



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene

Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und
„Freiheitsbeschränkende Massnahmen“

01.10.2018 / Version 5.6

Inhalt

Einführung	3
1 Überblick Messdesign (was wird gemessen?).....	3
2 Erfassungszeitpunkte	4
2.1 Messung bei Eintritt	5
2.2 Messung bei Austritt.....	6
2.3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	6
3 Erfassungsinstrumente	6
3.1 Fremdbeurteilung mittels HoNOS.....	6
3.2 Selbstbeurteilung mittels BSCL	11
3.3 Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM)	13
3.4 BFS-Daten	17
3.5 Umgang mit fehlenden Werten.....	17
3.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung	18
4 Datenqualität.....	18
4.1 Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung	18
4.2 Benchmark Datenrücklaufquote.....	18
4.3 Schulungen für die Erfassung.....	19
4.4 Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut	19
4.5 Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende	19
5 Datenlieferung	19
6 Auswertung und Nationaler Vergleichsbericht.....	20
7 Datenschutz	20

Abbildungen

Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Psychiatrie ANQ.....	4
---	---

Tabellen

Tabelle 1: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOS bei Austritt	7
Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen beim BSCL	12
Tabelle 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM).....	14
Tabelle 4: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte EFM.....	16

Einführung

Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Psychiatrie

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die psychiatrischen Kliniken, Qualitätsmessungen durchzuführen. Auf dieser Grundlage werden vom ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – nationale Qualitätsmessungen festgelegt und eingeführt. Die Qualitätsmessungen in der stationären Psychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept des ANQ und stellen einen Konsens seitens der Spitäler (Spitalverband H+ sowie Psychiatrie-Verbände) und der Finanzierer (Kantone, Versicherer) dar.

An wen richtet sich dieses Manual?

Das vorliegende Manual richtet sich an Personen, welche im Rahmen des Behandlungsprozesses die ANQ-Qualitätsmessungen vornehmen (Fremdbeurteilung), sowie an Personen, welche die Patientinnen und Patienten informieren, motivieren und sie beim Ausfüllen qualitätsbezogener Fragebogen unterstützen (Selbstbeurteilung). Es ist kurz gehalten, um einen raschen Überblick zu gewährleisten. Weiterführende Informationen befinden sich auf dem ANQ [Webportal](#) unter der Rubrik „Psychiatrie“.

1 Überblick Messdesign (was wird gemessen?)

Die Messvorgaben gelten für alle Patientinnen und Patienten aller Bereiche der stationären Erwachsenenpsychiatrie¹. Psychiatrische Kliniken sind Einrichtungen, welche in der Typologie des Bundesamtes für Statistik unter die Kategorien K211 oder K212 fallen. Kliniken, respektive räumlich und organisatorisch abgegrenzte stationäre Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nehmen an einer separaten Messung teil.

Ergänzend zu den Erhebungen der Minimal- und Psychiatriezusatzdaten gemäss den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik wird für die Qualitätsmessung bei Ein- und Austritt je eine Fremd- und Selbstbeurteilung der Symptombelastung vorgenommen. Allfällige Freiheitsbeschränkende Massnahmen müssen während der gesamten Hospitalisationsdauer kontinuierlich erfasst werden.

¹ Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden hinsichtlich der Messungen wie Erwachsene gehandhabt und gemäss der in diesem Manual beschriebenen Methodik erfasst. In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden separate Messungen durchgeführt.

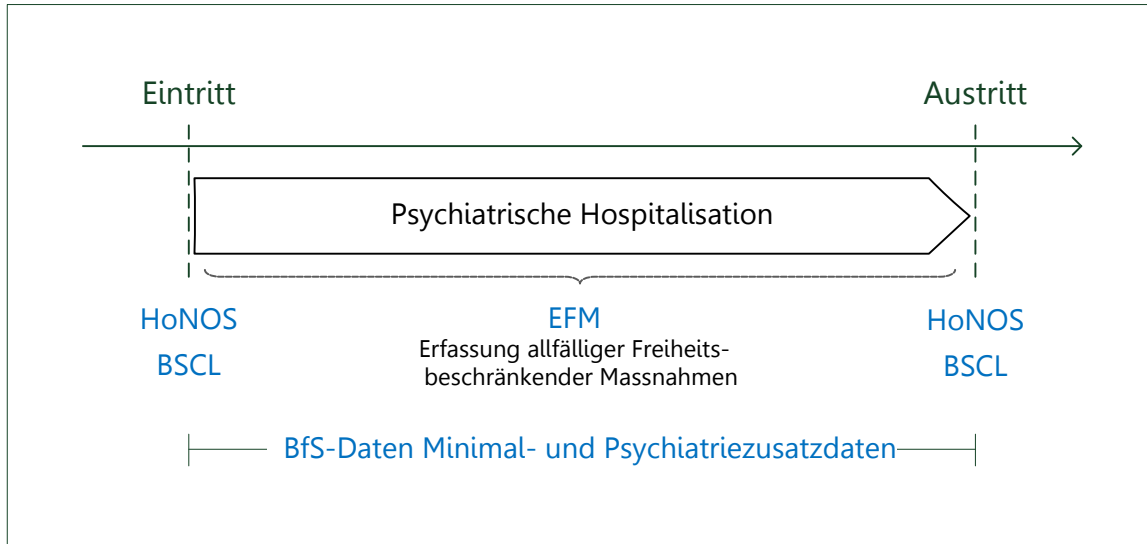


Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Psychiatrie ANQ

Zusätzlich wird in den Kliniken bei Austritt die „Patientenzufriedenheit“ erhoben. Für weitere Informationen wird auf das vom ANQ ausgearbeitete [Konzept](#) und dem vom Befragungsinstitut Mecon measure & consult GmbH herausgegebenen Manual zu den Patientenzufriedenheitsmessungen verwiesen.

2 Erfassungszeitpunkte

Die Routine-Erfassungen bei Ein- und Austritt (HoNOS, BSCL) erfolgen grundsätzlich **möglichst zeitnah** beim effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt, spätestens aber 3 Tage nach Eintritt beziehungsweise frühestens 3 Tage vor Austritt. 1 Tag entspricht 24 Stunden. Somit muss die Eintrittsmessung innerhalb von 72 Stunden ab Eintrittszeitpunkt erfolgen. Die Erhebung erfolgt dabei idealerweise möglichst früh und möglichst zusammen mit dem Eintrittsgespräch.

Die Beurteilung (sowohl die Fremd- als auch die Selbstbeurteilung) **erfolgt immer im Hinblick auf die letzten 7 Tage vor dem Messzeitpunkt (Beurteilungszeitraum).**

Bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung wird keine erneute Messung gemacht. Auch bei einem Urlaub wird keine Aus-/Eintrittsmessung gemacht. Wird hingegen eine Abwesenheit von der Klinik als Behandlungsende und -neubeginn gehandhabt, so sind Aus-/ und Eintrittsmessungen wie beschrieben vorzunehmen.

Bei einem rein administrativen Fallwechsel (z.B. aufgrund eines Wechsels des Kostenträgers) wird keine Aus-/ Eintrittsmessung durchgeführt. Administrative Fälle werden auch für die Datenlieferung an das Bundesamt für Statistik durch die Kliniken zu Behandlungsfällen zusammengeführt. Pro Behandlungsfall sind jeweils eine Messung mit HoNOS und BSCL bei Behandlungsbeginn und eine bei Behandlungsabschluss erforderlich. **Ab dem 01.01.2018 gelten die Vorgaben zur Fallzusammenführung unter TARPSY.**

Entlang diesen Regelungen werden verschiedene Aufenthalte zu einem Fall zusammengefasst². Dies beinhaltet u.a. auch die Fallzusammenlegung innerhalb von 18 Tagen nach Austritt.

2.1 Messung bei Eintritt

Bei der Eintrittsmessung wird der Status des Patienten, der Patientin im Zeitraum der letzten 7 Tage erfasst. Das bedeutet, dass auch die Tage vor dem Eintritt berücksichtigt werden. Hierbei soll jeweils die schwerste Ausprägung im Beurteilungszeitraum markiert werden (also keine Art von Durchschnitt in dieser Zeit). Die Fremd- und Selbstbeurteilung erfolgen zeitnah zum Eintritt, **möglichst im Anschluss an das Erstgespräch mit der fallführenden Behandlerin / dem fallführenden Behandler**, spätestens jedoch innerhalb von 3 Tagen nach Eintritt.

Die ANQ-Messungen sind bei allen Patientinnen und Patienten durchzuführen, auch wenn sie sich voraussichtlich weniger als sieben Tage in der Klinik aufhalten werden. Dies aus folgenden Gründen:

- Die im HoNOS gestellten Fragestellungen sind fachlich auch für Kurzaufenthalte relevant, auch die sozialpsychiatrischen Themen.
- Die Sichtweise des Patienten, der Patientin ist auch bei Kurzaufenthalten relevant, weshalb auch der BSCL zu erheben ist. Für Ein- und Austritt bestehen nicht beeinflussbare, legitime Drop-out Gründe welche als solche deklariert werden können sowie beeinflussbare (nicht legitime) Drop-out Gründe:
 - *Nicht beeinflussbare Drop Out Gründe:*
Austritt innerhalb von 7 Tagen (nur bei Austritt), Austritt innerhalb von 7 Tagen aber ohne korrekten Dropout-Code, Sprache, zu krank, Todesfall, zu jung, unvorhergesehener Austritt
 - *Beeinflussbare Dropout-Gründe:*
Ablehnung Patient/in, anderer Grund (mit und ohne Spezifikation), falsch codiert als „Austritt innerhalb von 7 Tagen“ oder „zu jung“, ungültiger Code (nicht definiert), Fragen beantwortet aber als Dropout markiert
Diese Gründe sollten möglichst gering gehalten (v.a. Ablehnung Patient und „andere“ Gründe), oder gänzlich vermieden werden (restliche).
- Eine Sekundäranalyse der Daten 2012 sowie 2013 hat gezeigt, dass nicht eruierbar ist, wo geplante oder ungeplante Kurzaufenthalte / Kriseninterventionen erfolgen. Gespräche mit den Kliniken zeigen überdies eine äusserst heterogene Praxis. Eine klare Definition von allfälligen Messausschlussmöglichkeiten ist daher für die nationalen Qualitätsmessungen in der Erwachsenenpsychiatrie nicht möglich
Damit die Kliniken, welche gezielt mit Krisenintervention arbeiten, in der Auswertung nicht benachteiligt werden, werden die fehlenden Austrittswerte mit dem Drop-out Grund „Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritts-HoNOS-Messung“ systematisch dokumentiert. Im Datenrücklauf werden legitime Drop-outs in die Rücklaufquote positiv mit eingerechnet.

² Siehe „Swiss DRG – Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY“ Abschnitte 3.2, 3.3.2 und 3.3.3

2.2 Messung bei Austritt

Die Fremd- und Selbstbeurteilungen bei Austritt werden **möglichst im Anschluss an das Austrittsgespräch** (das letzte Gespräch mit der fallführenden Behandlerin / dem fallführenden Behandler) vorgenommen. In der Regel ist dies am Austrittstag. Die Erfassung darf in jedem Fall frühestens 3 Tage vor Austritt erfolgen. Bei ungeplanten Austritten soll die Fremderfassung (HoNOS) möglichst sofort, spätestens jedoch bis 3 Tage nach Austritt nachgeholt werden (d.h. in der Regel in Abwesenheit der Patientin/des Patienten). Die Regeln bezüglich des Beurteilungszeitraumes gelten analog zur Eintrittsmessung.

2.3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen während der Hospitalisation werden kontinuierlich und zeitnah erfasst. Bei Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen wird **in der Regel unmittelbar zusammen mit der ärztlichen Verordnung** ein (elektronisches) Formular „Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen“ (EFM) ausgefüllt, bei Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett geschieht dies **bei der Durchführung**.

3 Erfassungsinstrumente

3.1 Fremdbeurteilung mittels HoNOS

Die Fremdbeurteilung mit dem HoNOS misst verschiedene Problembereiche mit Bezug auf die letzten 7 Tage. Häufig gibt es innerhalb dieser 7 Tage schon eine Zustandsänderung. In diesem Fall wird kein Mittelwert gebildet, sondern es soll der jeweils schlechteste Zustand (schwerste Ausprägung) innerhalb des Beurteilungszeitraums abgebildet werden.

Für die Fremd-Erfassung mittels HoNOS ist die/der Fallverantwortliche zuständig. In Frage kommen entweder

- die fallführende Ärztin/Psychologin respektive der fallführende Arzt/Psychologe oder
- die fallführende Pflegefachperson (nur zulässig, wenn in der Klinik Pflegende die Fallführung übernehmen. Damit ist nicht das Bezugspersonenpflege-Modell gemeint, sondern fallführend ist die direkt primär behandelnde und die übrige Behandlung koordinierende Person.

Nicht zulässig ist das Assessoren-Modell (Durchführen der Messungen seitens Personen, die keine Fallverantwortung tragen und nicht weiter in den Behandlungsprozess involviert sind).

Eine Fremdbeurteilung ist grundsätzlich bei allen Patienten - unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. - immer möglich und obligatorisch. Für die Eintritts-HoNOS-Messung gibt es keine legitimen Ausfallgründe. Einzig im Fall eines Austritts innerhalb von 7 Tagen nach Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOS zu erheben, da sich die Referenzzeiträume der Befragung (letzte 7 Tage) überschneiden würden.

Insbesondere bei nachfolgenden Situationen ist zu beachten:

<ul style="list-style-type: none"> - Unvorhergesehener Austritt - Nicht-Rückkehr aus Urlaub - Todesfall 	Keine Dropoutgründe, der fallführende Behandler trägt den HoNOS innerhalb 3 Tagen nach Austritt/Todesfall nach.
--	---

Codierung von Ausfallgründen beim HoNOS bei Austritt (Dropoutcodes):

1	Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritts-HoNOS-Messung	nur hinsichtlich Austritts-HoNOS zulässig
2	Andere	soll nur in Ausnahmefällen verwendet werden, muss mit erläuterndem Freitext ergänzt werden

Tabelle 1: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOS bei Austritt

Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOS

Die nachfolgend aufgeführten Rating-Konventionen des ANQ zum HoNOS finden sich identisch im Dokument „Integrierten Ratingbogen HoNOS, Skala HoNOS mit integriertem Glossar und ANQ-Ratingkonventionen“. Es handelt sich dabei um die Darstellung des HoNOS mit integrierten Ratingkonventionen, welche sich auch gut für interne Schulungen eignet.

Generell gilt für den HoNOS:

- Wenn Sie sich beim Schweregrad bei einem Item nicht klar entscheiden können (bspw. „2“ oder „3“), dann ist im Zweifelsfalle immer die stärkere Ausprägung zu markieren (im Beispiel die „3“).
- Im HoNOS sind die Graduierungen sprachlich beschrieben. Dabei finden Sie verschiedentlich mehrere Beispiele. Es handelt sich bei diesen Beispielen immer um „Oder“-Verbindungen, d.h. ein einziger von mehreren Sachverhalten pro Graduierung reicht, um diese Graduierung zu erfüllen. Die Graduierung ist auch dann erfüllt, wenn ein analoges Beispiel vorliegt.
- Es ist immer deskriptiv zu raten, d.h. unabhängig von einer Störungsgruppe oder einer medizinischen Behandlung. Beispiel: Es liegt eine medikamentös therapierte Schlafstörung vor; wenn zum Zeitpunkt des Ratings beim Patienten keine Schlafsymptome mehr vorliegen, so ist dieses Item mit „0“ zu raten, unabhängig davon, welcher Zusammenhang zwischen Schlaf und Medikation besteht.
- Beim HoNOS-Rating sollen immer alle zur Verfügung stehenden Informationen berücksichtigt werden, also nicht nur das, was der Patient selbst berichtet, sondern auch, was von anderen Quellen her (Angehörige, Sozialarbeitende, zuweisende Ärztin, Psychologe, etc.) bekannt ist. Der Behandelnde macht sich dabei Gedanken über die Plausibilität und entscheidet darauf basierend das konkrete Rating. Sollten aus verschiedenen Quellen kontroverse, wenig plausible Informationen vorliegen, so sind die Widersprüche zu klären. Widersprüche, welche innerhalb von drei Tagen nicht geklärt werden, werden als unbekannt „9“ geratet.
- Wenn immer möglich sollten nicht mehr als drei Items mit 9 beurteilt werden, da dann der Bogen insgesamt aus der Auswertung ausscheidet!

Ratingkonventionen bezüglich einzelner Items des HoNOS

Item 1: Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

- Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten soll aufgrund jeglicher Ursache einbezogen werden (z. B. auch bei Drogen- oder Alkoholkonsum, Demenz, Psychose, Depression usw.).
- Bizarres Verhalten soll davon abgegrenzt und in Item 6 (Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen) eingeschätzt werden.
- Hier sollen auch sexuelle Enthemmung und aktiver/aggressiver Widerstand gegen Massnahmen abgebildet werden.

Item 2: Absichtliche Selbstverletzung

- **Achtung:** Hier werden die Suizidalität **und** die absichtlich herbeigeführten Selbstverletzungen ohne Suizidabsicht abgebildet.
- Versehentliche Selbstverletzungen (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) werden **nicht** mit einbezogen; das kognitive Problem, das eventuell zu einem Sturz geführt hat, wird im Item 4 und die Verletzung selbst im Item 5 eingeschätzt.
- Verletzungen als direkte Folge von Drogen- Alkoholkonsum werden nicht mit einbezogen. (Das Ausmaß des Drogen- / Alkoholkonsums wird im Item 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen- / Alkoholkonsums wie z.B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden im Item 5 eingeschätzt).

Item 3: Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum

- Aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum wird nicht hier, sondern im Item 1 eingeschätzt
- Körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum werden nicht hier, sondern im Item 5 eingeschätzt.
- Unkontrollierter Konsum von nicht verordneten Medikamenten oder Dosierungen (Medikamentenmissbrauch) ist hier ebenfalls einzubeziehen. Einnahme von verordneten Medikamenten in der verordneten Dosis ist nicht einzubeziehen, auch wenn die Verordnung problematisch erscheint.
- In der Situation, dass starkes Verlangen (Craving) nach Alkohol oder Drogen im Rahmen einer Abhängigkeit besteht, es aber auf Grund der geschützten Bedingungen nicht zu einem Konsum kommt, soll 3 markiert werden („Ausgeprägtes Verlangen nach Alkohol oder Drogen“). Falls das Craving nur gelegentlich vorkommt, soll je nach vorliegender Situation 1 oder 2 markiert werden.
- Mit 4 sind schwere Probleme durch Alkohol oder Drogen anzugeben, Verlangen kann nicht beherrscht werden.

Item 4: Kognitive Probleme

- Gedächtnis-, Orientierungs- und Auffassungsstörungen sollen unabhängig von der vorliegenden Diagnose hier abgebildet werden, also auch z.B. bei: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.
- Vorübergehende Probleme als Folge des Alkohol- / Drogenkonsums (z. B. Kater) sollen nicht hier, sondern im Item 3 eingeschätzt werden.
- Beispiele: Schwierigkeiten, den Weg zu finden, komplexe Sätze zu verstehen, zu sprechen, nahe Verwandte zu erkennen; Dinge gehen verloren, Probleme Kurzzeitgedächtnis, Kommunikation.
- Auch formale Denkstörungen sind hier abzubilden.

Item 5: Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

- Hier sollen alle Erkrankungen oder Behinderungen einbezogen werden, welche die Bewegung einschränken, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit vermindern, unabhängig von deren Ursachen (z.B. auch Koordinationsschwierigkeiten oder Schwäche mit Sturzrisiko, Gehilfen werden benötigt, Bettlägerigkeit, Schmerz)
- Auch solche Probleme sollen hier mit einbezogen werden, die durch Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums, körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. verursacht wurden.
- Kognitive Probleme werden nicht hier, sondern bei Item 4 eingeschätzt.

Item 6: Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen

- Halluzinationen und/oder Wahnvorstellungen sollen unabhängig von der Diagnose eingeschätzt werden.
- Merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen sollen einbezogen werden.
- Aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind, sollen nicht mit einbezogen werden. Diese werden unter Item 1 eingeschätzt.
- Ich-Störungen sind hier auch abzubilden.
- Ausgeprägte Negativsymptomatik ist nicht hier, sondern in Item 8 unter J=Andere zu codieren, falls diese das klinische Bild beherrscht.

Item 7: Gedrückte Stimmung

- Überaktivität oder Agitiertheit **nicht** hier, sondern in Item 1 abbilden.
- Suizidgedanken oder -handlungen **nicht** hier, sondern in Item 2 abbilden.
- Wahnvorstellungen oder Halluzinationen **nicht** hier, sondern in Item 6 abbilden.
- Antriebsstörungen **nicht** hier, sondern, wenn Sie das klinische Bild prägen, allenfalls in Item 8 abbilden.

Item 8: Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme

- Das Item 8 des HoNOS ist wie folgt auszufüllen (verbindlicher Algorithmus):
 1. Zuerst ist das Hauptproblem innerhalb des Items 8 zu bestimmen (= wichtigstes psychisches oder verhaltensbezogenes Problem, das noch nicht in den Items 1-7 abgebildet wurde). Auch hier gilt, dass aus der vorgegebenen Liste das wichtigste Problem ausgewählt werden soll, das innerhalb der vergangenen 7 Tage präsent war. Ist beim Austritt ein anderes Problem dominant als beim Eintritt, so ist das neu aufgetretene Problem zu bewerten.
 2. Als zweites wird genau dieses und nur dieses Problem beurteilt.

3. Im Item 8 werden also nicht mehrere Störungen kumuliert, sondern ausschliesslich das wichtigste psychische oder verhaltensbezogene Problem abgebildet, das noch nicht in den Items 1-7 abgebildet wurde.
- Neben den beispielhaft erwähnten Syndromen/Störungen (A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/ -handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell) sollen hier unter „J Andere Störungen“ z.B. auch Antriebsstörungen oder Negativsymptomatik abgebildet werden, wenn sie das klinische Bild deutlich prägen. Die Kategorie D=Psychische Belastung soll nicht verwendet werden (weil dies für alle unsere Patienten zutrifft und das Item nicht diskriminiert).

Item 9: Probleme mit Beziehungen

- Hier sollen Probleme der Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützenden, destruktiven oder selbstschädigenden Beziehungen beurteilt werden.
- Beziehungsstörungen im Zusammenhang mit fehlender Distanz sind unter "deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen" einzuordnen.
- Beziehen Sie auch Informationen aus der Beziehung z.B. zu Ärzten, Pflegepersonen oder Mitpatienten mit ein.

Item 10: Probleme mit alltäglichen Aktivitäten

- Hier soll das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten beurteilt werden (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung, Urteilsvermögen in finanziellen Dingen usw.)
- Bei der Beurteilung des Schweregrads ist von der statistischen Norm auszugehen. Zum Beispiel soll bei Menschen mit einer Einschränkung des Funktionsniveaus, die schon lange in einer betreuten Einrichtung wohnen, in der die Defizite durch die Betreuer kompensiert werden, dennoch die vorhandene persönliche Einschränkung im Vergleich mit der gesunden Bevölkerung eingeschätzt werden.
- Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, soll mit einbezogen werden, wenn dies zu einem insgesamt niedrigeren Funktionsniveau beiträgt, zum Beispiel bei Verlust des Interesses an ausserhäuslichem Geschehen.
- Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben, soll nicht mit einbezogen werden. Diese werden in den Items 11 und 12 eingeschätzt.
- Pflegeprobleme bei Inkontinenz oder anderen Störungen sollen hier abgebildet werden, die Inkontinenz selbst oder andere körperliche Störungen sollen im Item 5 erfasst werden.

Item 11: Probleme durch die Wohnbedingungen

- Gemeint sind jeweils die Wohnverhältnisse zu Hause, also nicht die des Klinikaufenthaltes. Auch beim Austrittsrating sollen die Wohnverhältnisse zu Hause abgebildet werden. In vielen Fällen wird es dann keine Änderung zum Eintrittsrating geben. Falls sich aber im Verlauf des Klinikaufenthaltes

wesentliche Änderungen ergeben haben (z.B. Kündigung der Wohnung, Wechsel der betreuten Einrichtung, Finden einer Wohnung nach früherer Obdachlosigkeit usw.) sollen bei der Austrittsmessung die neuen Verhältnisse abgebildet werden.

- Einzuschätzen ist die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine verbunden mit der Wohnung. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)?
- Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein, sondern nur die Qualität der Umgebungsbedingungen. Die funktionellen Einschränkungen werden im Item 10 eingeschätzt.

Item 12: Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

- Hier soll die Qualität der Milieubedingungen insgesamt beurteilt werden. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen? Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal in betreuten Einrichtungen, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z.B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen usw.
- Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.
- Auch hier sollen wie bei Item 11 die Milieubedingungen im normalen Umfeld der Patienten (also nicht diejenigen der Klinik) beurteilt werden. Auch hier wird sich das Austritts-Rating also oft auf die Verhältnisse vor der Aufnahme in die Klinik beziehen, es sei denn die Milieubedingungen haben sich während des Klinikaufenthaltes geändert (z.B. Kündigung der Arbeitsstelle, Aufgabe des Platzes in einer betreuten Einrichtung, Organisation eines neuen geschützten Arbeitsplatzes usw.)
- Die Milieubedingungen bezogen auf die Wohnverhältnisse sollen nicht hier, sondern in Item 11 abgebildet werden.

3.2 Selbstbeurteilung mittels BSCL

Für die **Abgabe³ des BSCL und die Motivation der Patientin resp. des Patienten** ist - genauso wie beim HoNOS - die Fallverantwortliche verantwortlich. In Frage kommen entweder

- die fallführende Ärztin/Psychologin respektive der fallführende Arzt/Psychologe oder
- die fallführende Pflegefachperson (nur zulässig, wenn in der Klinik Pflegende die Fallführung übernehmen; nicht gemeint ist das Bezugspersonen-Pflegesystem).

Die Abgabe und Motivation soll möglichst ins Erstgespräch respektive Austrittsgespräch der fallführenden Behandlerin / des fallführenden Behandlers integriert werden.

Hilfestellung beim Ausfüllen soll - sofern notwendig (z.B. bei Sprach- oder Verständnisproblemen) - angeboten werden. Sie soll auf eine nicht-beeinflussende Weise geschehen.



Zur **Motivation bei Eintritt** soll sinngemäss folgende Formulierung verwendet werden:

«Die Selbsteinschätzung Ihrer Beschwerden, Probleme und Symptome mit diesem Fragebogen liefert wichtige Informationen für die Therapieplanung und dient auch der Kontrolle der Behandlung. Sie ist deshalb sehr wichtig. Ich bitte Sie, den Bogen unmittelbar nach diesem Erstgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen gerne. Wir werden den von Ihnen ausgefüllten Bogen dann gemeinsam besprechen. Vielen Dank!»

Zur **Motivation bei Austritt** soll sinngemäss folgende Formulierung verwendet werden:

«Die nochmalige Selbsteinschätzung Ihrer Beschwerden, Probleme und Symptome bei Klinikaustritt mit dem Ihnen bereits bekannten Fragebogen dient der Kontrolle des Behandlungserfolges. Sie ist deshalb sehr wichtig. Ich bitte Sie, den Bogen unmittelbar nach diesem Austrittsgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen gerne. Vielen Dank!»

Grundsätzlich soll bei allen Patienten und Patientinnen - unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. - versucht werden, sie zum Ausfüllen des BSCL zu bewegen, ausser es ist offensichtlich, dass eine aussagekräftige Selbstbeurteilung aussichtslos ist.

Die strukturierte Selbstbeurteilung seiner Situation durch den Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der klinischen Diagnostik und eine wichtige Grundlage der weiteren Therapieplanung. Wenn immer möglich sollte das vom Patienten oder der Patientin erstellte Selbstbild mit der Fremdeinschätzung verglichen und beides mit dem Patienten oder der Patientin besprochen werden. Darauf gründet dann die fundierte Therapieplanung.

Kann **keine BSCL-Selbstbeurteilung** erreicht werden, so ist zwingend immer einer der folgenden Ausfallgründe (**Dropout-Gründe**) zu codieren.

1	Ablehnung durch die Patientin, den Patienten (trotz Motivation und Unterstützung)
2	Nicht ausreichende Sprachkenntnisse (es stehen Fragebogen in deutscher, französischer und italienischer Sprache zur Verfügung)
3	die Patientin / der Patient ist zu schwer krank für eine Selbstbeurteilung (schwere Psychose, schwere Demenz, sehr schwere körperliche Erkrankung)
4	Todesfall
5	die Patientin / der Patient ist zu jung (<14 J.) um den Fragebogen zu verstehen
6	Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritts-BSCL-Messung
7	spontaner, unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub
8	andere: mittels Freitext zu spezifizieren

Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen beim BSCL

Der BSCL kann schweizweit in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch eingesetzt werden. Diese Versionen sind ANQ-approved. Bis auf Weiteres stellt der ANQ keine weiteren validierten **Sprachversionen** des BSCL zur Verfügung: Spezifische Auswertungen der Daten aus der ANQ Messung „stationäre Psychiatrie Erwachsene“ zeigen, dass nur eine geringe Anzahl der Dropouts beim Patientenfragebogen

BSCL auf Sprachproblemen beruhen und diese eine sehr hohe Sprachheterogenität aufweisen. Dass auch ANQ-Messungen migrant friendly sein sollen, ist unbestritten. Da jedoch diese Ausgangslage keinen dringenden Handlungsbedarf zeigt, Hogrefe keine weiteren Sprachversionen des BSCL zur Verfügung stellt und die Herstellung validierter Übersetzungen sehr aufwändig ist, bleibt der ANQ bis auf weiteres bei den Sprachversionen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch.

Der BSCL ist von der Firma Hogrefe lizenziert, seine Nutzung entsprechend kostenpflichtig. Die **Lizenzkosten** für die Nutzung des BSCL innerhalb der ANQ-Messungen werden vom ANQ beglichen. Die Messlizenz wurde um die Möglichkeit klinikindividueller Verlaufsmessungen erweitert.

3.3 Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM)

Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden in der Psychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt, nämlich dann, wenn durch die psychische Krankheit vom Patienten/von der Patientin eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht.

Sie unterstehen verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Schweizerisches Zivilgesetzbuch - Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht sowie diesbezüglichen kantonalen Einführungsbestimmungen und gesetzlichen Grundlagen)⁴. Zu dieser Thematik gibt es zahlreiche ethische Auseinandersetzungen und von Fachgesellschaften erarbeitete Richtlinien (vgl. etwa die „Zwangsmassnahmen in der Medizin [2005, Neuauflage 2015]“ der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW - www.samw.ch oder die „Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen“ der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie, www.sgg-ssg.ch).

Die in der nationalen Ergebnismessung des ANQ in der Psychiatrie berücksichtigten Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betreffen Isolationen, Fixierungen, Zwangsmedikationen, Festhalten sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken etc.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die zuhanden des ANQs zu erfassenden Angaben.

⁴ Vgl. ZGB (seit 1.1.2013 in Kraft), insbesondere Art. 19 lit. c ZGB (Urteilsfähigkeit), Art 377ff. ZGB (Vertretung bei medizinischen Massnahmen), 383ff. ZGB (Bewegungseinschränkende Massnahmen), 433ff. ZGB (Medizinische Behandlung ohne Zustimmung).

Art der Freiheitsbeschrän- kenden Massnahme	Kategorie	Zeitraum resp. Zeitpunkt	
		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Isolation		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Fixierung		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Zwangsmedikation	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Injektion 	Zeitpunkt Datum und Uhrzeit	
Festhalten		Beginn Datum und Uhrzeit	Beginn Datum und Uhrzeit
Sicherheitsmassnahme im Stuhl	<ul style="list-style-type: none"> • bis zu 4 Std. • mehr als 4 Std. 	Datum der Durchführung	
Sicherheitsmassnahme im Bett	<ul style="list-style-type: none"> • kurz: bis 4 Std. • ganze Nacht • dauernd (Tag und Nacht) 	Datum der Durchführung (bei Dauer über Nacht: Datum des Beginns)	

Tabella 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM)

Definitionen zur Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)

Eine Freiheitsbeschränkende Massnahme wird per definitionem gegen den Willen des Patienten oder der Patientin durchgeführt, d.h. gegen eine verbale und/oder nonverbale Weigerung bzw. gegen die klare Ablehnung sich isolieren, fixieren, festbinden, festhalten und/oder medizieren zu lassen, sich Bettgittern oder tiefen Sitzgelegenheiten ausgesetzt zu sehen, unabhängig von der Heftigkeit der Weigerung, der Urteilsfähigkeit, von früheren Einwilligungen oder der Meinung von Angehörigen. Ist der Wille der Patienten oder der Patientin nicht eindeutig erkennbar, beispielsweise bei Demenz, ist der mutmassliche Wille massgebend, im Zweifelsfall ist dies interdisziplinär und mit Angehörigen oder vertretungsberechtigten Personen zu diskutieren.

Ein weiterer unabdingbarer Aspekt ist die Initiierung der Zwangsmassnahme mittels einer Übermacht an Personen (Überwältigungscharakter), oder durch die Androhung einer solchen Überwältigung, bei älteren Patientinnen und Patienten kann eine autoritäre („einschüchternde“) Haltung genügen.

Isolation

Von einer Isolation, die im Rahmen der Qualitätsmessungen ANQ obligat erfasst werden muss, wird gesprochen, wenn eine Unterbringung in einem abgeschlossenen Zimmer erfolgt. Der Patient oder die Patientin ist allein im Zimmer und kann dieses nicht verlassen.

Bei allen Isolationen wird jeweils der Zeitpunkt des Beginns und des Endes erfasst. Unterbrechungen bis zu zwei Stunden werden nicht berücksichtigt (Körperpflege, Rauchen, Spaziergänge, Versuche zur Aufhebung etc.). „Time outs“, die im Rahmen eines mit dem Patienten resp. der Patientin vereinbarten therapeutischen Programms stattfinden, werden nicht als Isolation erfasst, da in der Regel die Selbst- oder Fremdgefährdung nicht gegeben ist.⁵

Fixierung

⁵ Kurzzeitiges Einschliessen wird unter Isolation erfasst.

Eine Fixierung, die im Rahmen der Qualitätsmessung ANQ obligat erfasst werden muss, ist bei einem Festbinden an einem Bett gegeben. Fixierungen im Bett als Sicherheitsmassnahme (Bettgurt, ZEWI-Decke) sind als Sicherheitsmassnahme zu erfassen.

Unterbrechungen bis zu zwei Stunden werden nicht berücksichtigt (Körperpflege, Rauchen, Spaziergänge, Versuche zur Aufhebung etc.).

Fixierungen, welche über einen längeren Zeitraum verordnet sind, sind als eine einzige Massnahme mit ihrem faktischen Beginn und Ende zu erfassen.

Zwangsmedikation

Eine Zwangsmedikation, die im Rahmen der Qualitätsmessungen ANQ obligat erfasst werden muss, ist definiert als die Applikation eines oder mehrerer Medikamente als Injektion oder peroral, ausdrücklich gegen den Willen, mit oder ohne Festhalten des Patienten oder der Patientin. Die perorale Zwangsmedikation bedingt die explizite Androhung einer zeitlich unmittelbaren Zwangsinjektion, wenn das Medikament nicht eingenommen wird.

Bei allen Zwangsmedikationen wird jeweils die Art (oral oder Injektion) und der Zeitpunkt erfasst und zwar bei jeder Anwendung, auch wenn sie über einen längeren Zeitraum verordnet sind und den Zwangscharakter beibehalten (s. hierzu Definition „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“).

Sollte eine Fixierung > 30 Min. zur Durchführung einer Zwangsmedikation angewendet werden (z.B. im Rahmen einer Infusion), dann sind beide Massnahmen getrennt zu erfassen.“

Festhalten

Seit mehreren Jahren wird in einigen Kliniken eine neue Methode zur Bewegungseinschränkung praktiziert, das sog. Festhalten zur Beruhigung des Patienten. So kann in vielen Fällen die weit invasivere Fixation vermieden werden. Ein solches Festhalten wird mit einer strukturierten, wertschätzenden Kommunikation begleitet und führt in den meisten Fällen innert kurzer Zeit zu einer Beruhigung des Patienten. Dieses Festhalten geschieht gegen den Willen des Patienten oder der Patientin.

Festhalten als eigenständige Methode zur Beruhigung des Patienten ist definiert als das „Überwältigen oder Halten eines Patienten durch Mitarbeiter“. Dabei entspricht das Festhalten einer körperlichen Fixierung und bedeutet die Immobilisierung des Patienten durch Festhalten durch eine oder mehrere Personen. Diese Form einer Zwangsmassnahme schließt die Nutzung von mechanischen Systemen wie bei der Fixation ausdrücklich aus. Ein kurzes Festhalten (< 30 Minuten) zur Durchführung einer Zwangsmedikation oder einer Fixierung wird nicht separat als Festhalten erfasst.

Sicherheitsmassnahme im Stuhl

Von einer Sicherheitsmassnahme im Stuhl, die im Rahmen der Qualitätsmessungen ANQ obligat erfasst werden muss, wird gesprochen, wenn Bewegungseinschränkungen wie das Anbringen von Steckbrettern, Anbinden am (Roll-)Stuhl, Fixierung des Rollstuhls oder Hinsetzen auf einem sehr tiefen Sofa erfolgen.

Bei allen Sicherheitsmassnahmen im Stuhl wird jeweils die Dauer ($\leq 4h$, $> 4h$) und das Datum der Durchführung erfasst.

Sicherheitsmassnahme im Bett

Sicherheitsmassnahmen im Bett, die im Rahmen der Qualitätsmessungen ANQ obligat erfasst werden müssen, sind definiert als Bewegungseinschränkungen wie das Anbringen von Bettgittern, das Angurten im Bett respektive die Anwendung von ZEWI-Decken. Niedrigpflegebetten und Klingelmatten werden

im Rahmen der ANQ-Messung nicht als freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben. Sicherheitsmassnahmen im Bett finden in der Regel nachts statt.

Bei allen Sicherheitsmassnahmen im Bett wird jeweils die Dauer gemäss Verordnung „kurz: bis zu 4 Stunden“, „ganze Nacht“ oder „dauernd (Tag und Nacht)“ und das Datum der Durchführung erfasst. Die "dauernden (Tag und Nacht)" gerontospezifischen Massnahmen müssen täglich neu erfasst werden, auch wenn sie sich über einen längeren Zeitraum erstrecken.

Zur Unterscheidung Sicherheitsmassnahmen im Bett und von Fixierungen

Bettgitter und Gurten, die den Patienten, die Patientin daran hindern sollen, aus dem Bett zu fallen und gegen den Willen des Patienten, der Patientin angelegt werden, sind Sicherheitsmassnahmen im Bett. Dies kann bspw. nachts hin und wieder oder jede Nacht über einen bestimmten Zeitraum vorkommen. Fixierung ist das Festbinden, wie es in der Akutpsychiatrie angewendet wird, und meist kurzfristig und einmalig mit definiertem Anfang und Ende in ausserordentlichen Situationen und gegen den Willen der Patientin, des Patienten vorkommt.

Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkt

Die Zuständigkeiten und Zeitpunkte für die Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) sind folgendermassen zu regeln:

	<i>Erfassung durch</i>	<i>Zeitpunkt</i>
		Grundsätzlich: so zeitnah als möglich
Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, Festhalten	verordnende Ärztin, verordnender Arzt	zeitgleich mit der Verordnung, resp. Aufhebung der Verordnung
Sicherheitsmassnahme im Bett oder im Stuhl	Pflegefachpersonen	möglichst zeitnah zur Massnahme am Tag der Durchführung
		regelmässig stattfindende Gerontopsychiatrie-typische Massnahmen können auch zeitsparend im Voraus eingetragen werden

Tabelle 4: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte EFM

Allfällige bereits bestehende Zuständigkeiten sollen, sofern sie sich bewährt haben, fortgeführt werden.

Wenn generell oder in einer Erfassungsperiode keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden, so sind auch keine entsprechenden Daten zu erfassen. In diesem Falle ist das Auswertungsinstitut mit der Datenlieferung darüber zu informieren, dass keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden.

Häufige Erfassungsprobleme

Versäumen der Erfassung

Es ist pro Klinik eine Person zu bestimmen, die einerseits für die Einhaltung der Vorgaben und die Vollständigkeit der Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen verantwortlich ist. Sie soll bei Unklarheiten auch Ansprechperson für die Auswertungsinstitution sein. Das Übereinstimmen der dokumentierten ärztlichen Verordnungen mit den Erfassungen Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) sollte klinikintern regelmässig stichprobenweise geprüft werden.

Doppelerfassung

Es ist mit geeigneten organisatorischen Strukturen sicherzustellen, dass eine Freiheitsbeschränkende Massnahme nicht doppelt erfasst wird (z.B. von unterschiedlichen zeitlichen Diensten).

Erfassung des Endes

Es besteht die Gefahr, dass zwar der Anfang einer Massnahme erfasst wird, die Erfassung des Endes jedoch vergessen geht. Die Kliniken sollen geeignete Kontrollstrukturen einrichten, die dies verhindern.

3.4 BFS-Daten

Verwendet werden die Daten der medizinischen Statistik, welche in der Klinik bereits erhoben werden. Sie werden dem Auswertungsinstitut so wie dem Bundesamt für Statistik (BFS) zugestellt. Zusätzlich bedarf es der Fall-Identifikationsnummer (FID) und der (klinikinternen) eindeutigen Patienten-Identifikationsnummer (PID). Für spezifische Fragen wenden Sie sich bitte ans Auswertungsinstitut.

3.5 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte können verschiedentlich vorkommen, insbesondere bei:

- Erfassungsversäumnissen (Beispiel: es wurde versäumt, nach dem Zivilstand zu fragen),
- Nicht-Vorhandensein dieser Ausprägung (z.B. es gibt keine Nebendiagnose, weil der Patient nur an einer einzigen Erkrankung leidet),
- bei Patientenfragebogen: Leerlassungen seitens des Patienten / der Patientin (aus verschiedenen nicht weiter eruierbaren Gründen).

In allen diesen Fällen soll die entsprechende Variabel leer gelassen werden („missing“). Dies bedeutet, dass es keine Information zu dieser Variabel gibt.

Zu unterscheiden ist dieser „Missing“-Wert von den Werten „0“ und „9“. Diese tragen bestimmte Bedeutungen (der Wert „0“ bedeutet beispielsweise beim HoNOS und auch beim BSCL, dass der Patient, die Patientin in diesem Bereich keine Probleme hat; der Wert „9“, der im HoNOS zulässig ist, bedeutet „nicht beurteilbar/nicht anwendbar“, was z.B. auftreten kann, wenn sich ein Patient oder eine Patientin zu einer bestimmten Frage nicht äussern kann).

3.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung

Die ANQ-Messungen sind so konzipiert, dass sie in der Regel für die individuelle Behandlung genutzt werden können und auch sollten. In diesem Falle werden die mit HoNOS und/oder BSCL erhobenen Daten direkt nach dem Ausfüllen oder nach der Erfassung vom Fallführenden gesichtet, wenn immer möglich mit dem Patienten oder der Patientin besprochen und für die Behandlungsplanung genutzt; die Austrittswerte auch für die Behandlungsevaluation und Austrittsplanung.

Die Erstellung entsprechender Tools für die Berechnung von Skalenwerten und allenfalls Darstellung in Diagrammen ist Sache der Kliniken, da die ANQ-Messungen auf nationale Vergleichsdaten und Klinikberichte fokussieren.

4 Datenqualität

4.1 Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung

Um aussagekräftige Resultate zu erreichen, ist eine genügende Datenqualität Voraussetzung. Die wichtigsten Grundlagen dafür sind

- das Erreichen einer **ausreichenden Rücklaufquote/Vollständigkeit der Daten**,
- eine **gute Schulung** jener Personen, die die Beurteilungen vornehmen respektive die Patientinnen / Patienten für die Selbstbeurteilung motivieren und instruieren und
- **klinikerne Plausibilisierung** der erfassten Daten.

4.2 Benchmark Datenrücklaufquote

Folgende Quoten werden erwartet:

- **Fremdbeurteilung:** Eintrittsmessung: 100%; **Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 90%**. Vollständigkeit beinhaltet wichtige Variablen aus MedStat Basisdaten & Psychiatrie Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren, also legitimen Drop-outs, berücksichtigt.
- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%**. Vollständigkeit beinhaltet wichtige Variablen aus MedStat Basisdaten & Psychiatrie Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht beeinflussbaren Drop-outs berücksichtigt.
- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze; 0%**.

Basierend auf den konkreten Messergebnissen passt der ANQ die erwartbaren Datenrücklaufquoten an und informiert die Kliniken über eine allfällige Anpassung der hier festgelegten Datenrücklaufquote. Die erreichten Datenrücklaufquoten der Kliniken werden einem Benchmark unterzogen und publiziert.

Datensätze, welche aufgrund des Datenlieferungszeitpunkts nicht vollständig sein können, da der Patient/die Patientin noch nicht ausgetreten ist, werden vom Auswertungsinstitut entsprechend bereinigt. Sie erscheinen nicht in der Datenrücklaufquote.

4.3 Schulungen für die Erfassung

Die Schulungen erfolgen nach dem Multiplikatorenprinzip. Die Experten des ANQ schulen Trainer / Trainerinnen der Kliniken, welche wiederum die Behandelnden / Erfassenden der betreffenden Klinik instruieren. Der ANQ bietet regelmässige Schulungen an.

4.4 Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut

Damit die Datenqualität ein befriedigendes Niveau erreicht, sollen die erfassten Qualitätsdaten bereits klinikintern frühzeitig und gründlich überprüft werden. Bei Problemen bei der Erfassung sollen in den betroffenen Bereichen wirksame Gegenmassnahmen getroffen werden.

Die gelieferten Daten der Kliniken werden vom Auswertungsinstitut hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Bei einer nicht ausreichenden Datenqualität werden seitens des ANQ die Messungen betreffend angemessene Massnahmen ergriffen.

Der Anhang zum Dokument „Datendefinition“, mit dem Namen „Datencontrolling und Datenvalidierung“ gibt zum klinikinternen Datencontrolling umfassende Hilfestellungen. Das Dokument zeigt ebenfalls auf, welche Überprüfung der Daten durch das Auswertungsinstitut vorgenommen werden.

4.5 Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende

Als erste Anlaufstelle bei Problemen dienen die klinikinternen Trainer/Trainerinnen, sowie die klinikinternen Projektleitenden.

Bei Problemen betreffend die Datenqualität und/oder technischen Erfassung stehen auch das Auswertungsinstitut und die ANQ Geschäftsstelle, Leiterin Psychiatrie, zur Verfügung.

5 Datenlieferung

Die Daten müssen in elektronischer Form an das Auswertungsinstitut geliefert werden. Die Daten sind **immer zum 07.03. des jeweils laufenden Jahres** zu liefern.

Es werden jeweils die gesamten Daten (inklusive Eintritts- und Austrittsmessungen) für die Patienten und Patientinnen mit Austritt im Erhebungszeitraum benötigt.

Je nach Export-Routine der Klinik können die Daten in einer der folgenden Varianten geliefert werden:

- Daten aller Patientinnen und Patienten, die während dem entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller während dem entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen und Patienten.
- Daten aller Patientinnen und Patienten mit Eintritt ab 1.7.2012 (Beginn der ANQ-Messungen Erwachsenenpsychiatrie).

W hoch 2 stellt jeder Klinik einen passwortgeschützten Upload-Link zur Verfügung, mit dem die Daten direkt an das Auswertungsinstitut übermittelt werden können. Dieses Vorgehen gewährleistet maximale Datensicherheit und minimiert den Aufwand auf Seiten der Kliniken. Es wird daher empfohlen, die Daten über das Upload Portal des Auswertungsinstituts zu liefern.

Alternativ besteht die Möglichkeit, die Daten entweder auf CD per eingeschriebener Post oder per E-Mail (dann z.B. in einem ZIP-Archiv verschlüsselt und mit gesondert gesendetem oder telefonisch mitgeteiltem Passwort an die Adresse: auswertungsinstitut@whoch2.ch zu versenden.

Für die Eingabe der Daten in MS-Excel hat das Auswertungsinstitut Eingabetabellen vorbereitet, welche auf [dem Webportal](#) heruntergeladen werden können.

Korrekturmöglichkeit

Definitiver Termin für die Abgabe der Daten ist der 07. März. Kliniken, welche ihre Daten bereits bis spätestens 7. Februar ans Auswertungsinstitut schicken, erhalten eine provisorische Klinikrückmeldung zur Datenqualität. **Vorzeitig gelieferte Daten werden vor später eingesendeten Daten bearbeitet. Entsprechend werden Kliniken, die ihre Daten frühzeitig vor dem 07. Februar einreichen, früher über ihre Datenqualität benachrichtigt und haben mehr Zeit für allfällige Korrekturen**

Es besteht die Möglichkeit bis zum 07. März korrigierte Daten zu schicken. Für Kliniken, welche Daten nach dem 7. Februar einsenden, besteht diese Korrekturmöglichkeit nicht. Der Umfang der provisorischen Datenprüfung richtet sich nach dem technischen Zustand und der Vollständigkeit der eingesandten Daten.

6 Auswertung und Nationaler Vergleichsbericht

Es wird ein jährlicher Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene erstellt und veröffentlicht. Dieser beinhaltet klinikvergleichende, qualitätsbezogene Auswertungen der Messungen für alle Sprachregionen der Schweiz. Details dazu finden sich im Dokument „Auswertungskonzept Stationäre Psychiatrie Erwachsene“.

7 Datenschutz

Die an den ANQ gelieferten Qualitätsdaten ermöglichen keine Rückschlüsse auf die Identität der Patientinnen und Patienten. Der Umgang mit Daten ist im ANQ-Datenreglement geregelt.