zufriedenheit dabei, mit gleicher Qualität ausführen. Vielmehr zeigt dieses Ergebnis aber, dass auch hier noch weitergehende Faktoren untersucht werden müssen, um herausfinden zu können welche Variablen und Konstrukte die Angehörigenzufriedenheit neben der Behandlungsform beeinflussen könnten. Es wäre spannend, dies im Kontext der Behandlungsqualität zu betrachten, wobei auch für die Qualität der StÄB noch kein klares Konstrukt existiert.

Das signifikante Ergebnis des Modelltests zur Überprüfung der vierten Hypothese zeigt hingegen genau in die andere Richtung als über die aufgestellte Hypothese zunächst postuliert. Die individuellen Behandlungsaspekte scheinen weniger Einfluss auf das primäre Kriterium der Wiederaufnahme zu haben, als die nicht durch die Behandlung beeinflussbaren NU-Variablen. In Zusammenhang mit der im primären Kriterium gefundenen Überlegenheit der StÄB im Vergleich zur vollstationären Behandlung stimmt dies positiv und deutet darauf hin, dass andere Faktoren, als Behandlungsaspekte das Besondere der neuen Behandlungsform und somit auch deren Überlegenheit im Vergleich zur Regelbehandlung bedingen, die bislang aber noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden konnten. Dies liefert einen Ausgangspunkt für nachfolgende Studien, die sich mit weiteren Konstrukten hierzu, wie beispielsweise dem individuellen Entlasswunsch oder auch dem Wohlbefinden in der Behandlung beschäftigen sollten. Zudem können Sie allgemein zu Ermutigung beitragen die neue Behandlungsform in der eigenen Klinik einzuführen, da sie zuverlässig zu wirken scheint, unabhängig davon, wie die Behandlung im Detail aufgebaut und praktiziert wird. Diese Ergebnisse unterstreichen darüber hinaus, dass der gesetzliche Rahmen der StÄB Behandlung, der für alle die gleiche bindende Grundlage für die Organisation und den Aufbau der Behandlung stellt und in der Praxis doch zu enorm unterschiedlichen Behandlungen bzw. Organisationsformen führt, möglicherweise allein ausreicht, um positive Effekte abzubilden.

Die Hypothese, dass instabile Behandlungsverläufe die erweiterte Wiederaufnahmerate negativ beeinflussen sowie einen negativen Einfluss auf die Ambulantisierung haben, konnte bestätigt werden. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass neben der Behandlungsform auch die allgemeinen Variablen zum Behandlungsverlauf relevant für das Risiko einer Wiederaufnahme innerhalb der ersten zwölf Monate nach der Indexbehandlung sind. Zusammen mit der höheren NU-zufriedenheit in StÄB, könnte dies auch ein günstiger Prädiktor dafür sein, dass Behandlungen in StÄB seltener abgebrochen werden und insbesondere auch dadurch weitere Wiederaufnahmen reduziert oder verhindert werden können.

Ein Vergleich der mittleren Belastungsreduktion der beiden ANG-Gruppen ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsformen. Wird im Modellvergleich allerdings die Ausgangsbelastung berücksichtigt, zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede, sodass die Hypothese nicht in ihrer vorgegebenen Richtung bestätigt werden konnte. In unseren Ergebnissen der hier untersuchten ANG-Kollektive, die überdies sehr unterschiedlich groß waren, zeigte sich somit im Modellvergleich, dass sich die Belastung

der ANG der vollstationär behandelten NU signifikant stärker reduzierte als die der ANG in der IG. Die Bedenken von ANG-Vertreter:innen, dass die Belastung durch Wegfall des Settingwechsels und somit durch Wegfall einer „Pause“ für die ANG zunehmen könnte (Schliebener & Trautmann, 2018; Schmid, Spießl, & Cording, 2005), konnte nicht widerlegt werden und bildet Anhaltspunkt für weitere Modifikationen und Verbesserungen der neuen Behandlungsform. Es wird deutlich, dass gerade in StäB die ANG möglicherweise noch besser entlastet werden könnten und vielleicht ein besonderer Fokus in weiteren Untersuchungen daraufgelegt werden müsste, was hierbei helfen könnte. Verbunden mit der dennoch gefundenen höheren Zufriedenheit der ANG und ANG in StäB, scheint es sinnvoll, jeweils individuell abzuwägen.

Die grundsätzlichen und vielfach diskutierten Limitationen von Zufriedenheitsbefragungen, darunter beispielhaft zu nennen die Subjektivität der Ergebnisse, Deckeneffekte oder sozial erwünschtes Antwortverhalten, gelten auch für diese Untersuchung. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass viele der untersuchten Daten auf Selbstauskünften beruhen.

Bezüglich des Einflusses der Stabilität der Behandlung auf das primäre Kriterium gilt zu berücksichtigen, dass der hier angewandte Stabilitätsscore nicht validiert ist und von den Autor\*innen im Rahmen eines Expertengremiums konstruiert wurde. Inwiefern weitere hier nicht berücksichtigte Variablen die Stabilität der Behandlung beeinflussen bleibt daher offen.

Eine Limitation der qualitativen Betrachtung der StäB aus der Perspektive der Versorgungsakteure liegt darin, dass die Datenerhebung während der Corona-Pandemie stattfand. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragung überlagert war durch den Gesamteindruck und das generelle Erleben während der Pandemiezeit. Ein weiterer Aspekt betrifft die unterschiedliche Erfahrung der interviewten Expert:innen mit StäB zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung. Während einige bereits seit mehreren Jahren in dieser Versorgungsform tätig waren, hatten andere diese erst kürzlich implementiert. Es ist daher anzunehmen, dass sich die Interviewten auf unterschiedlichen Erfahrungsstufen befanden. Zudem ist bei den Ergebniskategorien, die sich auf das Erleben von Patient:innen, Angehörigen oder Mitarbeitenden beziehen, zu beachten, dass diese auf Aussagen aus der Sicht Dritter basieren. Abschließend ist zu berücksichtigen, dass infolge der schnellen Entwicklungen auf dem neuen Gebiet der StäB, das Wissen teilweise bereits durch neueres Wissen überholt sein kann.

Abschließend bleibt zudem zu erwähnen, dass die in Modul C untersuchten Fragestellungen vorwiegend zur weiteren Hypothesengenerierung dienen.

**Modul C2:** *C.2.1 Standardisierter Vergleich der verschiedenen Zugangswege und C.2.2 Qualitative Beschreibung der Organisationsformen zur Aufnahmesteuerung:* Der Zugang StäB-Behandlung wird für verschiedene Patientengruppen flexibel genutzt, wobei sich die Behandlungsergebnisse nicht wesentlich unterscheiden. Die Unterschiede in der Anwendung von StäB zwischen den beobachteten Zentren resultiert wahrscheinlich aus den vor Ort jeweils unterschiedlichen sonstigen Versorgungsangeboten. Zusammenfassend deutet die flexible Nutzung von StäB darauf hin, dass aufsuchende Angebote noch flexibler gestaltet werden sollten, als das starre Gerüst von StäB derzeit erlaubt.

*C.2.3 Qualitative Analyse von Kontraindikationen von StäB:* Eine StäB ermöglicht vielen NU eine intensive Behandlung im eigenen Zuhause. Dennoch ergeben sich unterschiedliche Konstellationen, die StäB erschweren oder verhindern können. Diese werden offenbar nicht immer schon bei Aufnahme evident, sondern können sich auch im Verlauf der Behandlung zeigen oder neu auftreten (Lang et al., 2024).

**Modul D:** Die Ergebnisse der inkrementellen Kosten-Nutzwert-Analyse liefern keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die StäB. gegenüber der Standardbehandlung die Behandlungsalternative mit einer besseren Kosteneffektivität darstellt. Bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft von 25.000 € für den Gewinn eines Lebensjahres ohne gesundheitliche Beeinträchtigung liegt die Wahrscheinlichkeit für die Akzeptanz der StäB Behandlung als Kosteneffektiv im Vergleich zur Standardbehandlung bei 67%. Der Verlauf der Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve deutet darauf hin, dass mit einer Erhöhung der maximalen Zahlungsbereitschaft keine Verbesserung der Akzeptanzrate erreicht wird.

**Limitationen:** Dennoch hat die Studie einige Einschränkungen. Eine randomisierte Zuweisung der TN war nicht möglich, da StäB Teil des routinemäßigen Leistungsspektrums in den Studienzentren war. Daher wurde eine quasi-experimentelle Kohortenstudie mit PS-Matching gewählt, um zwei Gruppen zu erhalten, die hinsichtlich der Krankheitsschwere sowie relevanter klinischer und soziodemografischer Variablen vergleichbar waren. Darüber hinaus beschränkte die 12-monatige Nachbeobachtungszeit der Studie, bedingt durch die Richtlinien der Förderer und die maximale Förderdauer, die Bewertung langfristiger Effekte von StäB. Zusätzlich ist, wie bei anderen Studien, die Verallgemeinerbarkeit unserer Ergebnisse durch die Ausschlusskriterien der Studie begrenzt, z. B. die Nichtteilnahme an anderen interventionsbezogenen Studien an den beteiligten Standorten und ausreichende Deutschkenntnisse. Darüber hinaus können sich Gesamtveränderungen in der Versorgung psychischer Gesundheit, die sich aus der COVID-19-Pandemie ergeben auf die Anwendbarkeit der Ergebnisse in einem anderen Bereich ohne laufende Pandemie auswirken. Limitationen der gesundheitsökonomischen Evaluation ergeben sich insbesondere aus der retrospektiven Erfassung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mittels Nutzerbefragung, wegen des bei dieser Methode bestehenden Risikos von Erinnerungsartefakten. Vergleichende Untersuchungen zeigen, dass diese Erinnerungsartefakte zu einer Unterschätzung der Gesamtkosten führen. Da keine Hinweise auf einen untersuchungsgruppenspezifischen Bias der Kostenunterschätzung vorliegen, besteht keine Gefahr einer Verzerrung der Untersuchungsergebnisse.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Forschungsergebnisse sind publiziert oder werden in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Journalen zur Publikation eingereicht und somit der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Teil- und Endergebnisse wurden in mehreren Symposien auf dem Fachkongress der DGPPN (Bechdorf, 2023), in internationalen Kongressen (Nikolaidis, Weinmann, & Bechdorf, 2023), auf den jährlichen Regionalkonferenzen zu StäB und in zahlreichen Einzelvorträgen der Projektleitenden und Projektmitarbeitenden Wissenschaftler:innen, psychiatrisch Tätigen und Leitungspersonal vorgestellt. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse in drei Online-Abschlussveranstaltungen der psychiatriepolitischen Öffentlichkeit (16.05.24 mit über 200 Teilnehmenden), den psychiatrische-psychotherapeutisch Tätigen (14.06.24) und ANG und NU (14.06.24) präsentiert. Insgesamt ist von einer weiten Verbreitung der AKtiV-Ergebnisse in der psychiatriepolitischen Öffentlichkeit, sowie NU und ANG auszugehen.

**Ausblick GKV-Versorgung:** Die AKtiV-Studie zeigt, dass die 2017 in die gesetzliche Krankenversicherung in § 115d Absatz 4 SGB V aufgenommene StäB die psychiatrische Versorgung substanziell verbessert hat. StäB reduziert bei einer üblichen Krankenhauspopulation die stationäre Wiederaufnahmerate klinisch bedeutsam und

statistisch signifikant um 18 % binnen 12 Monaten. Die NU und ANG sind zufriedener und die NU, fühlen sich mehr einbezogen als bei stationärer Behandlung. Dabei führt StäB zu den gleichen klinischen und psychosozialen Behandlungsergebnissen wie die stationäre Behandlung, ohne dabei teurer zu sein. Auch für die MA ist StäB attraktiv, was vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels zukunftsweisend ist. Dabei hatte die Organisationsform der StäB-Teams oder der stationärsersetzende bzw. verkürzende Anwendung von StäB keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis, was für die Wirksamkeit der gesetzlich vorgegebenen Strukturen an sich spricht. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass der Vorteil für die StäB-Behandlung bzgl. der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen auch bei Modifizierung des primären Outcomes und Einbezug der teilstationären, der StäB-Aufenthalte und auch der jeweiligen Aufenthaltstage weiterhin signifikant und klinisch bedeutsam bleibt, so dass es sich um einen sehr stabilen Befund handelt. Auch die große Zufriedenheit der NU und ANG mit StäB findet sich konsistent in unterschiedlichen quantitativen und qualitativen Untersuchungsmethoden und Subsamples, so dass auch hier von einem sehr stabilen Befund auszugehen ist. Darüber hinaus sind die beschriebenen Vorteile von StäB konsistent mit internationalen Befunden, was die Stabilität der Befunde weiter unterstreicht (Gühne et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund sollte die StäB-Behandlung dringend weiter ausgebaut werden. Die Implementation von StäB in ca. 70 von 560 Kliniken (Längle, Rauch, & Raschmann, 2023) ist für die Kürze der Zeit, in der die Intervention zur Verfügung steht und die Notwendigkeit, separate Budgets an den Standorten zu verhandeln, sowie die Kliniken substantiell umzuorganisieren, bereits eine gute Implementationsrate. Die vom GKV-Spitzenverband im „Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V“ (GKV-Spitzenverband, Verbände der Privaten Krankenversicherung, & Krankenhausgesellschaft, 2021) aufgestellte Behauptung StäB könnte im Rahmen der pauschalisiert entgoltenen Psychiatrischen Institutsambulanzen stattfinden steht im Widerspruch zu den empirischen Befunden. In der letzten diesbezüglichen Erhebung fanden im Durchschnitt 0.3 aufsuchende Behandlungskontakte pro NU im Quartal statt (Koch-Stoecker et al., 2016), weil die Finanzierung für höher frequentere Kontakte nicht ausreicht. Der in den qualitativen Untersuchungen von den NU oftmals gewünschte flexiblere Frequenz von StäB (nicht täglich) könnte durch eine geringgradige Modifikation der gesetzlichen Regelung erreicht werden.

Der Wunsch NU nach fließenden Übergängen zu weiteren, weniger intensiven aufsuchenden Behandlungsangeboten und die flexiblere Nutzung der aufsuchenden Behandlung etwa nur drei oder fünf Mal die Woche oder nur gelegentlich im Monat weist darauf hin, dass die ebenfalls in der S3-Leitlinie mit höchstem Empfehlungsgrad empfohlene IAB im deutschen Versorgungssystem nicht zur Verfügung steht (Gühne et al., 2019). Dieses wurde auch schon vom Sachverständigenrat bemängelt und steht, wie schon der bis zur Einführung von StäB langfristige Mangel der AHU, im eklatanten Widerspruch zu der international sehr gut belegten Evidenz (SVR, 2018), für die sich auch im deutschsprachigen Versorgungssystem Belege finden (Bechdorf et al., 2022). Die DGPPN sowie die Aktion Psychisch Kranke haben jeweils Vorschläge für intensiv aufsuchende Komplexleistungen unterbreitet (Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, 2020), die zusätzlich zu StäB implementiert werden könnten und insbesondere bei Menschen mit hohem stationären Wiederaufnahmerisiko effektiv sind (Gühne et al., 2019). Auch die flächendeckende Umsetzung der ebenfalls positiv evaluierten Regionalbudgets nach §64b SGB V, erlauben eine flexiblere Nutzung aufsuchender

Behandlung, ebenso wie eine Finanzierung der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach dem Bayrischen Modell, (wenn ausreichendes Budget für die aufsuchende Behandlung zur Verfügung steht). Beide Versorgungsformen wurde auch jüngst in der achten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Umsetzung empfohlen (Augurzky et al., 2023). Trotz der im letzten Abschnitt genannten dringend notwendigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten der aufsuchenden Behandlung im Sinne von IAB in der deutschen psychiatrischen Versorgung und dem Wunsche der Betroffenen nach einer geringgradigen Abweichung von der Vorgabe der täglichen StäB-Besuche, sprechen die vorliegenden AKtiV-Daten dafür, dass es sich bei StäB wie im § 115d Absatz 4 SGB V definiert um eine erfolgreiche Umsetzung der Leitlinienempfehlungen und der international Evidenz für AHU ins deutsche Versorgungssystem handelt.

Die Implementation von StäB hat großes Potential die psychiatrische Versorgung in Deutschland personenzentrierter, partizipativer und weniger stations- und institutionsorientiert zu gestalten und dabei die Arbeit in der Psychiatrie für Mitarbeitende attraktiver zu machen, ohne dabei teurer zu sein. StäB stellt damit einen großen Meilenstein im Ausbau des psychiatrischen Versorgungssystems dar, der die Entwicklung zu einer Recovery-orientierten, effektiven, für alle Beteiligten attraktiveren und weniger stigmatisierenden Psychiatrie wesentlich fördert. Deshalb sollte StäB in der jetzigen Form weiterhin zur Verfügung stehen und die positive Implementationsbewegung in weiteren Krankenhäusern weiterhin vom Gesetzgeber und Krankenkassen ermöglicht werden.

*Ausblick Forschungsbedarf:* Es besteht Forschungsbedarf bezüglich spezifischer klinischer Subgruppen für StäB wo StäB bisher wenig eingesetzt wurde oder die für die psychiatrische Versorgung besondere Herausforderungen darstellen, z. B. für die Behandlung von Menschen, die wenig mit dem Gesundheitssystem kooperieren, Menschen mit primären Suchterkrankungen und weitere schwer erreichbaren Personengruppen. Differentielle Wirksamkeit von StäB bei klinischen Subgruppen und Prädiktoren des Therapiererfolgs stellen weiteren bedeutsame Fragestellungen dar. Die Ergebnisse der AKtiV-Studie liefern uns Hinweise hinsichtlich einer möglichen Weiterentwicklung von StäB, sodass die Bedürfnisse der NU besser abgedeckt werden und Hindernisse bei der Durchführung von StäB reduziert werden können. Nach internationalen Vorbildern (B. Lloyd-Evans et al., 2016), basierend auf den klinische Outcomedaten der AKtiV-Studie den qualitativen Interviews der NU, ANG und MA könnten Qualitätsstandards entwickelt werden, die nach Evaluation die Entwicklung einer Fidelity-Skala ermöglichen. Solch eine Fidelity Skala könnte die Qualität und die Ergebnisqualität von StäB langfristig und zentrenübergreifend sichern (Lloyd-Evans et al., 2020). Im Hinblick auf die gesundheitsökonomische Evaluation besteht ebenfalls weiterer Forschungsbedarf, da die vorliegenden Ergebnisse keine eindeutigen Schlussfolgerungen bezüglich der inkrementellen Kosteneffektivität der StäB im Vergleich zur Standardbehandlung möglich sind.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Erfolgte Veröffentlichungen

- Baumgardt, J., Schwarz, J., von Peter, S., Holzke, M., Längle, G., Brieger, P., Kilian, R., Timm, J., Heinze, M., Weinmann, S., & Bechdorf, A. (2020). Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV). *Nervenheilkunde*, 39(11), 739-745. **Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden**

- Baumgardt, J., Schwarz, J., Bechdorf, A., Nikolaidis, K., Heinze, M., Hamann, J., Holzke, M., Längle, G., Richter, J., Brieger, P., Kilian, R., Timm, J., Hirschmeier, C., Von Peter, S., & Weinmann, S. (2021). Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKtiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 173. **open access Artikel:** <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03163-9>
- Klocke, L., Brieger, P., Ketisch, E., & Hamann, J. (2022). Stationsäquivalente Behandlung–Vergleich von Direktaufnahmen mit Überweisungen von psychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 49(02), 99-102. **Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden**
- Längle, G., Raschmann, S., Heinsch, A., Großmann, T., Fischer, L., Timm, J., Bechdorf, A., von Peter, S., Weinmann, S., Nikolaidis, K., Brieger, P., Hamann, J., Waldmann, T., Schwarz, J., Rout, S., Herwig, U., Richter, J., Hirschmeier, C., Baumgardt, J., & Holzke, M. (2023). Stößt die Behandlung zu Hause auf größere Zufriedenheit? Ergebnisse zur Zufriedenheit der an der Behandlung beteiligten Personengruppen im Rahmen der multizentrischen AKtiV-Studie [Does Inpatient Equivalent Home Treatment lead to higher satisfaction? Results on satisfaction of persons involved in treatment within the Multi-center AKtiV Study]. *Psychiatrische Praxis (EFirst)*. <https://doi.org/10.1055/a-2179-6983> **Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden**
- Nikolaidis, K., Weinmann, S., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., Waldmann, T., Fischer, L., Raschmann, S., Schwarz, J., Holzke, M., Rout, S., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Bechdorf, A. (2023). StäB oder Station? – Erste Ergebnisse zur Studienpopulation und zur Behandlung im Rahmen der multizentrischen AKtiV-Studie zur stationsäquivalenten Behandlung [IEHT or inpatient treatment? – First results of the multicenter AKtiV study on inpatient-equivalent home treatment regarding the study population and index treatment]. *Psychiatrische Praxis*, 50(08), 407-414. <https://doi.org/10.1055/a-2138-8920> **Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden**
- Weinmann, S.\*, Nikolaidis, K.\*, Längle, G., von Peter, S., Brieger, P., Timm, J., Fischer, L., Raschmann, S., Holzke, M., Schwarz, J., Klocke, L., Rout, S., Hirschmeier, C., Herwig, U., Richter, J., Kilian, R., Baumgardt, J., Hamann, J., & Bechdorf, A. (2023). Premature termination, satisfaction with care, and shared decision making during Home Treatment compared to inpatient treatment - a quasi-experimental trial. *European Psychiatry*, 1-28. (\*geteilte Erstautorenschaft) **open access Artikel:** <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2443>
- Lang, A., Klocke, L., Menzel, S., Ketisch, E., Brieger, P., Hamann, J., 2024. Wann funktioniert StäB (nicht)? Eine qualitative, multiperspektivische Erhebung zu Faktoren, die den Erfolg einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB) beeinträchtigen können. *Psychiatr Prax.* <https://doi.org/10.1055/a-2248-6280> **Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden**
- Schwarz, J., Scheunemann, K., Mundry, H., Kula, E., Randzio, N., Salzmann, M., Längle, G., Raschmann, S., Holzke, M., Brieger, P., Hamann, J., Hardt, O., Rout, S., Hirschmeier, C., Herwig, U., Senner, S., Richter, J., Timm, J., Kilian, R., Nikolaidis, K., Weinmann, S., Bechdorf, A., von Peter, S. Entwicklung eines vorläufigen Best Practice Modells für stationsäquivalente psychiatrische Behandlung aus Sicht von Nutzer\*innen: Konsensprozess mit partizipativen Anteilen. *Psychiatr Prax.* <https://doi.org/10.1055/a->

**2406-9128 Auf Anfrage bei den Autoren kann diese Publikation gerne zur Verfügung gestellt werden**

- Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., Killian, R., Fischer, L., Raschmann, S., Schwarz, J., Holzke, M., Rout, S., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2024). Utilization of Psychiatric Hospital Services Following Intensive Home Treatment: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11): e2445042. **open access Artikel** doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.45042
- Brieger, P., Klocke, L., Bechdorf, A., von Peter, S., Längle, G., Holzke, M., Nikolaidis, K., Kilian, R., Timm, J., Schwarz, J., Sandeep, R., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., Weinmann, S., Fischer, L., & Hamann, J. (2024). Ein Vergleich von Direktaufnahmen mit Verlegungen von psychiatrischen Stationen im Rahmen von Stationsäquivalenter Behandlung (StäB). *Psychiatrische Praxis* **open access Artikel** doi: 10.1055/a-2477-3639

Geplante Veröffentlichungen

- Holzke, M., Heinsch, A., Großmann, T., Raschmann, S., Fischer, L., Timm, J., Bechdorf, A., von Peter, S., Weinmann, S., Nikolaidis, K., Brieger, P., Hamann, J., Waldmann, T., Schwarz, J., Sandeep, R., Herwig, U., Richter, J., Hirschmeier, C., Baumgardt, J., Längle, G. (2025). Empfehlungen zur Implementierung der stationsäquivalenten Behandlung aus Expert:innensicht – Ergebnisse der AKtiV-Studie. Einreichung bei *Psychiatrische Praxis*
- Holzke, M., Heinsch, A., Großmann, T., Raschmann, S., Fischer, L., Timm, J., Bechdorf, A., von Peter, S., Weinmann, S., Nikolaidis, K., Brieger, P., Hamann, J., Waldmann, T., Schwarz, J., Sandeep, R., Herwig, U., Richter, J., Hirschmeier, C., Baumgardt, J., Längle, G. (2025). Process evaluation of a complex intervention in the healthcare system using the example of inpatient equivalent treatment: a mixed-methods study. Einreichung geplant bei *International Journal of Nursing Studies*
- Kula, E., Salzmann, M., Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., Killian, R., Fischer, L., Raschmann, S., Holzke, M., Rout, S., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2025). How carers experience intensive psychiatric home treatment and the role they play in it: a qualitative multi-method study. Einreichung geplant bei *Qualitative Health Research*
- Ranzio, N., Salzmann, M., Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., Killian, R., Fischer, L., Raschmann, S., Holzke, M., Rout, S., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2025). Sozialleistungsträger- und sektorenübergreifende Kooperation in der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung – Qualitative Prozessevaluation. Einreichung geplant bei *Das Gesundheitswesen*
- Salzmann, M., Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., Killian, R., Fischer, L., Raschmann, S., Holzke, M., Rout, S., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2025). On proximity and distance in intensive mental health home treatment: a qualitative, multi-method study with service users and staff. Einreichung geplant bei *Frontiers in Psychiatry*
- Schwarz, J., Bechdorf, A., Nikolaidis, K., von Peter, S., Längle, G., Brieger, P., Timm, J., Killian, R., Fischer, L., Raschmann, S., Holzke, M., Rout, S., Hirschmeier, C., Hamann, J., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2025). How service users experience inpatient equivalent psychiatric home treatment and what they expect

from it: qualitative process evaluation study with participatory features. Einreichung geplant bei *BMC Psychiatry*

- Weinmann, S., Nikolaidis, K., Längle, G., von Peter, S., Brieger, P., Timm, J., Fischer, L., Raschmann, S., Holzke, M., Schwarz, J., Baumgardt, J., & Bechdorf, A. (2025). Predictors of Psychiatric Home Treatment Effectiveness: Secondary Analysis of a Quasi-Experimental Study. Einreichung geplant bei *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*
- Ziegenhagen, J., Göppert, L., Glück, r.K, von Peter, S. 2025. Sicherheitsrelevante Merkmale der stationsäquivalenten Behandlung – eine Untersuchung aus der Perspektive von Nutzer\*innen. Vorbereitung zum Druck bei Psychiatr Praxis.

#### Erfolgte Kongressbeiträge

- Weinmann, S., et al. (2019, 4. März). Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV-Studie): Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach §115d SGB V – eine Proof-of-Concept-Studie. Präsentation auf dem 25. Sozialpsychiatrietreffen, Berlin, Deutschland.
- Bechdorf, A. (2021, 26. November). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit einer vollstationären Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie. Präsentation auf dem 21. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Schwarz, J., Ziegenhagen, J., von Peter, S. et al. (2021, 26. November). Qualitative Outcome-Evaluation aus Sicht von Nutzerinnen, Angehörigen und Mitarbeitenden.\* Präsentation auf dem 21. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Längle, G., Raschmann, S. (2022, 25. November). Analyse von StäB-Routinedaten sowie erster Überblick der Behandlungszufriedenheit der Patient:innen und der Zugangswege in die stationsäquivalente Behandlung. Präsentation auf dem 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Schwarz, J., Ziegenhagen, J., von Peter, S. et al. (2022, 25. November). Qualitativ-kollaborative Evaluation der Stationsäquivalenten Behandlung aus Sicht von Nutzer:innen, Angehörigen und Mitarbeitenden. Präsentation auf dem 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Bechdorf, A., et al. (2022, 25. November). Beschreibung der Studienpopulation und Evaluierung von Prädiktoren für Behandlungsabbrüche von stationsäquivalent behandelten im Vergleich zu stationär behandelten Nutzer:innen. Präsentation auf dem 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Längle, G. (2022, 20. Oktober). Wege des Erkenntnisgewinnes nach gesetzlich verordneter Innovation: das Beispiel StäB. In: Forschung im Verbund – ein Modell auch für Bayern? Forschungs- und Fortbildungskongress der Fachkliniken der bayrischen Bezirke 20./21.10.2022, Irrsee, Deutschland.
- Baumgardt, J., et al. (2022, 6. Oktober). Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV) – eine naturalistische multizentrische kontrollierte Studie zur Evaluierung stationsäquivalenter

psychiatrischer Behandlung in Deutschland. Präsentation auf dem 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, Deutschland.

- Bechdorf, A. (2023, 1. Dezember). AKtiV-Studie: 12-Monats-Follow-Up – quantitative Ergebnisse zu klinischer Wirksamkeit von stationsäquivalenter Behandlung im Vergleich zu stationärer Behandlung. Präsentation auf dem 23. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Holzke, M. (2023, 1. Dezember). Evaluation organisatorischer und struktureller Aspekte der StäB – eine Analyse von Zuweisungsverhalten, Organisationsformen und behandlungsrelevanten Aspekten stationsäquivalenter Behandlung. Präsentation auf dem 23. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Längle, G. (2023, 1. Dezember). Für alle dasselbe oder zielgruppenspezifische stationsäquivalente Behandlung – was ist möglich, was ist sinnvoll? Präsentation auf dem 23. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Schwarz, J., Ziegenhagen, J., von Peter, S. et al. (2023, 1. Dezember). Qualitativ-partizipative Evaluation der stationsäquivalenten Behandlung aus Sicht von Nutzenden, Angehörigen und Mitarbeitenden. Präsentation auf dem 23. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin, Deutschland.
- Nikolaidis, K., Weinmann, S., Bechdorf, A. (2023, 21. September). AKtiV-Study: 12-month follow-up quantitative results on the clinical effectiveness of inpatient-equivalent treatment compared to inpatient. Präsentation auf der 6th European Conference on Integrated Care and Assertive Outreach, Leuven-Berlin, Belgien/Deutschland.
- Schwarz, J., Scheunemann, K., von Peter, S. et al. (2023, 21. September). Developing a model of best practice for intensive home treatment from a service user perspective: participatory consensus approach. Präsentation auf der 7th European Conference on Integrated Care and Assertive Outreach, Leuven, Belgien.
- Holzke, M. et al. (2023, 14. September). StäB – Evaluation aus unterschiedlichen Perspektiven. Präsentation auf dem Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Bielefeld, Deutschland.
- Längle, G. (2023, 9. März). StäB als Bestandteil eines SGB übergreifenden Ansatzes der Behandlung bei schwer psychisch Kranken. Präsentation auf der Internationalen Tagung sozialpsychiatrischer Forschung, Weimar, Deutschland.
- Weinmann, S., et al. (2023, 9. März). Erste Ergebnisse der AKtiV-Studie – einer multizentrischen, quasi-experimentellen, kontrollierten Studie zur Evaluation stationsäquivalenter Behandlung (StäB) vs. stationärer Behandlung in Deutschland. Präsentation auf dem 27. Sozialpsychiatrietreffen, Berlin, Deutschland.
- Längle G. (2023, 1. Februar). StäB – Was wissen wir? Präsentation auf der Interdisziplinären Fortbildung, Ravensburg, Deutschland.
- Nikolaidis, K., et al. (2024, 23. Februar). AKtiV-Studie: 12-Monats-Follow-Up – quantitative Ergebnisse zu klinischer Wirksamkeit von stationsäquivalenter Behandlung im Vergleich zu stationärer Behandlung. Präsentation auf dem 5. Charité-Versorgungsforschungskongress, Berlin, Deutschland.
- Bechdorf, A. (2024, 13. März). AKtiV-Studie: 12-Monats-Follow-Up – quantitative Ergebnisse zu klinischer Wirksamkeit von stationsäquivalenter Behandlung im

Vergleich zu stationärer Behandlung. Präsentation auf dem 28. Sozialpsychiatrie-Treffen, Bergün, Schweiz.

- Bechdorf, et. al (2024, 13. September). Does Intensive Home Treatment Reduce Utilization of Psychiatric Hospital Services? A Multi-Center Quasi-Experimental Cohort Study from Germany. Vortrag eingereicht zur Präsentation auf dem 21. Biennial Congress der Section Epidemiology & Social Psychiatry der European Psychiatric Association vom 11. Bis zum 14. September in Lausanne, Schweiz.
- Schwarz, J., Mundry, H., & von Peter, S. (2024, 29. November). Stärkere Individualisierung und Nutzer\*innenorientierung der StäB durch Einbezug digitaler Technologien? Vortrag eingereicht zur Präsentation auf dem Kongress "Psychische Gesundheit in Krisenzeiten" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 27. bis zum 30. November 2024 in Berlin
- Weinmann, S., Nikolaidis, K., & Bechdorf, A. (2024, 29. November). StäB wirkt, aber wer profitiert am meisten: Gibt es eine Differentialindikation? Vortrag eingereicht zur Präsentation auf dem Kongress "Psychische Gesundheit in Krisenzeiten" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vom 27. bis zum 30. November 2024 in Berlin

#### Erfolgte Öffentlichkeitsveranstaltungen

- "Krankenhausbehandlung zu Hause und die Zukunft der psychiatrischen Versorgung in Deutschland" Eine Abschlussveranstaltung des Forschungskonsortiums der AKtiV-Studie. Geplant für den 16.05.2024, online über MS Teams; **Auf Anfrage kann die Aufzeichnung der Veranstaltung gerne zur Verfügung gestellt werden.**
- „Präsentation der Ergebnisse der AKtiV Studie für Praktizierende“. Eine Abschlussveranstaltung des Forschungskonsortiums der AKtiV-Studie. Geplant für den 14.06.2024, online über ZOOM; **Auf Anfrage kann die Aufzeichnung der Veranstaltung gerne zur Verfügung gestellt werden.**
- „Präsentation der Ergebnisse der AKtiV Studie für NU und ANG“. Eine Abschlussveranstaltung des Forschungskonsortiums der AKtiV-Studie. Geplant für den 14.06.2024, online über ZOOM; **Auf Anfrage kann die Aufzeichnung der Veranstaltung gerne zur Verfügung gestellt werden.**

## 10. Literaturverzeichnis

Adamczyk, L. (2020). *A Collaborative Investigation of the Experiences of Elders Using an Older Adult Home Treatment Team: From Understanding to Action* University of East London].

Andreas, S., Harfst, T., Dirmaier, J., Kowski, S., Koch, U., & Schulz, H. (2007). A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology*, 40(2), 116-125. <https://doi.org/10.1159/000098492>

Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, A., LIPPs) mit Unterstützung der DGPPN. (2020). *Rahmenkonzept für eine ambulant-intensive Komplexbehandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen AMBI.*

<https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/68270af4696a1bc0fdd803bcde22eb7fa7c39356/Konzept%20AMBI%20Stand%2015.04.2020-final.pdf>

- Augurzky, B., Bschor, T., Busse, R., Dötsch, J., Evans, M., Felix, D., Gürkan, I., Haeske-Seeberg, H., Hasseler, M., Huster, S., Karagiannidis, C., Kingreen, T., Kroemer, H., Münkler, L., Schmitt, J., Somasundaram, R., & Sundmacher, L. (2023). *Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.* [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Stellungnahme\\_8\\_Psych-Faecher.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf)
- Baumgardt, J., Schwarz, J., von Peter, S., Holzke, M., Längle, G., Brieger, P., Kilian, R., Timm, J., Heinze, M., Weinmann, S., & Bechdorf, A. (2020). Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV). *Nervenheilkunde*, 39(11), 739-745.
- Bechdorf, A. (2023, 01.12.2023). *AKtiV-Studie: 12-Monats-Follow-Up – quantitative Ergebnisse zu klinischer Wirksamkeit von stationsäquivalenter Behandlung im Vergleich zu stationärer Behandlung* 23 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Berlin.
- Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Nikolaidis, K., Kleinschmidt, M., Weinmann, S., & Baumgardt, J. (2022). Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz—eine systematische Übersichtsarbeit. *Der Nervenarzt*, 93(5), 488-498.
- Berhe, T., Puschner, B., Kilian, R., & Becker, T. (2005). „Home treatment“ für psychische Erkrankungen. *Nervenarzt*, 76, 822-831. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1865-6>
- Bernert, S., Kilian, R., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C., & Angermeyer, M. C. (2001). Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen - Die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ-EU) -. *Psychiatrische Praxis*, 28, 97-101. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17792>
- Boyens, J., Hamann, J., Ketisch, E., & Brieger, P. (2021). Vom Reißbrett in die Praxis—Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München? *Psychiatrische Praxis*, 48(05), 269-272.
- Brieger, P., Klocke, L., Bechdorf, A., von Peter, S., Längle, G., Holzke, M., Nikolaidis, K., Kilian, R., Timm, J., Weinmann, S., Waldmann, T., zur Verth, J., Raschmann, S., Schwarz, J., Rout, S., Hirschmeier, C., Herwig, U., Richter, J., Baumgardt, J., & Hamann, J. (2024). Ein Vergleich von Direktaufnahmen mit Verlegungen von psychiatrischen Stationen im Rahmen von Stationsäquivalenter Behandlung (StäB) [A comparison of direct admissions to inpatient-equivalent home treatment with transfers from psychiatric wards]. *Psychiatrische Praxis*(EFirst). <https://doi.org/10.1055/a-2477-3639>
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), 2986-2997 2986 (2016).
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H.-J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P., & Pohrt, A. (2019). The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10(4), 482-503. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>

- Carpenter, R. A., & Tracy, D. K. (2015). Home treatment teams: what should they do? A qualitative study of patient opinions. *Journal of Mental Health, 24*(2), 98-102.
- Cavelti, M., Wirtz, M., Corrigan, P., & Vauth, R. (2017). Recovery assessment scale: examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry, 41*(1), 60-67.
- Cornelis, J., Barakat, A., Blankers, M., Peen, J., Lommerse, N., Eikelenboom, M., Zoeteman, J., Van, H., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2022). The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry, 9*(8), 625-635.
- DGPPN. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Springer.
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology, 67*(4), 401-409. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V vom 01.08.2017, (2017). [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/stationsaequiv\\_psych\\_behandlung/st\\_aequ\\_beh.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/stationsaequiv_psych_behandlung/st_aequ_beh.jsp)
- GKV-Spitzenverband, Verbände der Privaten Krankenversicherung, & Krankenhausgesellschaft, D. (2021). *Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V vom 23.12.21*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH\\_Psych\\_StaeB\\_Bericht\\_23.12.2021.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Psych_StaeB_Bericht_23.12.2021.pdf)
- Glick, H. A., Doshi, J. A., Sonnad, S. S., & Polsky, D. (2014). *Economic Evaluation in Clinical Trials*. Oxford University Press.
- Goldsack, S., Reet, M., Lapsley, H., & Gingell, M. (2005). Experiencing a recovery-oriented acute mental health service: home based treatment from the perspectives of service users, their families and mental health professionals. *Mental Health Commission, New Zealand*.
- Gottlob, M., Holzke, M., Raschmann, S., Bechdorf, A., Borbé, R., Brieger, P., Driessen, M., Horter, H., Weinmann, S., & Längle, G. (2022). Stationsäquivalente Behandlung—Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und-abteilungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis, 49*(04), 188-197.
- Götz, E. (2020). *Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im städtischen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie (Dissertation in Ausarbeitung)* [Dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen].

- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2019). *S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag.
- Hasselberg, N., Klevan, T. G., Weimand, B., Uverud, G.-M., Holgersen, K. H., Siqveland, J., & Ruud, T. (2022). Similarities and differences between service users' and carers' experiences of crisis resolution teams in Norway: a survey. *BMC Psychiatry*, 22(1), 266.
- Heinsch, A. (2020). *Evaluation der Implementierungs- und Behandlungsprozesse der stationsäquivalenten Behandlung am ZfP Südwestfalen und der PP.rt Reutlingen (Masterarbeit in Ausarbeitung)* [Master Thesis,
- Hirschek D. (2020). *Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung im ländlichen Raum, Pilotstudie zur Implementierung einer neuen Versorgungsform in der Psychiatrie (Dissertation in Ausarbeitung)* [Dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen].
- Hoch, J. S., & Blume, J. D. (2008). Measuring and illustrating statistical evidence in a cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics*, 27(2), 476-495.
- Hoch, J. S., Briggs, A. H., & Willan, A. R. (2002). Something old, something new, something borrowed, something blue: a framework for the marriage of health econometrics and cost-effectiveness analysis. *Health Economics*, 11(5), 415-430. <https://doi.org/10.1002/hec.678>
- Hopkins, C., & Niemiec, S. (2007). Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(3), 310-318.
- Hubbeling, D., & Bertram, R. (2014). Hope, happiness and home treatment: a study into patient satisfaction with being treated at home. *The Psychiatric Bulletin*, 38(6), 265-269.
- Jahn, I., Meixensberger, C., Herzog, T., & Stengler, K. (2022). Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung für Patienten mit schweren Zwangserkrankungen in Zeiten von COVID-19—ein Fallbericht. *Psychiatrische Praxis*, 49(02), 107-110.
- Jahrbuch, S. (2019). Kapitel 4 Gesundheit. *Statistisches Bundesamt*.
- Kalucy, R., Thomas, L., Lia, B., Slattery, T., & Norris, D. (2004). Managing increased demand for mental health services in a public hospital emergency department: A trial of 'Hospital-in-the-Home' for mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 275-281.
- Khalifeh, H., Murgatroyd, C., Freeman, M., Johnson, S., & Killaspy, H. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study. *Psychiatric Services*, 60(5), 634-639.
- Klevan, T., Karlsson, B., & Ruud, T. (2017). "At the extremities of life"—Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 87-105.
- Klocke, L., Brieger, P., Ketisch, E., & Hamann, J. (2022). Stationsäquivalente Behandlung—Vergleich von Direktaufnahmen mit Überweisungen von psychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 49(02), 99-102.

- Koch-Stoecker, S., Driessen, M., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Pollmächer, T. (2016). Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 43(03), 129-130.
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., & Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 94-99.
- Lang, A., Klocke, L., Menzel, S., Ketisch, E., Brieger, P., & Hamann, J. (2024). Wann funktioniert StäB (nicht)? Eine qualitative, multiperspektivische Erhebung zu Faktoren, die den Erfolg einer stationsäquivalenten Behandlung (StäB) beeinträchtigen können [When does StäB (not) Work? A Qualitative, Multi-Perspective Survey on Factors that can Affect the Outcome of Inpatient-Equivalent Home Treatment (IEHT)]. *Psychiatrische Praxis*(EFirst). <https://doi.org/10.1055/a-2248-6280>
- Längle, G., Holzke, M., Gottlob, M., & Raschmann, S. (2021). *Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)*. Kohlhammer Verlag.
- Längle, G., Raschmann, S., Heinsch, A., Großmann, T., Fischer, L., Timm, J., Bechdorf, A., von Peter, S., Weinmann, S., & Nikolaidis, K. (2023). Stößt die Behandlung zu Hause auf größere Zufriedenheit? Ergebnisse zur Zufriedenheit der an der Behandlung beteiligten Personengruppen im Rahmen der multizentrischen AKtiV-Studie. *Psychiatrische Praxis*.
- Längle, G., Rauch, L., & Raschmann, S. (2023). *Implementierungsübersicht zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)*.
- Leidl, R., & Reitmeir, P. (2017). An Experience-Based Value Set for the EQ-5D-5L in Germany. *Value in Health*, 20(8), 1150-1156. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.04.019>
- Lincke, H.-J., Vomstein, M., Lindner, A., Nolle, I., Häberle, N., Haug, A., & Nübling, M. (2021). COPSOQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00331-1>
- Little, R. J., & Rubin, D. B. (2019). *Statistical analysis with missing data* (Vol. 793). John Wiley & Sons.
- Lloyd-Evans, B., Bond, G. R., Ruud, T., Ivanicka, A., Gray, R., Osborn, D., Nolan, F., Henderson, C., Mason, O., & Goater, N. (2016). Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-12.
- Lloyd-Evans, B., Bond, G. R., Ruud, T., Ivanicka, A., Gray, R., Osborn, D., Nolan, F., Henderson, C., Mason, O., Goater, N., Kelly, K., Ambler, G., Morant, N., Onyett, S., Lamb, D., Fahmy, S., Brown, E., Paterson, B., Sweeney, A., . . . Johnson, S. (2016). Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry*, 16(1), 427. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1139-4>
- Lloyd-Evans, B., Osborn, D., Marston, L., Lamb, D., Ambler, G., Hunter, R., Mason, O., Sullivan, S., Henderson, C., Onyett, S., Johnston, E., Morant, N., Nolan, F., Kelly, K., Christoforou, M., Fullarton, K., Forsyth, R., Davidson, M., Piotrowski, J., . . . Johnson, S. (2020). The CORE service improvement programme for mental health crisis resolution teams: results from a cluster-randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 216(6), 314-322. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.21>

- Marseille, E., Larson, B., Kazi, D. S., Kahn, J. G., & Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(2), 118-124. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.138206>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Beltz.
- Mey, G., & Mruck, K. (2010). Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 614-626). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8\\_43](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_43)
- Middleton, H., Shaw, R., Collier, R., Purser, A., & Ferguson, B. (2011). The dodo bird verdict and the elephant in the room: A service user-led investigation of crisis resolution and home treatment. *Health Sociology Review*, 20(2), 147-156.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ : British Medical Journal*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Morant, N., Lloyd-Evans, B., Lamb, D., Fullarton, K., Brown, E., Paterson, B., Istead, H., Kelly, K., Hindle, D., & Fahmy, S. (2017). Crisis resolution and home treatment: stakeholders’ views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry*, 17, 1-13.
- Mötteli, S., Schori, D., Menekse, J., Jäger, M., & Vetter, S. (2022). Patients’ experiences and satisfaction with home treatment for acute mental illness: a mixed-methods retrospective study. *Journal of Mental Health*, 31(6), 757-764.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 27(3), 387-411. <https://doi.org/10.1177/0145445503027003007>
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In T. C. Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (pp. CD001087.pub001084). John Wiley & Sons, Ltd.
- Nelson, L. J., Miller, P. K., & Ashman, D. (2016). ‘Dale’: an interpretative phenomenological analysis of a service user's experience with a crisis resolution/home treatment team in the United Kingdom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 438-448.
- NICE. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: prevention and management [CG178]*. National Institute for Health and Care Excellence (UK).
- Nikolaidis, K., Weinmann, S., & Bechdorf, A. (2023, 21th of September). *AKtiV Study: 12-month follow-up quantitative results on the clinical effectiveness of inpatient-equivalent treatment compared to inpatient* [[Powerpoint slides]]. 6th Conference on Assertive Outreach 2023?, Leuven, Belgium.
- OIPEP. (2009). *Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)*. Property of the Office of Inter-professional Education and Practice.
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W. H., & Döbler, K. (2008). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care*, 101(10), 683-688. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.11.003>

- Rhodes, P., & Giles, S. J. (2014). "Risky Business": a critical analysis of the role of crisis resolution and home treatment teams. *Journal of Mental Health, 23*(3), 130-134.
- Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten -. *Psychiatrische Praxis, 28*, 84-90. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17790>
- Rubio, L., Lever Taylor, B., Morant, N., & Johnson, S. (2021). Experiences of intensive home treatment for a mental health crisis during the perinatal period: a UK qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(1), 208-218.
- Salize, H. J., & Kilian, R. (2010). *Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie: Konzepte, Methoden, Analysen*. Kohlhammer.
- Schaub, D., & Juckel, G. (2011). PSP-Skala – Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale. *Nervenarzt, 82*(9), 1178-1184. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3204-4>
- Schliebener, G., & Trautmann, C. (2018). Home Treatment: Eine Einschätzung aus Angehörigen-Sicht. In D. U. Schneider (Ed.), *Home Treatment – Gemeinsam Handeln* (pp. 26-27). Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
- Schmid, R., Spießl, H., & Cording, C. (2005). Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis, 32*(06), 272-280.
- Schwarz, J., Schmid, C., Neumann, A., Pfennig, A., Soltmann, B., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). Implementierung eines globalen Behandlungsbudgets in der Psychiatrie – Welche Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen gibt es? [Implementing a Global Treatment Budget for Psychiatric Hospital Services – What are Incentives, Requirements, and Challenges?]. *Psychiatrische Praxis, 49*(02), 71-79. <https://doi.org/10.1055/a-1421-3283>
- Schwarz, J., Stöckigt, B., Berghöfer, A., von Peter, S., & Brückner, B. (2019). Rechtskreisübergreifende Kooperation in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum. *Psychiatrische Praxis, 46*(04), 200-205.
- Schwarz, J., Zeipert, M., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Rehr, B., Timm, J., Heinze, M., & von Peter, S. (2020). Implementierungsstand und Erfahrungen der stakeholder mit der Zuhause-Behandlung in psychiatrischen Modellvorhaben (nach § 64b SGB V)–Eine mixed-methods Untersuchung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 70*(02), 65-71.
- Software, V. (2022). MAXQDA 2022 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. In: Available from maxqda.com.
- Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., Kawohl, W., Grosse Holtforth, M., Schnyder, U., & Hepp, U. (2020). Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 216*(6), 323-330.
- SVR. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018*. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf).

- Torrey, W. C., Lynde, D. W., & Gorman, P. (2005). Promoting the implementation of practices that are supported by research: The National Implementing Evidence-Based Practice Project. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(2), 297-306.
- Von Peter, S., Bergström, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M. S., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J., & Heumann, K. (2021). Dialogue as a response to the Psychiatrization of society? Potentials of the open dialogue approach. *Frontiers in Sociology*, 6, 806437.
- von Peter, S., & Schwarz, J. (2019). Der Einsatz von Forschungstagebüchern am Beispiel der Evaluation eines Modellprojekts. In K. S., K. R., & L. H. (Eds.), *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Eine Einführung in Methodik und Praxis*. (pp. 246–257). Psychiatrie Verlag.
- Weinmann, S., Spiegel, J., Baumgardt, J., Bühling-Schindowski, F., Pfeiffer, J., Kleinschmidt, M., & Bechdorf, A. (2022). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) im Vergleich mit vollstationärer Behandlung: 12-Monats-Follow-up einer gematchten Kohortenstudie. *Psychiatrische Praxis*, 49(08), 405-410.
- Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., & Claxton, K. (2016). Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. *Value in Health*, 19(8), 929-935. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017>
- Wyder, L., Fawcett, C., Hepp, U., & Stulz, N. (2018). How does Home Treatment Work out in Practice? A Qualitative Study Among Patients, Relatives, and Staff. *Psychiatrische Praxis*, 45(8), 405-411.

## 11. Anhang

### Anhang 1: Projekt und Kooperationspartner

- **Tabelle 1:** Beteiligte Projektpartner
- **Tabelle 2:** Beteiligte Kooperationspartner/ Studienzentren

### Anhang 2: Ergebnisse zur Qualitativen Evaluation bei Nutzer:innen, Angehörigen und Versorgungsakteuren

- **Tabelle 1:** Demografische Merkmale und Merkmale der Dienstleistungsnutzung der befragten Dienstleistungsnutzer (n=55; Datenjahr: 2022)
- **Tabelle 2:** Übersicht über die Ober- und Unterkategorien des Code-Systems
- **Tabelle 3:** Zusammengefasste Darstellung der vorläufig abgeleiteten Empfehlungen für die Implementierung und Prozessabläufe der StäB

## 12. Anlagen

- Anlage 1: Statistischer Analyseplan
- Anlage 2: Strukturfragebogen
- Anlage 3: Fragebogen „Zufriedenheitsbefragung MA
- Anlage 4: Zufriedenheitsbefragung NU

- Anlage 5: Interviewleitfaden zum Erleben der StäB aus Sicht von Nutzenden (Teilmodul B1.1)
- Anlage 6: Arbeitsanweisung für Forschungstagebücher (Teilmodul B1.3)
- Anlage 7: Interviewleitfaden zu den Erfahrungen von und der Rolle der Angehörigen in der StäB (Teilmodul B1.4)
- Anlage 8: Interviewleitfaden "Umsetzungserfahrungen mit der StäB-Delegation" (Teilmodul B2)
- Anlage 9: Auszug aus dem CRF „6. Weitere Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung –Interview
- Anlage 10: Interviewleitfaden: Vergleich der Zugangswege und Analyse der Aufnahmesteuerung durch Experteninterviews in den Zentren der AKtiV-Studie
- Anlage 11: Einfluss der Instabilität des Verlaufs auf die Wiederaufnahmerate (Auszug aus dem statistischen Kurzbericht der Full-Case Auswertung FU12 Version 2.0 vom 18.07.2023 des Kompetenzzentrums Klinischer Studien Bremen)
- Anlage 12: Zusammenhang der Behandlungsart und der Angehörigenbelastung (Auszug aus dem statistischen Kurzbericht der Full-Case Auswertung FU12 Version 2.0 vom 18.07.2023 des Kompetenzzentrums Klinischer Studien Bremen)
- Anlage 13 Übersicht der Gesamtbehandlungsdauer der Indexbehandlung sowie dertäglichen Behandlungsdauer für die einzelnen Berufsgruppen (Zusammengefasst aus dem statistischen Kurzbericht Baselinedaten Modul C Version 5.0 vom 06.12.2022)