



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»

Gültig ab 01.05.2022 / Version 6.2



Farbcodierungen / Änderungsjournal

Damit Sie auf ein stets aktualisiertes Hilfsmittel zurückgreifen können, wird das vorliegende Dokument bei Bedarf auch unterjährig auf den neusten Stand gebracht. Die Farbcodierungen helfen Ihnen dabei, die letzte/n Änderung/en rasch zu erfassen.

Farbcodierung	geändert per	Stichwort
Blau	01. Mai 2022	Konsolidierung der Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten
Keine	01. Januar 2022	Formale Überarbeitung / Textstruktur, keine inhaltlichen Veränderungen
Gelb	24. September 2020	Ergänzung Codierung Isolation aus infektiologischer / somatischer Indikation ab 01.01.2021

Inhalt

1	Einführung	5
1.1	Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Psychiatrie	5
1.2	An wen richtet sich dieses Manual?	5
2	Überblick Messdesign (was wird gemessen?)	5
3	Erfassungszeitpunkte	6
3.1	Symptombelastung (HoNOS, BSCL)	6
3.1.1	<i>Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten</i>	6
3.1.2	<i>Verlegungen</i>	7
3.1.3	<i>Administrativer Fallwechsel</i>	7
3.2	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	7
4	Erfassungsinstrumente	8
4.1	Fremdbeurteilung mittels HoNOS	8
4.1.1	<i>Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOS</i>	8
4.1.2	<i>Ratingkonventionen bezüglich einzelner Items des HoNOS</i>	9
4.2	Selbstbeurteilung mittels BSCL	13
4.3	Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM)	14
4.3.1	<i>Definitionen zur Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)</i>	15
4.3.2	<i>Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkt</i>	17
4.3.3	<i>Häufige Erfassungsprobleme</i>	18
4.4	BFS-Daten	18
4.5	Umgang mit fehlenden Werten	18
4.6	Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung	19
5	Datenqualität	19
5.1	Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung	19
5.2	Benchmark Datenrücklaufquote	19
5.3	Schulungen für die Erfassung	20
5.4	Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut	20
5.5	Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende	20
6	Datenlieferung	20
7	Auswertung	21
8	Datenschutz	21



Abbildungen

Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Erwachsenenpsychiatrie ANQ.....6

Tabellen

Tabelle 1: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOS bei Austritt8

Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen beim BSCL 14

Tabelle 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM)..... 15

Tabelle 4: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte FM 17

1 Einführung

1.1 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 Umsetzung nationaler, ergebnisorientierter Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie startete per 1. Juli 2012. Per 1. Juli 2013 wurden die Qualitätsmessungen auch in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt (per 1. Juli 2013 der Indikator Symptombelastung, per 1. Januar 2014 der Indikator Freiheitsbeschränkende Massnahmen).

Die Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept Erwachsenenpsychiatrie des ANQ und stellen einen Konsens seitens der Kliniken (Spitalverband H+ sowie Psychiatrie-Verbände) und der Finanzierer (Kantone, Versicherer) dar.

1.2 An wen richtet sich dieses Manual?

Das vorliegende Manual richtet sich an Personen, welche im Rahmen des Behandlungsprozesses die ANQ-Qualitätsmessungen innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie 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 «Fachbereiche» -> «Psychiatrie».

2 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 und räumlich sowie 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 erfasst. In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden separate Messungen durchgeführt.

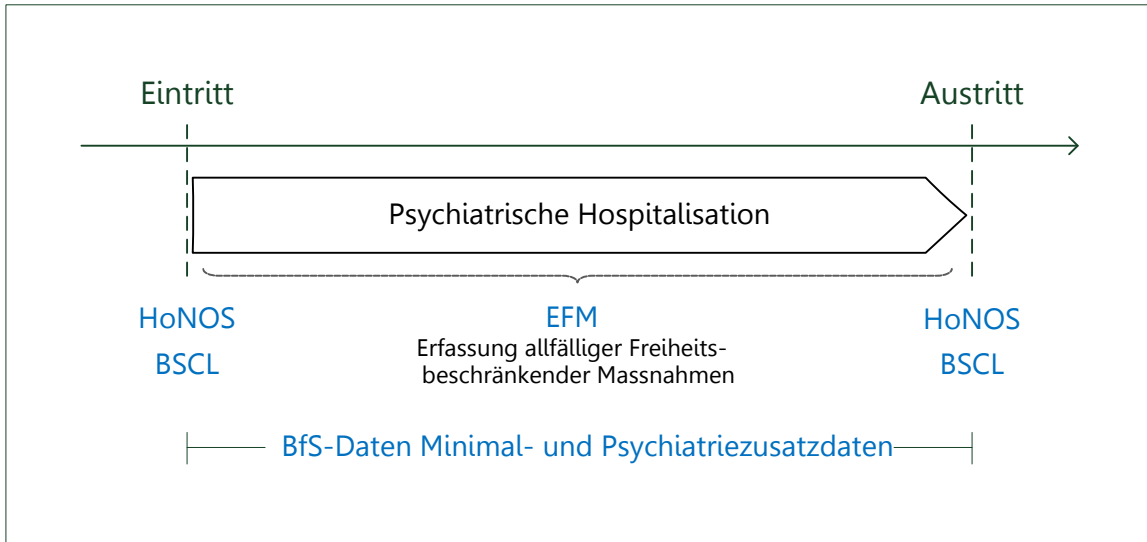


Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Erwachsenenpsychiatrie ANQ

Zusätzlich wird in den Kliniken bei Austritt die «Patientenzufriedenheit» erhoben. Für weitere Informationen wird auf das vom ANQ ausgearbeitete [Konzept](#) und dem vom Auswertungsinstitut w hoch 2 GmbH herausgegebenen Manual zu den Patientenzufriedenheitsmessungen verwiesen.

Die Forensische Psychiatrie ist mit Wirkung ab 01.01.2019 von der Messung der Selbstbewertung BSCL (durch Patientinnen/Patienten) dispensiert.

3 Erfassungszeitpunkte

3.1 Symptombelastung (HoNOS, BSCL)

3.1.1 Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten

Die Routine-Erfassungen bei Ein- und Austritt (HoNOS, BSCL) erfolgen grundsätzlich **möglichst zeitnah** beim effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt, jedoch frühestens/spätestens gemäss folgender Fristenübersicht:

ERWACHSENENPSYCHIATRIE				
INSTRUMENT	EINTRITTMESSUNG		AUSTRITTMESSUNG	
	Frühestens	Spätestens	Frühestens	Spätestens
HoNOS	Im Anschluss Erstgespräch	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	3 Tage nach Austritt
BSCL	Im Anschluss Erstgespräch	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	Am Austrittstag

Bei der Eintrittsmessung sowie bei der Austrittsmessung wird jeweils der Status der Patientin / des Patienten der letzten 7 Tage erfasst (**Bewertungszeitraum = 7 Tage**). Bei der Austrittsmessung gilt folgende Ausnahme: falls der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens < 7 Tage beträgt, wird nur der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens bewertet. Bei der Beurteilung soll immer **die schwerste Ausprägung im Beurteilungszeitraum** markiert werden (also keine Art von Durchschnitt in dieser Zeit).

Der Austrittsbogen ist nur auszufüllen, wenn seit dem Ausfüllen des Eintrittsfragebogens mindestens 24 Stunden vergangen sind (>24h).² Die Austrittsmessung wird auch dann erhoben, wenn die Patientin / der Patient verstorben ist.

Nicht ausgefüllte Fragebögen müssen mit einer Begründung codiert werden. Dabei wird zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Dropouts unterschieden (vgl. Kapitel 4).

3.1.2 Verlegungen

Bei Verlegungen zwischen Standorten ist bei beiden Standorten eine Ein-/Austrittsmessung vorzunehmen. Bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung (innerhalb desselben Standorts) wird jedoch 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-/Eintrittsmessungen wie beschrieben vorzunehmen.

3.1.3 Administrativer Fallwechsel

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. Die Falldefinition entspricht derjenigen des Bundesamts für Statistik, wie sie im Detailkonzept für die Medizinische Statistik³ dargestellt ist. Grundsätzlich gilt, dass eine Erhebungseinheit einem Behandlungsfall entspricht. Aufgrund der Erfahrung der Messung 2018 wurde entschieden⁴ die Falldefinition ohne die Fallzusammenführung nach TARPSY / SwissDRG ab dem Messjahr 2019 festzulegen. Die Daten dürfen daher keine gemäss TARPSY / SwissDRG zusammengeführten Fälle enthalten.

3.2 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**.

² Gültig ab 1. Januar 2020

³ BFS

⁴ Entscheid des ANQ-Vorstands vom 9. Juli 2019

4 Erfassungsinstrumente

4.1 Fremdbeurteilung mittels HoNOS

Für die Fremdbeurteilung 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 bei allen Patientinnen und 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 24 Stunden nach Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOS zu erheben, da ein solcher Bewertungszeitraum zu kurz für sinnvolle Rückschlüsse wäre.

Insbesondere bei nachfolgenden Situationen ist zu beachten:

– Unvorhergesehener Austritt	Dies sind keine Dropout-Gründe: der/die fallführende Behandler/in trägt den HoNOS innerhalb 3 Tagen nach Austritt/Todesfall nach.
– Nicht-Rückkehr aus Urlaub	
– Todesfall	

Codierung von Ausfallgründen beim HoNOS bei Austritt (Dropout-Codes):

1	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach Eintritts-HoNOS-Messung, zu kurzer Messzeitraum	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

4.1.1 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 (z. B. «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 die Patientin / 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 über 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!

4.1.2 **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.

4.2 Selbstbeurteilung mittels BSCL⁵

Für die Abgabe des BSCL und die Motivation der Patientin / 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 des Fragebogens und die Motivation zur Teilnahme sollen 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 der eigenen Situation durch die Patientin / den Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der klinischen Diagnostik und eine wichtige Grundlage der weiteren Therapieplanung. Wenn immer möglich sollte die Selbsteinschätzung mit der Fremdeinschätzung verglichen und beides mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden. Darauf gründet dann die fundierte Therapieplanung.

⁵ Die Forensische Psychiatrie ist mir Wirkung ab 01.01.2019 von der Messung der Selbstbewertung (Patienten) BSCL dispensiert.

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
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 24 Stunden nach Eintritts-BSCL-Messung, zu kurzer Messzeitraum
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 Fälle eine sehr hohe Sprachheterogenität aufweisen. Da 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 ist 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.

4.3 Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM)

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

Freiheitsbeschränkende Massnahmen unterstehen verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Schweizerisches Zivilgesetzbuch – Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht sowie diesbezüglichen kantonalen Einführungsbestimmungen und gesetzlichen Grundlagen)⁶. Zu dieser Thematik gibt es zahlreiche ethische Auseinandersetzungen und von Fachgesellschaften erarbeitete Richtlinien (vgl. etwa «Zwangsmassnahmen in der Medizin [2005, Neuauflage 2015]» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ([SAMW](#)) oder die «Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen» der [Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie](#)).

⁶ 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).

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 ANQ zu erfassenden Angaben:

<i>Art der Freiheitsbeschränkenden Massnahme</i>	<i>Kategorie</i>	<i>Zeitraum resp. Zeitpunkt</i>	
Isolation	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrisch • Infektiologisch / Somatisch⁷ 	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	Ende Datum und Uhrzeit
Sicherheitsmassnahme im Stuhl		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Sicherheitsmassnahme im Bett		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit

Tabelle 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM)

4.3.1 Definitionen zur Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)

Eine Freiheitsbeschränkende Massnahme **wird per Definition gegen den Willen der Patientin / des Patienten 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, 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 ANQ-Qualitätsmessungen zwingend erfasst werden muss, wird gesprochen, wenn eine Unterbringung in einem abgeschlossenen Zimmer erfolgt. Die Patientin / der Patient ist allein im Zimmer und kann dieses nicht verlassen. **Es wird zwischen Isolation aus psychiatrischer Indikation und Isolation aus infektiologischer / somatischer Indikation (z. B. Norovirus, COVID-19 oder MRSA) unterschieden.**

⁷ Bei infektiologischen / somatischen Isolationen gilt ebenso wie bei anderen freiheitsbeschränkenden Massnahmen, dass sie gegen den Willen der Patientin / des Patienten durchgeführt werden. Siehe auch Definition Freiheitsbeschränkende Massnahmen.

Bei allen Isolationen wird jeweils der Zeitpunkt von Beginn und Ende erfasst. Unterbrechungen bis zu zwei Stunden werden nicht berücksichtigt (Körperpflege, Rauchen, Spaziergänge, Versuche zur Aufhebung etc.). «Time outs», die im Rahmen eines mit der Patientin / dem Patienten vereinbarten therapeutischen Programms stattfinden, werden nicht als Isolation erfasst, da in der Regel die Selbst- oder Fremdgefährdung nicht gegeben ist.⁸

Fixierung

Eine Fixierung, die im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessung zwingend erfasst werden muss, ist beim Festbinden an ein 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 ANQ-Qualitätsmessungen zwingend erfasst werden muss, ist definiert als die Applikation eines oder mehrerer Medikamente als Injektion oder peroral, ausdrücklich gegen den Willen, mit oder ohne Festhalten der Patientin / des Patienten. Die perorale Zwangsmedikation bedingt die explizite Androhung einer zeitlich unmittelbaren Zwangsinjektion, falls das Medikament nicht eingenommen wird.

Bei allen Zwangsmedikationen wird jeweils die Art (oral / Injektion) und der Zeitpunkt erfasst und zwar bei jeder Anwendung, auch wenn sie über einen längeren Zeitraum verordnet sind (s. hierzu Definition «Freiheitsbeschränkende Massnahmen»).

Sollte zur Durchführung einer Zwangsmedikation eine Fixierung > 30 Min. 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 sogenannte Festhalten zur Beruhigung der Patientin / 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. Dieses Festhalten geschieht gegen den Willen der Patientin / des Patienten.

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 der Patientin / 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.

Bei jedem Festhalten wird jeweils der Zeitpunkt von Beginn und Ende der Massnahme erfasst. Ein kurzes Festhalten (< 30 Minuten) zur Durchführung einer Zwangsmedikation oder einer Fixierung wird nicht separat als Festhalten erfasst.

⁸ Kurzzeitiges Einschliessen wird unter Isolation erfasst.

Sicherheitsmassnahme im Stuhl

Von einer Sicherheitsmassnahme im Stuhl, die im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen zwingend 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. Unterbrechungen bis zu zwei Stunden werden nicht berücksichtigt (Körperpflege, Rauchen, Spaziergänge etc.).

Bei allen Sicherheitsmassnahmen im Stuhl wird jeweils der Zeitpunkt von Beginn und Ende der Massnahme erfasst.

Sicherheitsmassnahme im Bett

Sicherheitsmassnahmen im Bett, die im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen zwingend erfasst werden müssen, sind definiert als Bewegungseinschränkungen wie das Anbringen von Bettgittern, das Anbringen von Gurten 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. Unterbrechungen bis zu zwei Stunden werden nicht berücksichtigt.

Bei allen Sicherheitsmassnahmen im Bett wird jeweils der Zeitpunkt des Beginns und des Endes der Massnahme erfasst.

Zur Unterscheidung von Sicherheitsmassnahmen im Bett und Fixierungen

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

4.3.2 Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkt

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

Art der FM	Erfassung durch	Zeitpunkt
		Grundsätzlich: Erfassung so zeitnah wie 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 FM

Allfällige bereits bestehende von Tabelle 4 abweichende 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 bei der Datenlieferung darüber zu informieren, dass keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden.

4.3.3 Häufige Erfassungsprobleme

Versäumen der Erfassung

Es ist pro Klinik eine Person zu bestimmen, die für die Einhaltung der Vorgaben sowie für die Vollständigkeit der Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen verantwortlich ist. Diese soll bei Unklarheiten auch Ansprechperson für die Auswertungsinstitution sein. Das Übereinstimmen der dokumentierten ärztlichen Verordnungen mit den Erfassungen Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) soll 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.

4.4 BFS-Daten

Verwendet werden die Daten der medizinischen Statistik, welche in der Klinik bereits erhoben werden. Sie werden dem Auswertungsinstitut sowie 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 an das Auswertungsinstitut.

4.5 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. gibt es keine Nebendiagnose, weil die Patientin / der Patient nur an einer einzigen Erkrankung leidet),
- bei Patientenfragebogen: Leerlassungen seitens Patientin/Patient (aus verschiedenen nicht weiter eruierbaren Gründen).

In allen diesen Fällen soll die entsprechende Variable leer gelassen werden («missing»). Dies bedeutet, dass es keine Information zu dieser Variable gibt. Zu unterscheiden ist dieser «missing»-Wert von den Werten «0» und «9», welche bestimmte Bedeutungen tragen (beispielsweise bedeutet der Wert «0» beim HoNOS sowie beim BSCL, dass die Patientin / der Patient 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 eine Patientin / ein Patient zu einer bestimmten Frage nicht äussern kann.

4.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung

Die ANQ-Messungen sind so konzipiert, dass die bei einer Patientin / einem Patienten erhobenen Daten 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 / der Erfassung von der fallführenden Person gesichtet, wenn immer möglich mit der Patientin / dem Patienten besprochen und für die Behandlungsplanung genutzt. Die Austrittswerte dienen zudem auch der Behandlungsevaluation und Austrittsplanung.

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

5 Datenqualität

5.1 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 sowie Vollständigkeit der Daten**,
- eine **gute Schulung** jener Personen, welche die Beurteilungen vornehmen respektive die Patientinnen / Patienten für die Selbstbeurteilung motivieren und instruieren und
- die **klinikinterne Plausibilisierung** der erfassten Daten.

5.2 Benchmark Datenrücklaufquote

Folgende Quoten werden erwartet:

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

Basierend auf den konkreten Messergebnissen passt der ANQ die erwarteten 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 die Patientin / der Patient noch nicht ausgetreten ist, werden vom Auswertungsinstitut entsprechend bereinigt. Sie erscheinen nicht in der Datenrücklaufquote.

5.3 Schulungen für die Erfassung

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

5.4 Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut

Damit die Datenqualität ein befriedigendes Niveau erreicht, sollen die erfassten Qualitätsdaten klinikintern frühzeitig und gründlich überprüft werden. Bei Erfassungsproblemen 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 ANQ angemessene Massnahmen bezüglich der Messungen 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 das Auswertungsinstitut vornimmt.

5.5 Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende

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

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

6 Datenlieferung

Die Daten müssen in elektronischer Form an das Auswertungsinstitut geliefert werden. Die Daten eines Messjahres sind **immer bis zum 07.03. des Folgejahres** zu liefern.

Es werden jeweils die gesamten Daten (inklusive Eintritts- und Austrittsmessungen) für die Patientinnen/Patienten 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 im entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller im entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen und Patienten.
- Daten aller Patientinnen und Patienten mit Eintritt ab 1.7.2012 (Beginn der ANQ-Messungen Erwachsenenpsychiatrie).

Die Daten werden seit der Messperiode 2019 über das Dashboard «moniQ» an w hoch 2 übermittelt. Dafür erhält pro Klinikstandort eine verantwortliche Person einen Link zur Registrierung in moniQ. Die verantwortliche Person kann sich während des ganzen Jahres mit ihrer Email-Adresse und dem selbstgewählten Passwort einloggen und Daten hochladen. Seit Frühjahr 2020 sind im Dashboard unmittel-



bare Rückmeldungen zur Korrektheit des Datenformates und zur Datenqualität abrufbar. Nach eventuellen Korrekturen kann einfach ein neues Datenset hochgeladen werden. Zuvor hochgeladene Daten werden dabei automatisch überschrieben.

In einem zweiten Schritt muss das finale Datenset bis spätestens am 7. März aus dem Dashboard an w hoch 2 übertragen werden. Alternativ besteht die Möglichkeit, die Daten entweder auf CD per eingeschriebener Post zu versenden oder per Email (z. B. in einem ZIP-Archiv verschlüsselt und mit gesondert gesendetem oder telefonisch mitgeteiltem Passwort an die Adresse: auswertungsinstitut@whoch2.ch). Für eine effektive Verschlüsselung von Dateien gibt es kostenlose Programme wie z. B. 7-zip.

Sofern die Daten oder ein Teil davon über eine spezialisierte Software eingegeben werden, sollte die Klinik die Datenlieferung regeln. Es gilt der Grundsatz, dass die Daten Eigentum der Klinik sind und nur dann durch den Softwareanbieter dem Auswertungsinstitut übermittelt werden können, wenn hierzu eine spezifische Ermächtigung durch die Klinik erfolgt ist.

7 Auswertung

Es wird ein jährlicher Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene erstellt und veröffentlicht. Dieser beinhaltet klinikvergleichende, qualitätsbezogene Auswertungen der Messungen. Details dazu finden sich im Dokument «[Auswertungskonzept Stationäre Psychiatrie Erwachsene](#)».

8 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.