

AUSWERTUNGSKONZEPT

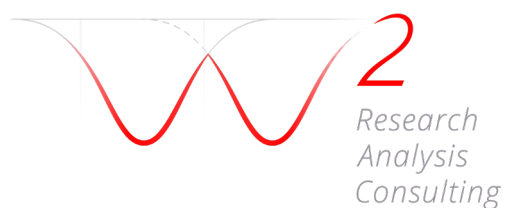
NATIONALER MESSPLAN STATIONÄRE ERWACHSENENPSYCHIATRIE SOWIE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Autorinnen und Autoren: ANQ Geschäftsstelle
w hoch 2

Version: 1.1

Datum: August 2025

Anpassungen zur letzten Version sind grau markiert



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Methodik der Messung.....	3
2.1	Messinstrumente und Zusatzdaten.....	3
2.2	Messzeitpunkte.....	5
2.3	Falldefinition	5
2.4	Stichprobenumfang	5
2.5	Ein- und Ausschlusskriterien.....	6
3	Messlogistik.....	6
3.1	Datenübermittlung	6
3.2	Datenprüfung.....	7
3.2.1	Datenbereinigung	7
3.3	Datenaufbewahrung	9
3.4	Datenschutz.....	9
4	Datenauswertung.....	10
4.1	Methode.....	10
4.2	Datenqualität.....	12
4.2.1	Rücklaufquote/Erwartungswerte	12
5	Berichtslegung.....	13
	Literaturverzeichnis.....	15

1 AUSGANGSLAGE

Das hier vorgelegte Auswertungskonzept beschreibt, wie die erhobenen Messergebnisse in der stationären Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewertet werden. Die Erstellung der Konzepte (Auswertungs- sowie Publikationskonzept) erfolgte in enger Kooperation zwischen dem ANQ (ehemals: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken), dem Qualitätsausschuss Psychiatrie und dem Auswertungsinstitut w hoch 2. Seit 2018 ist w hoch 2 durch den ANQ beauftragt, die Datenerhebung wissenschaftlich zu begleiten und die Auswertung der erhobenen Daten zu übernehmen.

Grundlagen der Konzepte des ANQ sind der [Nationale Qualitätsvertrag](#), das [Datenreglement des ANQ](#) sowie die generellen [Anforderungen an Auswertungs-](#) und [Publikationskonzepte](#). Die Erarbeitung der Konzepte des ANQ verläuft prozesshaft und baut auf den vorhergehenden Fassungen sowie neuen Erkenntnissen aus den Ergebnissen der Auswertungen auf.

2 METHODIK DER MESSUNG

Die Datenerhebung liegt im Verantwortungsbereich jeder einzelnen Klinik, welche auch die Hoheit über ihre Daten hat. Das genaue Datenformat bzw. die logistischen Anforderungen zur Datenerhebung sind im Messmanual ([Erwachsenenpsychiatrie](#) sowie [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)) und in der Datendefinition ([Erwachsenenpsychiatrie](#) sowie [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)) des ANQ festgelegt.

2.1 MESSINSTRUMENTE UND ZUSATZDATEN

Der nachfolgende Messplan (Abbildung 1) zeigt, die für die Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhebenden Messinstrumente zur Erfassung der Symptombelastung (Selbst- und Fremdbeurteilung) sowie der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

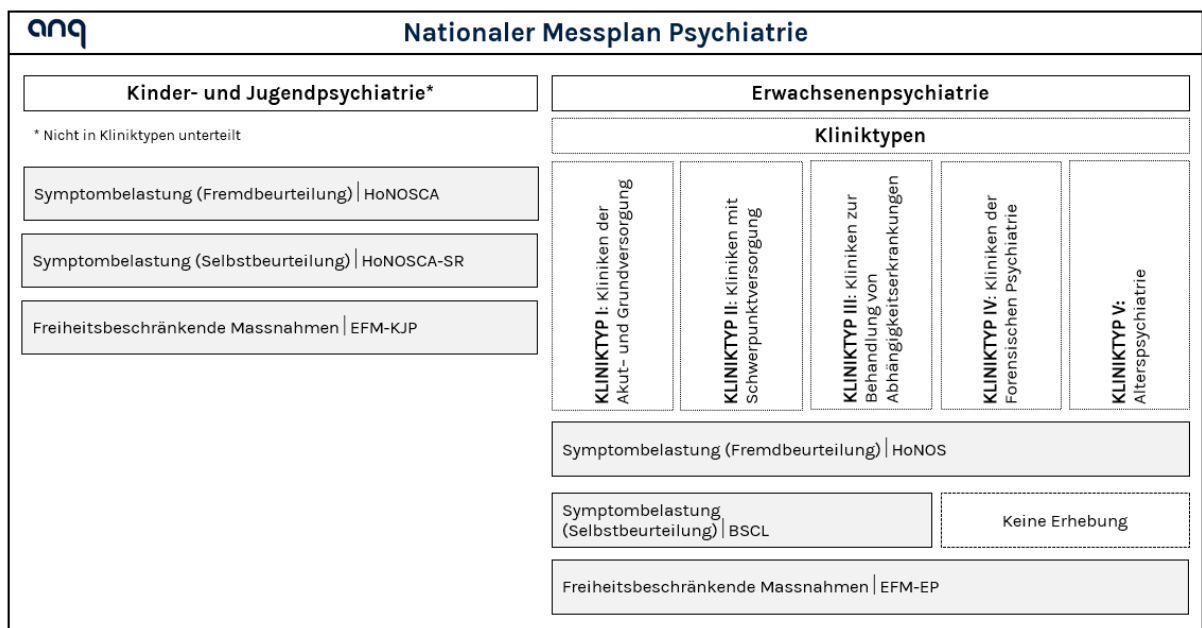


Abbildung 1: Nationaler Messplan Psychiatrie (gültig seit dem Messjahr 2023)

In der Erwachsenenpsychiatrie werden die Kliniken zudem nach Kliniktypen stratifiziert (siehe Abbildung 1 und Tabelle 1). Die Stratifizierung wurde vom ANQ zur besseren Vergleichbarkeit der unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken und zur Förderung des Benchmark-Prozesses entwickelt. Informationen zur Stratifizierung sind im Factsheet Kliniktypen auf dem [ANQ-Webportal](#) zu finden.

KLINIKTYP	BEZEICHNUNG	EINFÜHRUNG
Kliniktyp I	Kliniken der Akut- und Grundversorgung (entspricht Akut- und Vollversorgung)	seit Datenjahr 2016
Kliniktyp II	Kliniken mit Schwerpunktversorgung (entspricht Spezialversorgung)	seit Datenjahr 2016
Kliniktyp III	Kliniken zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	seit Datenjahr 2016
Kliniktyp IV	Kliniken der Forensischen Psychiatrie	seit Datenjahr 2019
Kliniktyp V	Alterspsychiatrie	seit Datenjahr 2023

Tabelle 1: Übersicht über die ANQ-Kliniktypen in der Erwachsenenpsychiatrie

Die zusätzlich je Fall zu erfassenden bzw. zu übermittelnden Daten umfassen bestimmte Variablen aus **der Minimaldaten sowie die Psychiatrie-Zusatzdaten der Medizinischen Statistik**, die für das Bundesamt für Statistik (BFS) obligatorisch erfasst werden (siehe Abbildung 2).

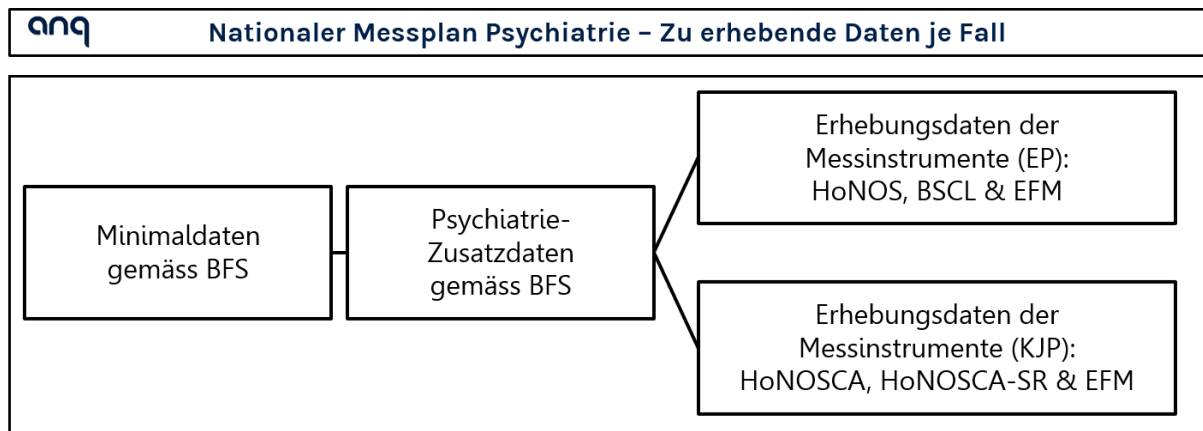


Abbildung 2: Zu liefernde Daten pro Fall

Die Werte der Symptombelastung stellen einzelne Indikatoren der Behandlungsqualität dar, sie umfassen jedoch nicht die gesamte Behandlungsqualität. Aus diesem Grund wird nicht von Behandlungsqualität, sondern von Messergebnissen «Differenzwert oder Reduktion der Symptombelastung gemäss Selbst- oder Fremdbeurteilung» gesprochen.

2.2 MESSZEITPUNKTE

Die Symptombelastung wird bei Eintritt und Austritt (Mindestabstand 24 Stunden) und die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden bei jeder Anwendung erfasst. Die Daten aus der Medizinischen Statistik werden jeweils nach Ende eines Erhebungszeitraumes zusammengestellt und ans Auswertungsinstitut übermittelt.

2.3 FALLDEFINITION

Die Falldefinition entspricht derjenigen des BFS, wie sie im Messmanual (Kapitel 3.1.2) beschrieben wird. Grundsätzlich gilt, dass eine Erhebungseinheit einem Behandlungsfall entspricht. Aufgrund der Erfahrung im Messjahr 2018 hat der ANQ-Vorstand im Juli 2019 entschieden, die Falldefinition **ohne** die Fallzusammenführung nach TARPSY/SwissDRG (seit dem Messjahr 2019) festzulegen. Die Daten dürfen daher **keine** nach TARPSY/SwissDRG (Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen in dieselbe Klinik) zusammengeführten Fälle enthalten.

2.4 STICHPROBENUMFANG

Die Kliniken liefern Daten für alle Fälle (Vollerhebung), welche im Erhebungszeitraum in ihren vorgesehenen Abteilungen stationär behandelt wurden. Kliniken haben die Möglichkeit Datensets mit nicht benötigten Fällen, also Fällen mit Eintritt vor dem 01.07.2012 in die

Erwachsenenpsychiatrie resp. vor dem 01.07.2013 in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und mit Austritt vor dem Berichtszeitraum bzw. mit Austritt nach dem Berichtszeitraum zu liefern. Dies entspricht den Vorgaben des BFS für die Lieferung der Medizinischen Statistik mit allen Fallarten (Kennzeichnung des Statistikfalls «A», «B» oder «C» nach dem [Detailkonzept BFS](#)), sodass für die Kliniken kein Zusatzaufwand entsteht.

Für die Auswertung werden diejenigen Fälle berücksichtigt, die frühestens ab Messbeginn 01.07.2012 für die Erwachsenenpsychiatrie und 01.07.2013 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingetreten und im jeweiligen Berichtszeitraum ausgetreten sind. Fälle mit ungenügender Datenqualität werden von den Klinikvergleichen ausgeschlossen.

Alle teilnehmenden Kliniken werden in den nationalen Vergleich einbezogen. Eine Klinik mit einer niedrigen Anzahl von gut dokumentierten Fällen ($N < 30$) wird aufgrund der hohen Unsicherheit der berechneten Ergebnisse im Nationalen Vergleichsbericht kenntlich gemacht. Bei den Ergebnissen hinsichtlich der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden nur diejenigen Kliniken im Vergleich berücksichtigt, welche im Erhebungszeitraum mindestens eine Freiheitsbeschränkende Massnahme durchgeführt haben.

2.5 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Die nationale Qualitätsmessung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie schliesst im Grundsatz kinder- und jugendpsychiatrische Fälle aus, da seit 1. Juli 2013 eigene Messungen in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt wurden. Umgekehrt werden grundsätzlich erwachsenenpsychiatrische Fälle in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeschlossen.

Werden Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt, so werden sie in die Messung der Erwachsenenpsychiatrie eingeschlossen und darin ausgewertet. Volljährige Patientinnen und Patienten in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bspw. bei Erreichen der Volljährigkeit während des Klinikaufenthalts) werden in die Messung Kinder- und Jugendpsychiatrie inkludiert. Der Einschluss in die Messungen wird nicht über das Alter, sondern über die teilnehmende Institution vorgenommen.

3 MESSLOGISTIK

3.1 DATENÜBERMITTLUNG

Die Kliniken übermitteln die Messdaten zu Symptombelastung und Freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie die Daten aus der Medizinischen Statistik über das Dashboard «moniQ» an das Auswertungsinstitut w hoch 2. Jeder Klinikstandort bezeichnet eine für die

Datenübermittlung verantwortliche Person. Diese erhält von w hoch 2 einen Link, um sich auf moniQ zu registrieren. Die verantwortliche Person kann sich während des ganzen Jahres mit ihrer E-Mail-Adresse und dem selbst gewählten Passwort einloggen, Daten hochladen und diese auf ihre Datenqualität überprüfen. Die verantwortliche Person kann zudem weiteren Benutzerinnen und Benutzern die Rechte zur Einsicht in Datenqualitätsanalysen und Resultate geben.

Rückmeldungen zur Korrektheit des Datenformats und zur Datenqualität sind unmittelbar im Dashboard moniQ abrufbar. Sind Korrekturen nötig, kann einfach ein neues Datenset hochgeladen werden. Früher hochgeladene Daten werden dabei automatisch überschrieben.

Das finale Datenset des abgeschlossenen Messjahres muss im Zeitraum von Januar **bis spätestens 7. März** nach dem Hochladen an w hoch 2 übertragen werden (der Stichtag für die Datenlieferung bleibt jedes Jahr gleich). Dieser Schritt kann ebenfalls im Dashboard erledigt werden.

3.2 DATENPRÜFUNG

Um eine ausreichend gute Datenqualität sicherzustellen, sind mehrere Ebenen der Datenprüfung notwendig. Die erste Prüfung (insbesondere Vollständigkeit in Bezug auf die Fälle) soll direkt in der teilnehmenden Klinik erfolgen. Detaillierte Erklärungen zu den Datenprüfungen in den Kliniken und im Auswertungsinstitut finden sich im Dokument Datenkontrolle und Datenvalidierung der [Erwachsenenpsychiatrie](#) und [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#).

Im Auswertungsinstitut werden detailliertere Prüfungen durchgeführt, die insbesondere auch auf fehlende und unplausible Werte zielen. Hierbei werden unter anderem folgende Aspekte geprüft:

- Sind alle Variablen, wie in der Datendefinition angegeben, enthalten?
- Enthält jede Datenzeile in jedem Datenpaket die Fallidentifikationsnummer (FID)?
- HoNOS/HoNOSCA: Gibt es doppelte Datensätze zu einem Zeitpunkt?
- BSCL/HoNOSCA-SR: Gibt es doppelte Datensätze zu einem Zeitpunkt?
- Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen: Sind zeitgleiche oder überschneidende Isolationen oder Fixierungen registriert?

3.2.1 Datenbereinigung

Komplett fehlende Fälle können innerhalb der ANQ-Messungen nicht identifiziert werden, würden aber als Abweichung in den Fallzahlen, die einerseits an den ANQ und andererseits ans BFS gemeldet werden, erkennbar. Insofern besteht eine indirekte Kontrollmöglichkeit.

Minimaldaten und Psychiatrie-Zusatzdaten des BFS

Folgende Variablen aus den Minimaldaten und Psychiatrie-Zusatzdaten der medizinischen Statistik, die im Rahmen des BFS erhoben werden müssen, werden als Kovariablen (Störgrößen) aus den Daten des Einzelfalls bzgl. ihres Einflusses auf das Messergebnis geprüft und für die Risikoadjustierung herangezogen. Grundsätzlich sind die aufgeführten Merkmale obligatorisch für das BFS zu erheben und die Vollständigkeit dieser Daten wird erwartet.

- Alter bei Eintritt
- Geschlecht
- Hauptdiagnose (Austrittsdiagnose)
- Symptombelastung bei Eintritt
(*Eintrittswert HoNOS/HoNOSCA/BSCL/HoNOSCA-SR → sind nicht Teil der BFS-Daten*)
- Fürsorgerische Unterbringung
- Nationalität
- Bildungsstand
- Zivilstand
- Beschäftigung vor Eintritt
- Aufenthaltsort vor Eintritt
- Versicherungsart (allgemein, halb privat, privat)
- Einweisende Instanz
- Aufenthaltsdauer
- Anzahl Nebendiagnosen¹
- Behandlungsbereich

Fälle mit mindestens einem fehlenden Wert bei den Variablen Geschlecht, Alter oder Hauptdiagnose werden aus den Analysen zur Symptombelastung ausgeschlossen. Fehlt ein Wert für HoNOS/HoNOSCA oder BSCL/HoNOSCA-SR wird der Fall von der Analyse des entsprechenden Instruments ausgeschlossen. Fälle mit Kurzaufenthalten (<24 Stunden) werden von den Klinikvergleichen auch ausgeschlossen. Weitere Informationen finden Sie im Dokument Datenkontrolle und Datenvalidierung der [Erwachsenen-](#) sowie [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#).

Messinstrumente HoNOS, HoNOSCA, BSCL und HoNOSCA-SR

Bei den Messinstrumenten HoNOS, HoNOSCA, BSCL und HoNOSCA-SR müssen für jeden Fall entweder Erhebungsdaten oder Dropout-Angaben vorliegen (jeweils für Ein- und Austritt).

¹ Im Auftrag der Expertengruppe *Intellektuelle Entwicklungsstörungen* wurde mit den Ergebnissen des Messjahres 2023 eine Zusatzanalyse zum Einfluss des inhaltlichen Einbezugs von Nebendiagnosen in das Risikoadjustierungsmodell durchgeführt. Darin zeigte sich, dass sich die aufgeklärte Varianz geringfügig verändert. Aus methodischer Sicht wurde aufgrund ähnlicher Vorhersagekraft das Modell mit weniger Kovariablen vorgezogen und folglich auf den inhaltlichen Einbezug der Nebendiagnosen verzichtet.

Kriterium für eine gute Datenqualität ist der Anteil gut dokumentierter Fälle an der Gesamtzahl der Fälle, die im Beobachtungszeitraum behandelt wurden. Liegt dieser Anteil niedrig, so besitzen die vorhandenen Klinikdaten möglicherweise eine geringe Repräsentativität für die in der Klinik behandelten Patientinnen und Patienten.

Fehlende Werte bei den Erhebungsdaten der Messinstrumente werden nicht ersetzt. Ab einer bestimmten Anzahl fehlender Einzelitems für ein Messinstrument (**mehr als 3 Items für [HoNOS](#), [HoNOSCA](#) und [HoNOSCA-SR](#), mehr als 13 Items für die [BSCL](#)**) wird der Fall für das entsprechende Messinstrument nicht analysiert und aus der Auswertung ausgeschlossen.

Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM)

Der Qualitätsausschuss Psychiatrie hat im Jahr 2023 für bestimmte Freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Prüfung der Plausibilität Obergrenzen zur Dauer festgelegt. Folgende Angaben zur Dauer von Massnahmen gelten künftig als nicht korrekt dokumentiert bzw. als unplausibel und werden im Dashboard moniQ gekennzeichnet dargestellt:

- Fixierung: >2 Wochen
- Festhalten (nur Erwachsenenpsychiatrie): >1 Stunde
- Bewegungseinschränkungen im Stuhl (nur Erwachsenenpsychiatrie): >8 Stunden
- Für alle übrigen Arten von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen gelten keine Obergrenzen einer plausiblen Dauer

Zudem gilt eine negative Dauer (Startzeitpunkt nach Endzeitpunkt) für alle Freiheitsbeschränkenden Massnahmen der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls als unplausibel.

3.3 DATENAUFBEWAHRUNG

Die aufbereiteten klinikspezifischen Daten werden durch das Auswertungsinstitut w hoch 2 jährlich nach Abschluss der Auswertungen den jeweiligen Kliniken über das Dashboard moniQ zur Verfügung gestellt. Die bereinigte Datensammlung mit pseudonymisierten Personen- sowie Klinikdaten werden von w hoch 2 sicher unter Einhaltung der höchsten Datensicherheit aufbewahrt.

3.4 DATENSCHUTZ

Die Erhebung unterliegt dem [Datenreglement des ANQ](#). Der ANQ unternimmt alle notwendigen Massnahmen zum Schutz und Sicherheit der Daten (siehe [Datenschutzmassnahmen ANQ](#)). Für eine bessere Gewährleistung der Anonymität der Falldaten sollen dem Auswertungsinstitut ausschliesslich die Daten übermittelt werden, die der ANQ gemäss dem Dokument Datendefinition für seine Auswertungen benötigt. Insbesondere ist von der Übermittlung von

Informationen abzusehen, welche die Anonymisierung der Falldaten gefährden. So soll z.B. kein Geburtsdatum, sondern lediglich das Alter bei Eintritt übermittelt werden.

Innerhalb des Auswertungsinstituts sind alle Mitarbeitenden mit Zugang zu den Klinikdaten durch ihre Arbeitsverträge zur Verschwiegenheit verpflichtet. Insbesondere wird technisch sichergestellt, dass Daten und Ergebnisse auch nicht innerhalb des Auswertungsinstituts durch Unbefugte einsehbar sind.

4 DATENAUSWERTUNG

Die nachfolgenden Begriffe werden in der Beschreibung der Auswertungsmethode zentral verwendet und an dieser Stelle kurz erklärt.

Qualitätsparameter: Der Qualitätsparameter einer Klinik ist das vom Einfluss der Kovariablen bereinigte Ergebnismass. Er entspricht der zu erwartenden Differenz der Symptombelastung zwischen Ein- und Austritt, wenn alle Fälle der Gesamtgruppe in der betrachteten Klinik behandelt würden.

Vergleichsgrösse: Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Kovariablen: Kovariablen oder Störgrössen sind die Variablen, deren Einfluss aus dem Qualitätsparameter eliminiert wurde, um die Ergebnisse der Kliniken vergleichbar zu machen.

Differenzwert: Der Differenzwert besteht aus dem einfachen Vergleich der Symptombelastung bei Eintritt und bei Austritt. Er ist nicht adjustiert, also nicht vom Einfluss der Störgrössen bereinigt.

Konfidenzintervalle: Die Konfidenzintervalle beschreiben den Wertebereich in dem der geschätzte, risikobereinigte Qualitätsparameter einer Klinik mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die einfachen Konfidenzintervalle sind für jede einzelne Klinik interessant. Für Aussagen über alle Kliniken simultan benötigt man die simultanen Konfidenzintervalle, denn diese berücksichtigen, dass nicht nur eine, sondern zahlreiche Vergleichsgrössen berechnet wurden.

4.1 METHODE

Mit dem Ziel möglichst fairer Vergleiche hinsichtlich der Ergebnisqualität der Symptombelastung werden simultan die klinikspezifischen Qualitätsparameter und der Einfluss derjenigen Störgrössen, welche die Klinik nicht selbst beeinflussen kann, aus den Daten geschätzt. Zu den Störgrössen zählt in erster Linie die Zusammensetzung des behandelten

Patientenkollektivs (der «Casemix»). Die obligatorisch zu erfassenden Kovariablen, die zur Risikoadjustierung herangezogen werden, sind im Kapitel 3.2.1 dokumentiert.

Der besagte Qualitätsparameter einer einzelnen Klinik beschreibt die zu erwartende Differenz der Symptombelastung zwischen Ein- und Austritt, wenn alle Fälle der Gesamtgruppe nur in dieser Einrichtung behandelt würden. Durch die Berücksichtigung von Störgrössen wird eine Risikoadjustierung erzielt, so dass sich auch Kliniken mit unterschiedlichem Casemix miteinander vergleichen lassen.

Die Schätzung der Qualitätsparameter mit Risikoadjustierung wird über ein regressionsanalytisches Verfahren vorgenommen. Dabei handelt es sich um ein multiples lineares Regressionsmodell mit der Ergebnisqualität der Symptombelastung als Zielvariable (Response), der behandelnden Klinik als Faktor und diversen Störgrössen als Kovariablen. Für letztere werden je nach Umfang der Datengrundlage auch Interaktionen 1. Ordnung berücksichtigt.

Das Regressionsmodell berücksichtigt zufällige Schwankungen von Fall zu Fall und andere Ungenauigkeiten bei der Erhebung der Ergebnisqualität der Symptombelastung. Dabei sind die geschätzten Qualitätsparameter der Kliniken Approximationen an tatsächliche Qualitätsparameter. Das Vorgehen der **Risikoadjustierung** werden im gleichnamigen Dokument differenziert erläutert.

Letztlich ist man daran interessiert, wie gross bei jeder einzelnen Klinik die Differenz zwischen ihrem Qualitätsparameter und dem nach Fallzahlen gewichteten Mittelwert der Qualitätsparameter aller anderen Kliniken ist. Für diese Vergleichsgrössen lassen sich Schätzwerte und Konfidenzintervalle (Vertrauensbereiche) berechnen. Letzteres bedeutet, dass man simultan für jede einzelne Klinik ein Intervall erhält, welches mit einer vorgegebenen Sicherheit (von 95%) die tatsächliche Vergleichsgrösse enthält.

Auf diese Weise wird der unvermeidlichen Ungenauigkeit der geschätzten Vergleichsgrössen Rechnung getragen. Nur bei Kliniken, deren Konfidenzintervall den Wert null nicht enthält, kann man mit der vorgegebenen Sicherheit davon ausgehen, dass sie überdurchschnittliche Messergebnisse (falls die untere Intervallgrenze grösser als null ist) oder unterdurchschnittliche Messergebnisse (falls die obere Grenze kleiner als null ist) erbringt.

Zu betonen ist, dass es sich bei dieser Datenauswertung um eine Ergebnisbeurteilung der Kliniken im Vergleich untereinander, basierend auf der jeweiligen Stichprobe, handelt. Es handelt sich explizit nicht um einen Vergleich mit einem objektiven, neutralen Outcome «Symptombelastung», da ein solches weder beim HoNOS/HoNOSCA noch beim BSCL/HoNOSCA-SR vorliegt.

Die Auswertung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen erfolgt nicht wie vorgängig für die Symptombelastung beschrieben risikoadjustiert. Vor der ersten transparenten Publikation der Messung Freiheitsbeschränkende Massnahmen hat sich der damalige Qualitätsausschuss Psychiatrie gegen eine Risikoadjustierung ausgesprochen.

Ein zentrales inhaltliches Argument gegen eine Risikoadjustierung sind die unterschiedlichen Voraussetzungen. So gilt beispielsweise für einige Kliniken die Aufnahmepflicht von Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen, mit einer Fürsorgerische Unterbringung (FU) oder auch einer hohen Selbst- und Fremdgefährdung. Ebenfalls gilt es, die unterschiedlichen Klinikkonzepte zu berücksichtigen. So wenden einige Kliniken häufiger kürzere, andere wiederum längere aber weniger Freiheitsbeschränkende Massnahmen an. Die Messergebnisse müssen somit immer im Kontext betrachtet werden – weniger Freiheitsbeschränkende Massnahmen bedeuten nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität. Um den unterschiedlichen Voraussetzungen besser gerecht zu werden, wurde in diesem Zusammenhang strukturelle Kriterien diskutiert und nachfolgend die Stratifizierung nach Kliniktypen zur besseren Vergleichbarkeit eingeführt.

Neben inhaltlichen Argumenten gegen eine Risikoadjustierung gab es auch methodische und kommunikationstechnische Gründe. Einerseits zeigte sich, dass die Vorhersageleistung der Prädiktoren für Freiheitsbeschränkende Massnahmen gering ist. Das heisst, dass die Effekte der Risikoadjustierung nur zu geringen Veränderungen führen. Andererseits gilt es im Grundsatz Freiheitsbeschränkende Massnahmen zu vermeiden und auf ein notwendiges Minimum zu reduzieren. Dazu sind im Klinikvergleich nachvollziehbare und interpretierbare Messergebnisse erforderlich. Der Hauptindikator für Freiheitsbeschränkende Massnahmen hat im Unterschied zu den Massen für die Symptombelastung nur zwei Ausprägungen: Behandlungsfall ist von mind. einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme betroffen ja oder nein. Aus diesem Grund müsste eine Risikoadjustierung mittels einer logistischen Regression erfolgen. Dieses statistische Vorgehen ist jedoch anspruchsvoll zu verstehen und zu interpretieren. Die Vorteile verständlicher Ergebnisse überwiegen daher gegenüber den Effekten einer Risikoadjustierung.

Um die Anzahl Freiheitsbeschränkender Massnahmen im Kontext des Casemix einer Klinik einordnen zu können, wird im Nationalen Vergleichsbericht jedoch der Zusammenhang mit der Anzahl an Fürsorgerischen Unterbringungen (FU) bei Klinikeintritt aufgeführt.

4.2 DATENQUALITÄT

4.2.1 Rücklaufquote/Erwartungswerte

Eine Erhöhung der Rücklaufquote führt zu einer aussagekräftigeren Datengrundlage, was wegen der zuverlässigeren Vergleichbarkeit allen Kliniken zugutekommt. Der ANQ hat betreffend der Messungen in der Psychiatrie Erwartungswerte der Rücklaufquoten festgelegt (gültig seit dem Datenjahr 2016):

- **Fremdbeurteilung: Eintrittsmessung: 100%; vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 90%.**

Damit ein Eintritts-Austritts-Paar als vollständig gilt, müssen die zentralen Variablen aus

den BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten vorhanden sein. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren, legitimen Dropouts berücksichtigt.

- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%.**

Damit ein Eintritts-Austritts-Paar als vollständig gilt, müssen die zentralen Variablen aus den BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten vorhanden sein. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.

- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze: 0%.**

- Bei der Erfassung der Freiheitbeschränkenden Massnahmen besteht kein Erwartungswert, da aktuell keine Möglichkeit für eine Vollständigkeitsüberprüfung besteht. Es wird jedoch erwartet, dass jede einzelne Freiheitsbeschränkende Massnahme erfasst wird.
- Mit der Auswertung der Daten 2019 ist eine Cut-Off-Missingrate von 0.1% bei den Variablen aus dem Psychiatrie-Zusatzdatensatz des Bundesamts für Statistik (BFS) vorgegeben. Die wenigen Kliniken, welche mehr als 0.1% fehlender Werte dieser Variablen aufweisen, werden unterhalb der Ergebnisgrafiken ausgewiesen. Diese Massnahme dient der weiteren Verbesserung der Vergleichbarkeit.

5 BERICHTSLEGUNG

Die Berichterstattung dient primär dem Zweck, alle beteiligten Partner des ANQ und die interessierte Öffentlichkeit zu informieren. Jährlich wird ein Gesamtbericht jeweils für die Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (**Nationaler Vergleichsbericht**) mit vergleichenden Ergebnisdarstellungen und der Datenqualität erstellt. Der Nationale Vergleichsbericht beinhaltet klinikvergleichende Auswertungen zu den erhobenen Indikatoren.

Zusätzlich wird den Kliniken ein **Klinikspezifischer Vergleichsbericht** zur Verfügung gestellt. Die Kliniken erhalten in diesem individuellen Bericht ihre klinikspezifischen Ergebnisse aufgeschlüsselt nach Skalen- oder Itemebene und nach Diagnosegruppen. Somit können die Hauptergebnisse besser nachvollzogen und die Resultate für klinikinterne Qualitätsverbesserungen genutzt werden.

Ab 2024 steht den Kliniken ein weiterentwickeltes **Ergebnisdashboard** zur Verfügung. Über dies können Kliniken Zusatzauswertungen mit den klinikeigenen Daten durchführen.

Ausserdem erhalten alle Kliniken einen **Nationalen Datenqualitätsbericht**, welcher klinikvergleichende Auswertungen zur Datenqualität beinhaltet und **Klinikspezifischen Datenqualitätsberichte**, die direkt über das Dashboard moniQ generiert werden können.

Die Publikation der jährlichen Nationalen Vergleichsberichte liegt in der Verantwortung des ANQ. Die klinikspezifischen Vergleichsberichte und der Nationale Datenqualitätsbericht werden nicht publiziert (folglich Abbildung 3).



Abbildung 3: Übersicht über die ANQ-Berichtslegung im Fachbereich Psychiatrie

Die erhobenen Messdaten werden klinikvergleichend auf dem ANQ-Webportal publiziert. Für die Ergebnispublikation und Berichtslegung (klinikspezifischer und nationaler Vergleichsbericht) werden in der Erwachsenenpsychiatrie die Messdaten klinikvergleichend unterteilt in die 5 Kliniktypen.

Die Inhalte der verschiedenen Ergebnisberichte inklusive verwendeten Grafiken sowie Ergebnisdashboard werden im [Publikationskonzept](#) detailliert beschrieben.

LITERATURVERZEICHNIS

Referenzen zu den Messinstrumenten

- Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., ...Schulz, H. (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), 50-62. doi:10.1002/mpr.305
- Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(7), 483-488. doi:10.1016/s0003-4487(02)00208-1
- Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 504-511.
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M. Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174(5), 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- Garraida, M.E., Yates, P. & Higginson I. (2000). Child and adolescent mental health service use: HoNO-SCA as an outcome measure. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52–58.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36. doi:10.1026//0012-1924.48.1.28
- Gowers, S., Harrington, R., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry*, 174, 413–416.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O.O., Bilenberg, N., Brann, P., Garraida, E., Merry, S. & Heyerdahl, S. (2007b). Cross-national reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm Policy Mental Health*, 34, 513-518.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11

Referenzen zur Methodik

- Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical report 78, IMSV, University of Bern.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. Abschlussbericht im Auftrag der ANQ Expertengruppe Methodendiskussion.
- Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(8), 655-662.
- Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U., & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. *Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. Psychiatrie* 1, 37-40.