MESSMANUAL
PSYCHIATRIESPEZIFISCHE MESSUNGEN

NATIONALER MESSPLAN STATIONÄRE PSYCHIATRIE

Ab Messjahr 2027

Autorinnen und Autoren: ANQ-Geschäftsstelle

Version: 1.2

Datum: Oktober 2026

Anpassungen zur letzten Version sind grau markiert

Weltpoststrasse 5 • 3015 Bern
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung ... 3

2 Überblick Messplan und Messinstrumente ... 3

2.1 Zusatzdaten Bundesamt für Statistik (BFS) ... 5

3 Erfassungszeitpunkte ... 6

3.1 Symptombelastung ... 6

3.2 Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) ... 6

4 Erfassungsinstrumente ... 7

4.1 Fremdbeurteilung mittels HoNOS/HoNOSCA ... 7

4.1.1 ANQ-Ratingkonventionen zum HoNOS/HoNOSCA ... 8

4.2 Selbstbeurteilung mittels BSCL/HoNOSCA-SR ... 9

4.3 Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) ... 11

4.3.1 Häufige Erfassungsprobleme von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ... 13

4.4 Sturzerfassung (Messung ohne Publikation) ... 13

4.5 Umgang mit fehlenden Werten ... 14

4.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung ... 15

5 Falldefinition ... 15

6 Datenqualität ... 17

6.1 Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung ... 17

6.2 Benchmark Datenrücklaufquote ... 17

6.3 Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut ... 17

6.4 Unterstützungsmöglichkeiten & Schulungen für Erfassende ... 18

7 Datenlieferung ... 18

8 Ergebnisse & Publikation ... 19

9 Datenschutz ... 19

1 EINFÜHRUNG

Der ANQ wurde 2009 von allen wichtigen Partnern des Schweizer Gesundheitswesens auf Basis des damals gültigen Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) gegründet. ANQ-Mitglieder sind der Spitalverband H+, der Verband der Versicherer prio.swiss, die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär-, und Invalidenversicherung) sowie alle 26 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein.

Der ANQ koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Qualitätsmessungen in der Psychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept Erwachsenenpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie des ANQ und wurden von allen Partnern genehmigt. Die Durchführung dieser Messungen ist für alle Kliniken, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beitreten, obligatorisch. Zu den psychiatrischen Kliniken zählen Einrichtungen, welche in der Typologie des Bundesamtes für Statistik (BFS) unter die Kategorien K211 oder K212 fallen.

Der ANQ gibt den psychiatrischen Kliniken die gesamtschweizerisch durchzuführenden Qualitätsmessungen in Form von Messplänen vor. Er koordiniert deren Umsetzung von der Datenerhebung über die Auswertung, die Berichtslegung bis hin zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

Die Umsetzung nationaler, ergebnisorientierter Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie startete am 1. Juli 2012. Ein Jahr später 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).

Das vorliegende Messmanual richtet sich an Personen, welche im Rahmen des Behandlungsprozesses die ANQ-Qualitätsmessungen innerhalb der stationären Psychiatrie vornehmen sowie an Personen, welche die Patientinnen und Patienten informieren, motivieren und sie beim Ausfüllen qualitätsbezogener Fragebogen unterstützen (Selbstbeurteilung). Weiterführende Informationen befinden sich auf dem ANQ-Webportal.

2 ÜBERBLICK MESSPLAN UND MESSINSTRUMENTE

Die Messvorgaben gelten für alle Patientinnen und Patienten aller Bereiche. Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden hinsichtlich der Messungen wie Erwachsene erfasst. Hingegen werden volljährige Patientinnen und Patienten in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bspw. bei Erreichen der Volljährigkeit während des Klinikaufenthalts) in die Messung Kinder- und Jugendpsychiatrie inkludiert. Der Einschluss in die Messungen wird somit nicht über das Alter, sondern über die teilnehmende Institution vorgenommen.

Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Inhalte des nationalen Messplans Psychiatrie und den einzelnen Kliniktypen der Erwachsenenpsychiatrie. Es handelt sich beim Messplan Psychiatrie, um eine Vollerhebung. Das heisst alle Patientinnen und Patienten unabhängig vom geplanten Austrittsdatum und unabhängig anderer Merkmale wie zum Beispiel Alter, Diagnose, Versicherungsstatuts oder Herkunft, die für einen stationären Aufenthalt eingetreten sind, werden erfasst.

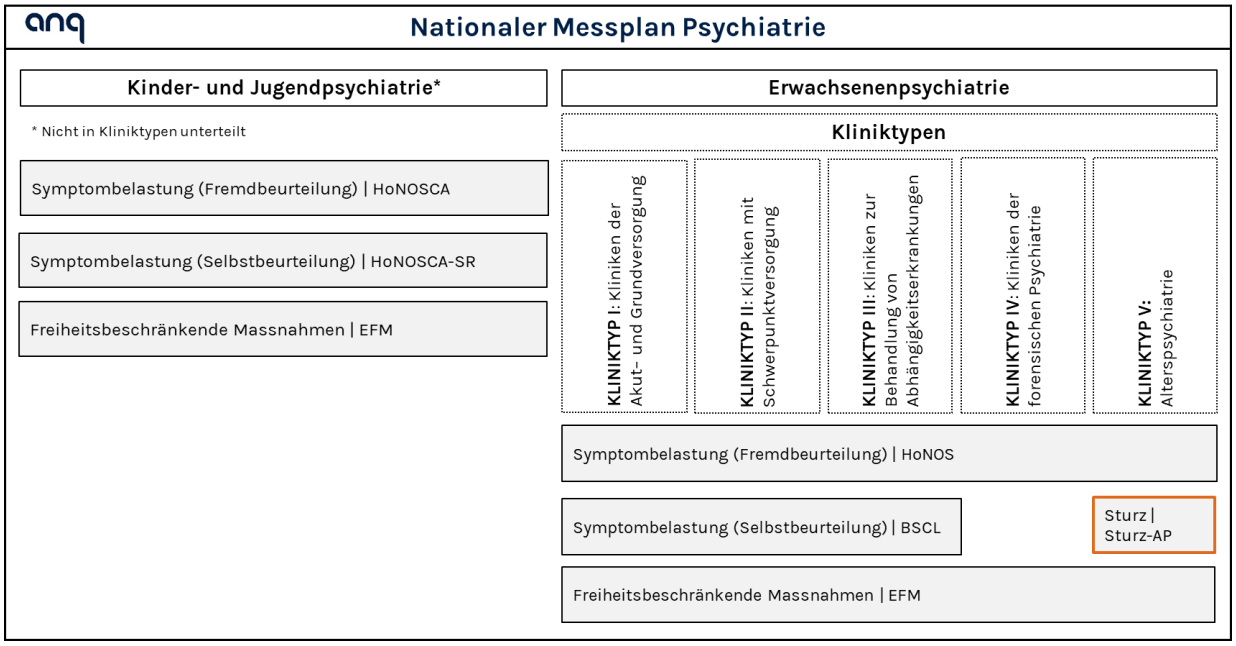


Abbildung 1 Nationaler Messplan Psychiatrie

Hinweise zum Messplan Psychiatrie:

- Bei Patientinnen und Patienten unter 14 Jahren wird auf die Erhebung der Selbstbeurteilung der Symptombelastung (HoNOSCA-SR) verzichtet.
- Kliniken der forensischen Psychiatrie sind seit dem 01.01.2019 und Kliniken der Alterspsychiatrie seit dem 01.01.2023 von der Messung der Selbstbeurteilung durch Patientinnen und Patienten mit dem Fragebogen BSCL dispensiert.
- Informationen zur Stratifizierung der Erwachsenenpsychiatrie sind auf dem ANQ-Webportal zu finden.
- Bei der Erfassung von Sturz und Sturzfolgen in der Alterspsychiatrie handelt es sich um eine Messung ohne Publikation siehe Kapitel 4.4.

In der nachfolgenden Abbildung 2 werden die Messzeitpunkte der zu erhebenden und dem ANQ zu übermittelnden Daten grafisch dargestellt.

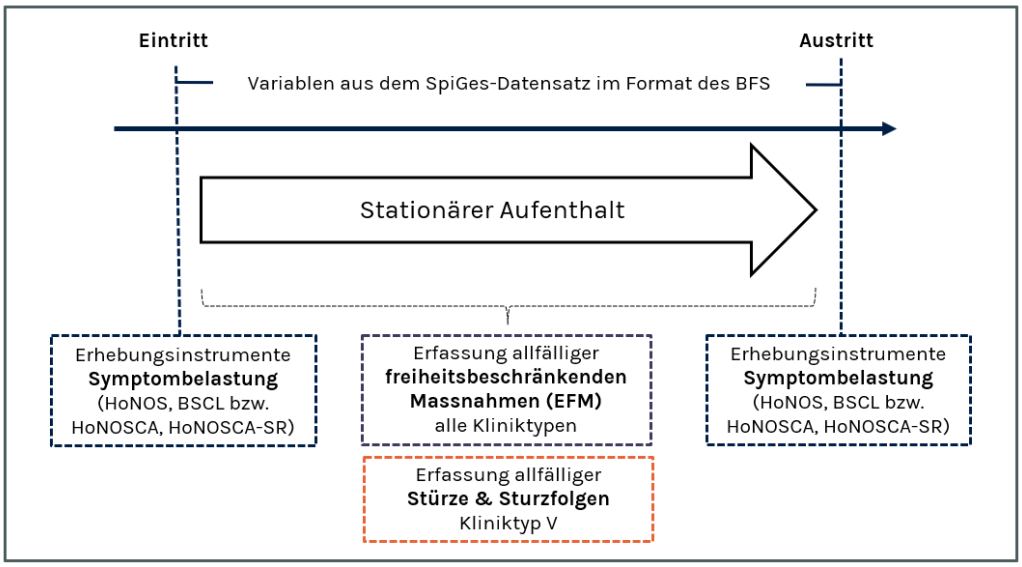


Abbildung 2 Überblick Messdesign nationale ANQ-Qualitätsmessungen Psychiatrie

2.1 ZUSATZDATEN BUNDESAMT FÜR STATISTIK (BFS)

Ergänzend zu den Erhebungen der Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung) bei Ein- und Austritt und der Erfassung allfälliger freiheitsbeschränkender Massnahmen (FM) sowie Sturzereignisse in der Alterspsychiatrie während der Hospitalisationsdauer, sind für die Datenanalyse relevante Variablen der Spitalstationären Gesundheitsversorgung (SpiGes) (ehemals Daten der Medizinischen Statistik – Minimaldatensatz und Psychiatrie-Zusatzdaten) dem Auswertungsinstitut zu übermitteln (siehe Abbildung 3). Zusätzlich bedarf es der Fallidentifikationsnummern (FID) in allen zu übermittelten Dateien.

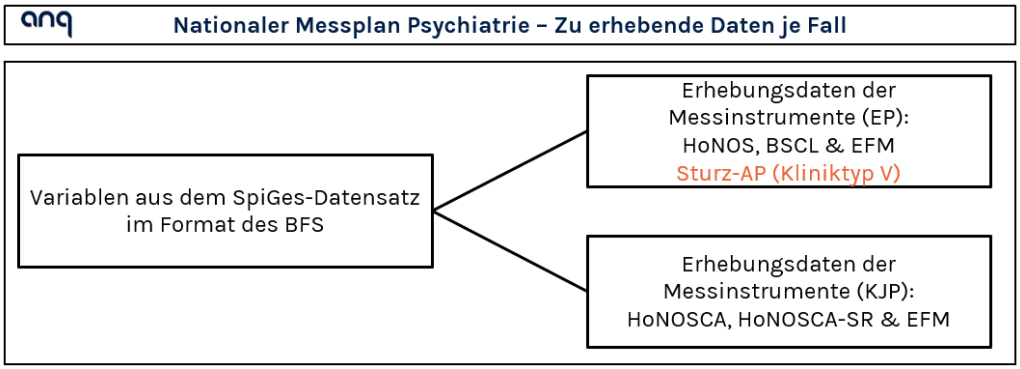


Abbildung 3 Überblick über die zu liefernden Daten pro Fall

3 ERFASSUNGSZEITPUNKTE

3.1 SYMPTOMBELASTUNG

Die Routineerfassungen bei Ein- und Austritt erfolgen **möglichst zeitnah** am effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt, jedoch frühestens/spätestens gemäss der Fristenübersicht in Tabelle 1. Der Ein- und Austrittstag wird zu den 3 Tagen nach Eintritt und 3 Tagen vor Austritt dazugezählt.

Tabelle 1 Fristenübersicht Erfassungszeitpunkte der Erhebungsinstrumente Symptombelastung

	Eintrittsmessung		**Austrittsmessung**	
Messinstrument	Frühestens	Spätestens	Frühestens	Spätestens
HoNOS	Eintrittstag	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	3 Tage nach Austritt
BSCL	Eintrittstag	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	Austrittstag
HoNOSCA	Eintrittstag	14 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	3 Tage nach Austritt
HoNOSCA-SR	Eintrittstag	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	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 (>24 Stunden) (Gültigkeit ab 01.01.2020). Nicht ausgefüllte Fragebogen müssen mit einer Begründung für den Dropout codiert werden. Dabei wird zwischen beeinflussbaren und nicht-beeinflussbaren Dropouts unterschieden (vgl. Kapitel 4).

3.2 FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN (FM)

Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) werden kontinuierlich und zeitnah in der Regel unmittelbar zusammen mit der ärztlichen Verordnung oder möglichst kurz nach der Massnahme erfasst.

Tabelle 2 Erfassungszeitpunkt und Zuständigkeit freiheitsbeschränkender Massnahmen (FM)

ART DER FM	ERFASSUNG DURCH	ZEITPUNKT
Isolation Fixierung Zwangsmedikation Festhalten	Verordnende Ärztin, verordnender Arzt	Zeitgleich mit der Verordnung, resp. Aufhebung der Verordnung
Bewegungseinschränkung im Bett oder im Stuhl	Pflegefachpersonen	Möglichst zeitnah zur Massnahme am Tag der Durchführung Regelmässig stattfindende gerontopsychiatrietypische Massnahmen können zeitsparend im Voraus eingetragen werden.

4 ERFASSUNGSINSTRUMENTE

4.1 FREMDBEURTEILUNG MITTELS HONOS/HONOSCA

Die Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) wurde 1996 vom Royal College of Psychiatrists (RCPsych) veröffentlicht. Die Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) wurde für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren ebenfalls vom RCPsych entwickelt und seit 1998 eingesetzt. Seit 2026 sind die alle HoNOS-Messinstrumente (auch HoNOSCA-SR) lizenziert und kostenpflichtig. Die anfallenden Kosten werden vom ANQ getragen. Im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessungen dürfen die Erhebungsinstrumente weiterhin ohne weitere Genehmigung verwendet werden. Der HoNOS fragt mittels 12 Items/der HoNOSCA mittels 13 Items nach Problemen zu Verhalten, Beeinträchtigungen, Symptomen und sozialer Funktionsfähigkeit, die bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufig auftreten können. Die Symptombelastung wird auf einer Skala von 0 «kein Problem» bis 4 «schwerwiegendes bis sehr schweres Problem» erfasst. Die jeweiligen Glossare (HoNOS, HoNOS Older Adults und HoNOSCA) enthalten die allgemeinen Ratingkonventionen sowie ergänzende Empfehlungen zur Erfassung der einzelnen Items.

Der HoNOS-Ratingbogen wird für die ANQ-Qualitätsmessungen in allen Kliniktypen der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt. Für die Erwachsenenpsychiatrie wird das HoNOS-Glossar verwendet. Für Kliniken der Alterspsychiatrie (Kliniktyp V) wird das HoNOS-Glossar Older Adults empfohlen. Die beiden Glossare unterscheiden sich hinsichtlich der verwendeten Terminologie (angepasst auf Erwachsene bzw. ältere Personen). Der HoNOSCA wird für die ANQ-Qualitätsmessungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien eingesetzt.

Beim HoNOS/HoNOSCA handelt es sich um Fremdbeurteilungsinstrumente. Für die Fremdbeurteilung mittels HoNOS/HoNOSCA ist die fallführende Person 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 Bezugspersonenpflegemodell 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/Patienten – unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. – immer möglich und obligatorisch. Für die Eintritts-HoNOS/HoNOSCA-Messung gibt es keine legitimen Ausfallgründe (Dropouts). Einzig im Fall eines Austritts innerhalb von 24 Stunden nach der Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOS/HoNOSCA zu erheben, da ein solcher Bewertungszeitraum zu kurz für sinnvolle Rückschlüsse wäre.

Tabelle 3 Codierung von Ausfallgründen (Dropouts) beim HoNOS/HoNOSCA bei Austritt

CODE	GRUND	BEMERKUNG
1	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach der Eintrittsmessung HoNOS/HoNOSCA (Messung ist zu kurz).	Ausschliesslich für die Austrittsmessung HoNOS/HoNOSCA zulässig
2	Andere	Soll nur in Ausnahmefällen verwendet werden und muss mit erläuterndem Freitext ergänzt werden
Hinweis: Unvorhergesehener Austritt, Nicht-Rückkehr aus dem Urlaub oder ein Todesfall sind keine Dropout-Gründe. Die fallführenden Behandelnden tragen den HoNOS/HoNOSCA innerhalb von 3 Tagen nach Austritt bzw. Todesfall nach.		

4.1.1 ANQ-Ratingkonventionen zum HoNOS/HoNOSCA

Die allgemeinen Ratingkonventionen zum HoNOS/HoNOSCA wurden im Rahmen von Überarbeitungen mit der *Expertengruppe HoNOS/HoNOSCA* 2026 mit ANQ-Konventionen ergänzt. Die nachfolgenden ANQ-Ratingkonventionen dienen der korrekten Erfassung des HoNOS/HoNOSCA für die ANQ-Messungen:

- Bewertungszeitraum: Der Referenzzeitraum wurde in allen Sprachversionen auf die letzten 7 Tage angepasst. Bei einem Aufenthalt unter 7 Tagen bezieht sich der

Bewertungszeitraum bei der Austrittsmessung auf die Zeit seit der Eintrittsmessung (mindestens 24 Stunden).

- Wert der Items: Wenn der Wert des Items nicht klar entschieden werden kann (z.B. 2 oder 3?), ist immer die stärkere Ausprägung zu erfassen (hier: 3).
- Die Bewertung ist deskriptiv: Es ist immer anhand der erhobenen Symptome und unabhängig von einer anderen Störungsgruppe oder medizinischen Behandlung zu bewerten. *Beispiel*: Bei einer Patientin/einem Patienten liegt eine medikamentös therapierte Schlafstörung vor. Liegen beim Zeitpunkt der Beurteilung keine Schlafsymptome vor, ist das entsprechende Item im HoNOS/HoNOSCA mit 0 zu bewerten.

4.2 SELBSTBEURTEILUNG MITTELS BSCL/HONOSCA-SR

Das Erhebungsinstrument Brief Symptom Checklist (BSCL) erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung von Personen mit 53 Items zu körperlichen und psychischen Symptomen. Die Symptombelastung als Selbstbeurteilung wird auf einer Skala von 0 «überhaupt nicht» bis 4 «sehr stark» erfasst.

Die BSCL wird in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt. Ausgenommen von der Messung der Selbstbeurteilung mittels BSCL sind Patientinnen/Patienten der forensischen Psychiatrie (seit 01.01.2019) und Patientinnen/Patienten der Alterspsychiatrie (seit 01.01.2023).

In kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wird der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCA-SR) zur Selbstbeurteilung der Symptombelastung verwendet. Dabei werden die subjektiv empfundenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen mittels 13 Items erfasst. Die Symptombelastung wird auf einer Skala von 0 «überhaupt nicht» bis 4 «sehr stark» erfasst.

Für die Abgabe der BSCL/HoNOSCA-SR und die Motivation der Patientin/des Patienten ist – genauso wie beim HoNOS/HoNOSCA – die fallführende Person 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 Bezugspersonenpflegesystem).

Die Abgabe des Fragebogens und die Motivation zur Teilnahme sollen möglichst ins Erstgespräch respektive Austrittsgespräch der fallführenden Behandelnden 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/Deiner 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/Dich, den Fragebogen unmittelbar nach diesem Erstgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich/wende Dich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen/Dir gerne. Wir werden den von Ihnen/Dir ausgefüllten Bogen dann gemeinsam besprechen. Vielen Dank!»

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

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

Grundsätzlich soll bei allen Patientinnen/Patienten – unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. – versucht werden, sie zum Ausfüllen der Fragebogen 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.

Kann keine Selbstbeurteilung erreicht werden, so ist zwingend immer ein Ausfallgrund (**Dropout**) aus untenstehender Tabelle (Tabelle 4) zu kodieren.

Tabelle 4 Codierung von Ausfallgründen bei der BSCL/HoNOSCA-SR

CODE	AUSFALLGRÜNDE (DROPOUT-GRÜNDE)
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 Jahre)
6	Zu kurzer Messzeitraum: Austritt innerhalb von 24 Stunden nach Eintritts-BSCL/HoNOSCA-SR-Messung

7	Spontaner, unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub
8	Andere: Mittels Freitextes zu spezifizieren

Die BSCL kann in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch eingesetzt werden. Diese Versionen sind durch den ANQ geprüft und genehmigt. Bis auf weiteres stellt der ANQ keine weiteren validierten **Sprachversionen** der BSCL zur Verfügung: Spezifische Auswertungen der Daten aus der ANQ-Messung «stationäre Erwachsenenpsychiatrie» zeigen, dass nur eine geringe Anzahl der Dropouts beim Patientenfragebogen BSCL auf Sprachproblemen beruhen und diese Fälle eine sehr hohe Sprachheterogenität aufweisen.

Die BSCL ist von der Firma Hogrefe Verlag lizenziert, seine Nutzung ist entsprechend kostenpflichtig. Die **Lizenzkosten** für die Nutzung der BSCL innerhalb der ANQ-Messungen werden vom ANQ getragen. Die Lizenz beinhaltet die Erstellung einer Printversion sowie einer elektronischen Version. Die Messlizenz wurde um die Möglichkeit klinikindividueller Verlaufsmessungen erweitert.

Der HoNOSCA-SR ist in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch verfügbar. Diese Versionen wurden vom ANQ geprüft und genehmigt. Eine Übersetzung in weitere Sprachen und deren Bereitstellung erfolgt bis auf Weiteres nicht (siehe Erläuterungen zu den Sprachversionen der BSCL).

4.3 ERFASSUNG FREIHEITSBESCHRÄNKENDER MASSNAHMEN (EFM)

Die Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) wurde vom ANQ in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten erarbeitet und basiert auf dem Pilotprojekt der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (KIQ – einer Vorläuferorganisation des ANQ) aus den Jahren 2008-2010. Die EFM sind seit Messbeginn im Jahr 2012 auf dem ANQ-Messplan Erwachsenenpsychiatrie und seit 2014 auf dem ANQ-Messplan Kinder und Jugendpsychiatrie.

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

Eine freiheitsbeschränkende Massnahme **wird per Definition gegen den Willen der Patientin/des Patienten durchgeführt.** Dies bedeutet, dass sie trotz einer verbalen und/oder nonverbaler Weigerung oder einer klaren Ablehnung erfolgt. Zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen zählen unter anderem sich gegen den Willen isolieren, fixieren, festbinden, festhalten oder medikamentös behandeln zu lassen oder die Anwendung von Bettgittern oder tieferen Sitzgelegenheiten. Dabei sind die Intensität der Weigerung, die Urteilsfähigkeit, frühere Einwilligungen, die Meinung von Angehörigen oder der Wunsch der gesetzlichen Vertretung unerheblich. Bei nicht eindeutig erkennbarem Willen, beispielsweise bei Demenz, gilt

grundsätzlich der mutmassliche Wille. Wehrt sich die Person dennoch gegen den eruierten mutmasslichen Willen oder weigert sie sich, diesen umzusetzen, ist das als FM zu betrachten. Im Zweifelsfall ist dies interdisziplinär und mit Angehörigen oder vertretungsberechtigten Personen zu diskutieren. FM unterstehen verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Schweizerisches Zivilgesetzbuch – Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht sowie diesbezüglichen kantonalen Einführungsbestimmungen und gesetzlichen Grundlagen)[1]. Zu dieser Thematik gibt es zahlreiche ethische Auseinandersetzungen und von Fachgesellschaften erarbeitete Richtlinien (vgl. etwa «Zwangsmassnahmen in der Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder die «Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen» von Gerontologie CH. Die nachfolgende Tabelle (Tabelle 5) gibt einen Überblick über die zuhanden des ANQ zu erfassenden Angaben in der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Tabelle 5 Übersicht Erfassung freiheitsbeschränkende Massnahmen EFM

ART DER FM	BEREICH	KATEGORIE	ZEITRAUM/ZEITPUNKT
Isolation	☒ Erwachsenenpsychiatrie	• Psychiatrisch • Infektiologisch/somatisch[2]	Beginn & Ende: Datum und Uhrzeit
	☒ Kinder- und Jugendpsychiatrie	Keine Unterscheidung	Beginn & Ende: Datum und Uhrzeit
Fixierung	☒ Erwachsenenpsychiatrie ☒ Kinder- und Jugendpsychiatrie		Beginn & Ende: Datum und Uhrzeit
Zwangsmedikation	☒ Erwachsenenpsychiatrie ☒ Kinder- und Jugendpsychiatrie	• Oral • Injektion	Zeitpunkt Datum und Uhrzeit
Festhalten	☒ Erwachsenenpsychiatrie ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie		Beginn & Ende: Datum und Uhrzeit
Bewegungseinschränkung im Stuhl	☒ Erwachsenenpsychiatrie ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie		Beginn & Ende: Datum und Uhrzeit
Bewegungseinschränkung im Bett	☒ Erwachsenenpsychiatrie ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie		Beginn & Ende: Datum und Uhrzeit

[1] 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).
[2] Bei infektiologischen/somatischen Isolationen gilt ebenso wie bei den freiheitsbeschränkenden Massnahmen, dass sie gegen den Willen der Patientin/des Patienten durchgeführt werden.

Informationen zu den einzelnen Massnahmen sind im Erfassungsinstrument freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM) auf dem ANQ-Webportal zu finden.

Die Zuständigkeiten für die Erfassung von FM sind gemäss Tabelle 2 zu regeln. Allfällige bereits bestehende von Tabelle 2 abweichende Zuständigkeiten sollen, sofern sie sich bewährt haben, fortgeführt werden.

Wenn generell oder in einer Erfassungsperiode keine FM eingesetzt wurden, so sind keine entsprechenden Daten zu erfassen. In diesem Falle ist im Upload-Prozess in moniQ mittels Anklickens eines Auswahlfeldes zu bestätigen, dass im Erhebungszeitrum keine FM angewandt wurden. Das Hochladen eines leeren Datenfiles ist nicht möglich.

4.3.1 Häufige Erfassungsprobleme von freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Versäumen der Erfassung

Es ist pro Klinik eine Person zu bestimmen, die für die Einhaltung der Vorgaben sowie für die Vollständigkeit der Erfassung der FM verantwortlich ist. Diese soll bei Unklarheiten Ansprechperson für das Auswertungsinstitut sein. Das Übereinstimmen der dokumentierten ärztlichen Verordnungen mit den Erfassungen FM soll klinikintern regelmässig stichprobenweise geprüft werden.

Doppelerfassung

Es ist mit geeigneten organisatorischen Strukturen sicherzustellen, dass eine FM 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. Hierzu wurden zur Unterstützung vom Qualitätsausschuss Psychiatrie ab dem Messjahr 2023 Obergrenzen für bestimmte FM festgelegt. Diese werden bei den Datenqualitätsanalysen auf der Online-Plattform moniQ berücksichtigt. Nach einem Datenupload können sich die Kliniken hier detaillierte Rückmeldungen inkorrekt dokumentierten Massnahmen ausgeben lassen (siehe auch Auswertungskonzept).

4.4 STURZERFASSUNG (MESSUNG OHNE PUBLIKATION)

Ab dem 01.01.2026 pilotiert der ANQ die Erfassung von *Stürzen und Sturzfolgen* ausschliesslich in Kliniken der Alterspsychiatrie (Kliniktyp V).

Die Messung ist analog zu den im Messmanual beschriebenen psychiatriespezifischen Messungen konzipiert und wird auch als Vollerhebung durchgeführt. Für die Erfassung gelten

dieselben Bestimmungen zu Datenqualität, Datenprüfung, Datenlieferung (Stichtag 07.03) und Datenschutz sowie der Falldefinition.

Da es sich um eine Pilotmessung handelt, erfolgt keine transparente, vergleichende Publikation der Ergebnisse.

Die Erhebung von Stürzen und Sturzfolgen während des stationären Klinikaufenthalts erfolgt gemäss der vom ANQ in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten erarbeiteten Definition und Spezifikation. Eine Übersicht zu den zu erhebenden Daten, den Erfassungszeitpunkten sowie den Zuständigkeiten bietet Tabelle 6. Weitere Informationen finden sich im Konzept Sturz in der Alterspsychiatrie.

Tabelle 6 Sturzerfassung (Modul, Zeitpunkt und Zuständigkeit der Erfassung)

ERFASSUNG		ERFASSUNGSZEITPUNKT	ERAFSSUNG DURCH*	DROPOUT
Sturz ☐ Erfassung pro Ereignis	Zeitpunkt des Sturzes Datum und Uhrzeit	Unmittelbar nach dem Sturz	Ärzt/in, Psycholog/innen, Pflegefachperson oder andere befugte therapeutische Fachpersonen	Es werden alle Stürze und Sturzfolgen erhoben, die sich während des Klinikaufenthaltes im Erhebungszeitraum ereignet haben. Es bestehen **keine** Dropout-Gründe.
Sturzfolgen ☐ Ja ☐ Nein		Unmittelbar nach dem Feststellen der Sturzfolge	Ärzt/in, Psycholog/innen, Pflegefachperson oder andere befugte therapeutische Fachpersonen	

*Die Erfassung kann durch alle behandelnden Personen erfolgen. Die Verantwortlichkeit dafür muss klinikintern geregelt werden.

Die Dokumente Datendefinition EP sowie Datencontrolling und Datenvalidierung EP wurden entsprechend der Sturzerfassung ergänzt und zeigen im Detail in welchem Format und welche zusätzlichen Daten für die korrekte Datenübermittlung notwendig sind.

4.5 UMGANG MIT FEHLENDEN WERTEN

Gründe für fehlende Werte sind vielfältig insbesondere bei:

- Erfassungsversäumnissen (z.B. 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: z.B. Leerlassungen seitens der Patientin/des Patienten (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/HoNOSCA sowie bei der BSCL und dem HoNOSCA-SR, dass die Patientin/der Patient in diesem Bereich keine Probleme hat. Der Wert «9», der beim HoNOS/HoNOSCA 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.

Bei der Berechnung des HoNOS/HoNOSCA werden die Items mit dem Wert «9», wie fehlende Einträge behandelt. Es wird eine Schätzung anhand der beobachteten Items vorgenommen, sodass ein Vergleich der Werte des HoNOS/HoNOSCA bei Eintritt und bei Austritt möglich wird. Wenn beispielsweise der Wert «9» einmalig vergeben wurde, so werden die anderen 11 Werte addiert, durch 11 geteilt und mit 12 multipliziert. Dadurch wird ein Vergleich der Werte des HoNOS/HoNOSCA bei Eintritt und bei Austritt möglich. Wichtig; maximal sind 3 fehlende Items mit dem Wert «9» erlaubt.

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/HoNOSCA und/oder BSCL/HoNOSCA-SR 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 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 FALLDEFINITION

Ab dem Messjahr 2026 übernimmt der ANQ die Regelungen und Definitionen zur Falldefinition, zu den Standorten/Verlegungen sowie der Fallzusammenführung gemäss BFS (Detailkonzept SpiGes) und SwissDRG AG (Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY).

Die stationäre **Falldefinition** richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), die auch vom BFS und SwissDRG AG übernommen wurden. Demnach entspricht eine Erhebungseinheit (Fall) einer **stationären Behandlung** mit einem Aufenthalt in einer Klinik von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte mit

einer Dauer von weniger als 24 Stunden, in deren Verlauf während einer Nacht ein Bett belegt wird bzw. eine Überweisung in eine (andere) Klinik vorgenommen wird, gelten ebenfalls als stationäre Behandlungen. Gleiches gilt bei Todesfällen.

Eine Klinik mit mehreren **Standorten** gilt gemäss SwissDRG AG als eine Klinik. **Verlegungen** zwischen verschiedenen Standorten derselben Klinik gelten somit nicht als Verlegungen. Für die psychiatriespezifischen Messungen bedeutet dies, dass bei einer Verlegung von einem Standort zu einem anderen Standort derselben Klinikgruppe kein neuer Fall eröffnet wird. Der Patientenfall wird mit dem Standort des Austritts zugeordnet. Gleiches gilt auch bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung (innerhalb desselben Standorts). Eine Ausnahme besteht bei Verlegungen innerhalb derselben Klinik von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einheit auf eine erwachsenenpsychiatrische Einheit oder umgekehrt. In diesem Fall müssen erneute Messungen mit den entsprechenden Erhebungsinstrumenten der neuen Einheit durchgeführt werden.

Im Grundsatz wird jeder Wiedereintritt als ein neuer Fall betrachtet, sofern keine **Fallzusammenführung** zur Anwendung kommt. Eine solche wird angewandt, wenn innerhalb von 18 Tagen nach Austritt eine Wiederaufnahme oder eine Rückverlegung in dieselbe Klinik mit derselben Major Diagnostic Categories (MDC) erfolgt. Dies gilt auch für mehrfache Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen. In solchen Fällen werden keine erneuten Aus- und Eintrittsmessungen notwendig. In die Auswertung bei einem zusammengeführten Fall fliessen die Daten der Eintrittsmessung des ersten Falles sowie die Daten der Austrittsmessung des letzten Falles.

Eine **Ausnahme der Fallzusammenführung** bildet die Behandlung in einer forensischen Klinik/Abteilung und in einer nicht-forensischen Klink/Abteilung – eine Fallzusammenführung kommt nicht zur Anwendung. Auch bei jahresübergreifenden Fällen wird die Fallzusammenführung nicht angewandt.

In folgenden weiteren «Fällen» sind keine Aus- und Eintrittsmessungen erforderlich:

- Tritt eine Patientin/Patient innerhalb von **weniger als 24 Stunden** am gleichen Standort oder einem Standort derselben Klinikgruppe erneut ein und wird der Aufenthalt von den Behandelnden aus klinischer Sicht als Fortsetzung des bisherigen Behandlungsfalls betrachtet, erfolgt keine Aus- oder Eintrittsmessung. Dies gilt insbesondere bei Abwesenheiten aufgrund von Spezialuntersuchungen oder Behandlungen in anderen Kliniken.
- **Administrativer Urlaub**: Dieser liegt vor, wenn eine Patientin/ein Patient die Klinik für mehr als 24 Stunden (>24 h) verlässt, das Bett jedoch weiterhin reserviert bleibt (ferienhalber oder als Belastungserprobung).

6 DATENQUALITÄT

6.1 DATENQUALITÄT ALS WICHTIGE GRUNDLAGE FÜR DIE DATENAUSWERTUNG

Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, ist eine ausreichende 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 sowie
- die **klinikinterne Plausibilisierung** der erfassten Daten.

6.2 BENCHMARK DATENRÜCKLAUFQUOTE

Folgende Quoten werden erwartet:

- **Fremdbeurteilung: Eintrittsmessung: 100%; vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 90%.** Vollständigkeit beinhaltet zentrale Variablen aus dem SpiGes-Datensatz (ehemals BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten). Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht-beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.
- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%.** Vollständigkeit beinhaltet zentrale Variablen aus dem SpiGes-Datensatz (ehemals BFS-Minimaldaten und dem BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten). Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht-beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.
- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze: 0%**.

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.

6.3 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 in moniQ hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität geprüft (dies kann von der Klinik auch unterjährig gemacht werden). Bei einer nicht

ausreichenden Datenqualität sollten durch die Kliniken Massnahmen zur Verbesserung ergriffen werden.

Die Dokumente «Datendefinition EP | KJP» und «Datencontrolling und Datenvalidierung EP | KJP» geben zum klinikinternen Datencontrolling umfassende Hilfestellungen. Die Dokumente zeigen ebenfalls auf, welche Überprüfung der Daten das Auswertungsinstitut vornimmt.

6.4 UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN & SCHULUNGEN FÜR ERFASSENDE

Als erste Anlaufstelle bei Problemen dienen die klinikinternen Projektleitenden. Der ANQ empfiehlt zur Erfassung der Symptombelastung (Fremdbeurteilung) das Klinikpersonal bzw. ausgewählte Personen zu schulen. Der ANQ bietet dazu für die Fremdbeurteilungsinstrumente HoNOS und HoNOSCA klinikinterne Schulungen an.

Die Schulungen richten sich an das zu erfassende Klinikpersonal. Teilweise nehmen auch einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Kliniken an den Schulungen teil, die ihr erworbenes Wissen anschliessend intern an die Behandelnden bzw. Erfassenden weitergeben können.

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

7 DATENLIEFERUNG

Die SpiGes-Daten müssen pro Standort (burnr) an das Auswertungsinstitut geliefert werden. Befinden sich mehrere Kliniktyp am jeweiligen Standort, müssen die Messdaten getrennt pro Kliniktyp übermittelt werden. Eine Ausnahme besteht für Kliniken, welche sowohl Angebote der Erwachsenenpsychiatrie als auch der Alterspsychiatrie anbieten. Diese müssen ebenfalls zwei Datensets - einmal für die Alterspsychiatrie und einmal für die Erwachsenenpsychiatrie hochladen. Es ist den Kliniken jedoch freigestellt, die Daten entweder selbst in zwei unterschiedliche Datensets zu trennen oder zwei Mal das gleiche Datenset hochzuladen. Die Trennung wird dann automatisiert durch w hoch 2 vornehmen zu lassen. Das Kriterium für die Zuordnung der Fälle ist die Variable «Behandlungsbereich». Fälle, bei denen hier der Wert «Alterspsychiatrie» angegeben wurde, werden der Alterspsychiatrie zugeordnet. Fälle, bei denen ein anderer Behandlungsbereich angegeben wurde oder bei denen diese Angabe fehlt, werden den übrigen Fällen der Erwachsenenpsychiatrie zugeordnet. Die Ausnahme besteht nur für diesen Kliniktyp. Die Messdaten von weiteren Kliniktypen an einem Standort müssen für die Übermittlung an das Auswertungsinstitut zwingend getrennt geliefert werden.

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/Patienten, die im entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller im entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen/Patienten.
- Daten aller Patientinnen/Patienten mit Eintritt ab 01.07.2012 (Beginn der ANQ-Messungen Erwachsenenpsychiatrie) bzw. 01.07.2013 (Beginn der ANQ-Messungen Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Die Falldefinition gemäss BFS und SwissDRG AG (siehe Kapitel 5) wurde für die Messdaten und die SpiGes-Daten übernommen. Im Falle einer Fallzusammenführung enthalten die Messdaten die identische FID wie im SpiGes-Datensatz, die Eintrittsmessung des ersten Aufenthalts und die Austrittsmessung des letzten Aufenthalts.

Die Daten werden seit der Messperiode 2019 über das Dashboard «moniQ» an das Auswertungsinstitut 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 E-Mail-Adresse und dem selbst gewählten Passwort einloggen und Daten hochladen. Seit Frühjahr 2020 sind im Dashboard unmittelbare Rückmeldungen zur Korrektheit des Datenformates und zur Datenqualität abrufbar. Nach eventuellen Korrekturen kann ein neues Datenset hochgeladen werden. Zuvor hochgeladene Daten werden dabei automatisch überschrieben.

Das finale Datenset muss bis spätestens am **7. März des Folgejahres** aus dem Dashboard an w hoch 2 übermittelt werden.

8 ERGEBNISSE & PUBLIKATION

Für jedes Messjahr erfolgt eine transparente klinikvergleichende Ergebnispublikation auf dem ANQ-Webportal. Zusätzlich werden verschiedene Publikationsprodukte wie Infografiken, Erläuterungen zu den Grafiken und Risikoadjustierung etc. auf dem Webportal aufgeschaltet. Weitere Details sind im Auswertungs- und Publikationskonzept beschrieben.

Zusätzlich haben die Kliniken die Möglichkeit individuelle klinikspezifische Analysen im Vizer Ergebnisdashboard einzusehen, dort vielfältige eigene Analysen vorzunehmen und mit nationalen Benchmarks zu vergleichen.

9 DATENSCHUTZ

Das Datenreglement ANQ, Version 2.0, kommt bei den Messungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Anwendung. Dieses besagt: «Die Spitäler und

Kliniken sind verantwortlich für die korrekte, vollständige und datenschutzkonforme Erhebung der Daten sowie für deren fristgerechte Übermittlung. […] Die Spitäler und Kliniken pseudonymisieren oder anonymisieren die Personendaten entsprechend den vom ANQ für die jeweilige Messung festgelegten Vorgaben (z.B. Messkonzept) vor der Übermittlung an den ANQ bzw. an die von diesem bezeichneten ANQ-Kooperationspartner. […]» (Art. 5). Im Übrigen treffen die verantwortlichen Personen die angemessenen organisatorischen und technischen Massnahmen zum Schutz der Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität der Daten sowie zur Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit ihrer Bearbeitung; sie berücksichtigen dabei insbesondere die Anforderungen gemäss den für sie geltenden eidgenössischen und kantonalen Vorschriften zum Datenschutz.

Die Lieferung von Daten an den ANQ im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsmessungen erfolgt im Hinblick auf die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG). Es besteht somit für die Datenlieferung eine gesetzliche Grundlage, und eine Einwilligung der Patientinnen/Patienten ist aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht erforderlich. Ebenfalls braucht es keine generelle Einwilligung (general consent) der Patientinnen/Patienten nach Humanforschungsgesetz (HFG), da die Messung dem HFG nicht unterliegt.