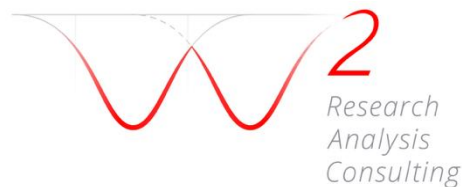


DATENDEFINITION: INHALT UND FORMAT DER DATENERHEBUNG | NATIONALE MESSUNGEN ERWACHSENENPSYCHIATRIE INDIKATOREN PSYCHIATRIESPEZIFISCHE MESSUNGEN

Autorinnen und Autoren: Dr. Benjamin Steinweg

Version: 9.1

Datum: Februar 2026



Kontaktadresse:

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Effingerstrasse 15
3008 Bern
auswertungsinstitut@w-hoch2.ch
031 536 39 39

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Übersicht und Richtlinien zu den zu liefernden Daten	3
2.1	Zu liefernde Datensätze	3
2.1.1	SpiGes-Daten-File im XML-Format.....	3
2.1.2	ANQ-Messdaten im CSV- oder Excel-Format	4
2.2	Falldefinition	5
3	Struktur und Format der Daten.....	5
3.1	Grundprinzipien	5
3.2	Format SpiGes Daten-File	5
3.3	Format ANQ-MESSdaten	6
3.3.1	HoNOS (Ein- und Austritt)	6
3.3.2	BSCL (Ein- und Austritt).....	7
3.3.3	EFM (fortlaufend).....	7
3.3.4	Sturz (fortlaufend).....	8
3.3.5	Freie Zusatzvariablen (pro Behandlungsfall).....	8
4	Software für Datenerfassung und Export.....	9
5	Termine für die Datenlieferung.....	9
6	Plausibilisierung der Daten und Korrekturmöglichkeiten.....	10
7	Datenschutz.....	10
8	Übermittlung der Daten an das Auswertungsinstitut	10
Anhang		11

1 EINLEITUNG

Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung des Inhalts und der Form der Datenerhebung und der Datenabgabe der psychiatriespezifischen Messungen in der Erwachsenenpsychiatrie des ANQ. Die vorliegende Datendefinition enthält vor allem technische Aspekte der notwendigen Daten und richtet sich damit insbesondere an die ANQ-Projektleitenden in den Kliniken aber auch an die entsprechenden IT-Abteilungen für die technische Umsetzung.

Neben den technischen Informationen bestehen seitens des ANQ weitere Dokumente. Für inhaltliche Fragen zur konkreten Umsetzung (Erhebung) der Messungen stehen das [Messmanual](#) sowie die [Frequently Asked Questions \(FAQs\)](#) zur Verfügung. Vorgaben zur Kodierung sind dem Dokument [Datenkontrolle](#) zu entnehmen.

2 ÜBERSICHT UND RICHTLINIEN ZU DEN ZU LIEFERNDEN DATEN

2.1 ZU LIEFERNDE DATENSÄTZE

Ab dem Messjahr 2026 (Datenabgabe 2027) liefern die Kliniken die zu erhebenden Daten in zwei unterschiedlichen Formaten:

2.1.1 SpiGes-Daten-File im XML-Format

Um den Aufwand für die Kliniken möglichst gering zu halten, kann das für die Datenlieferung an das BFS zu erstellende XML-Daten-File unverändert auch für die Datenlieferung an den ANQ verwendet werden. Es ersetzt die beiden bisherigen BFS-Datensätze «Minimaldaten» und «Psychiatrie-Zusatzdaten».

Wichtig:

- Die Abgabe des unveränderten BFS-Datensatzes erfolgt in der datenschutzrechtlichen Verantwortung der Kliniken. Alternativ kann das Daten-File auch auf die für die ANQ-Auswertungen wichtigsten Tabellen reduziert werden. Eine Liste dieser obligatorisch an den ANQ zu liefernden Daten findet sich im [Anhang](#) dieses Dokuments. Auch ein reduziertes Datenfile ist im XML-Format zu liefern.
- Nicht zu liefern ist das SpiGes Identifikatoren-File. Dies enthält personenidentifizierende Informationen, welche aus Datenschutzgründen nicht mitgeliefert werden dürfen.

2.1.2 ANQ-Messdaten im CSV- oder Excel-Format

Die Messdaten für die psychiatriespezifischen Messungen des ANQ sind wie bisher im CSV- oder Excel-Format zu liefern. Im Folgenden werden die benötigten Teildatensätze beschrieben. Diese können als einzelne Dateien oder als eine Exceldatei mit einem Arbeitsblatt pro Teildatensatz geliefert werden. Hilfreich für eine erste Prüfung der Vollständigkeit und des korrekten Formats ist die [Vorlage zur Dateneingabe](#).

- 1 HoNOS «PH»: Die Messung der Fallintensität erfolgt durch den HoNOS, welcher durch die fallführende Person erfasst wird. Die Erhebung findet bei Ein- und Austritt statt. Auch Angaben zu fehlenden HoNOS-Werten werden hier erfasst.
- 2 BSCL «PB»: Bei Ein- und Austritt wird zusätzlich die Fallintensität mittels der BSCL erhoben (Erfassung durch Patientinnen und Patienten). Auch Angaben zu fehlenden BSCL-Werten wie z.B. dem Grund für den Dropout werden hier erfasst.
- 3 EFM «FM»: Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen erfolgt mittels EFM. Die Erfassung kann durch alle behandelnden Personen erfolgen. Die Verantwortlichkeit dafür muss klinikintern geregelt werden. Es sollen alle Massnahmen fortlaufend erfasst werden.
- 4 Sturz «Sturz» (nur Alterspsychiatrie): Im Messjahr 2026 werden in der Alterspsychiatrie erstmals Pilotmessungen zu Stürzen durchgeführt. Es werden fortlaufend das Vorkommen von Stürzen, der Zeitpunkt der Stürze und Informationen zu eventuellen Sturzfolgen erfasst.
- 5 Freie Zusatzvariablen «ZV» (optional): Es besteht die Möglichkeit bis zu zwei frei definierbare Zusatzvariablen zu liefern. Beispielsweise kann angegeben werden, in welcher Abteilung jeder Fall behandelt wurde, um später Vergleichsanalysen zu unterschiedlichen Abteilungen zu ermöglichen. Da die SpiGes-Daten im Unterschied zu den Vorjahren keine Patientenidentifikationsnummer (PID) mehr enthalten, kann hier auch eine klinikintern eindeutige PID geliefert werden. Wird dies im bei der Abgabe entsprechend angegeben, können Wiedereintritte am selben Klinikstandort analysiert werden.

Genauere Angaben sind den detaillierteren Datendefinitionen im [Anhang](#) zu entnehmen.

Wichtig:

Es liegt in der Verantwortung der Kliniken, über die Abgabe freier Zusatzvariablen keine personenidentifizierenden Merkmale, wie beispielsweise das Geburtsdatum zu liefern.

2.2 FALLDEFINITION

Die Kliniken liefern Daten für alle Fälle, welche in ihren für die Erwachsenenpsychiatrie vorgesehenen Abteilungen stationär behandelt wurden und im Erhebungszeitraum ausgetreten sind. Eine Abgrenzung von ambulanten und stationären Fällen ist im [Anhang](#) zu finden.

Die Falldefinition entspricht derjenigen des Bundesamts für Statistik (BFS), wie sie im [Detailkonzept für die Medizinische Statistik](#) dargestellt ist. Es gilt, dass eine Erhebungseinheit einem Behandlungsfall entspricht. Ab dem Messjahr 2026 gilt damit auch, dass die Falldefinition die Fallzusammenführung nach TARPSY/SwissDRG AG einschliesst (siehe [Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung](#)).

Die nationale Qualitätsmessungen in der Erwachsenenpsychiatrie schliessen kinder- und jugendpsychiatrische Fälle aus. Die Abgrenzung wird dabei nicht über das Alter, sondern über die teilnehmende Institution (Erwachsenenpsychiatrische Klinik/Abteilung (alle Fälle) oder kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung (keine Fälle)) vorgenommen.

3 STRUKTUR UND FORMAT DER DATEN

3.1 GRUNDPRINZIPIEN

- Die Daten werden auf Fallebene erhoben.
- Datumsangaben erfolgen im Format JJJJMMTT
- Zeitangaben erfolgen im Format HHMM.
- Die SpiGes-Daten sind im XML-Dateiformat abzugeben.
- Die ANQ-Messdaten sind im CSV- oder Excel-Format abzugeben.

3.2 FORMAT SPIGES DATEN-FILE

Das zu liefernde Datenfile entspricht dem SpiGes-Daten-File, welches auch dem BFS zu liefern ist. Entsprechend gelten die [Vorgaben des SpiGes-Projekts](#). Wenn gewünscht, kann das SpiGes-Daten-File vor der Abgabe auf die für die Lieferung an den ANQ [obligatorischen Variablen](#) reduziert werden.

3.3 FORMAT ANQ-MESSDATEN

Die Kliniken erfassen 5 Arten von Messdaten, die als 5 separate Dateien oder als Exceldatei mit 5 separaten Arbeitsblättern an das Auswertungsinstitut (w hoch 2) geliefert werden. Als Trennzeichen müssen einheitlich TAB, Semikolon oder Pipes (ASCII-Kode 124: «|») verwendet werden. Das CRLF (ASCII-Kode 13 und 10) markiert einen Zeilenumbruch.

Um die Daten aus den verschiedenen Datensets miteinander verbinden zu können muss jede Datenzeile zwingend die standortintern eindeutige Fallidentifikationsnummer (Variablenname: bisher «FID» neu «fall_id») enthalten. Diese entspricht der im SpiGes Daten-File enthaltenen fall_id.

3.3.1 HoNOS (Ein- und Austritt)

Der HoNOS wird erstmals innerhalb von 72 Stunden nach Eintritt erfasst. Die Erhebung bezieht sich auf die vorangehenden 7 Tage. Der zweite HoNOS ist spätestens 3 Tage nach Austritt zu erfassen. Es gilt eine Frist von mindestens 24 Stunden zwischen Eintritts- und Austrittsmessung. Die Erhebung des Austritts-HoNOS bezieht sich auf die dem Austritt vorangehenden 7 Tage bzw. bei kürzeren Aufenthalten auf den Zeitraum seit der letzten Erhebung. Weitere Informationen und Richtlinien zur Erfassung des HoNOS sind im [ANQ-Messmanual](#) dokumentiert. Auf dem [ANQ-Webportal](#) sind zudem die Glossare sowie das Scoresheet für den HoNOS und HONOS 65+ (ältere Erwachsene) zu finden.

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils zwei Zeilen mit je 21 Spalten (eine für die Eintritts- und eine für die Austrittsmessung):

- Die Felder 1 und 2 identifizieren Datenart und Klinik.
- Das 3. Feld enthält die eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id (ehemals FID).
- Das 4. Feld spezifiziert, ob sich die Erhebung auf den Ein- oder Austritt oder einen anderen Messzeitpunkt bezieht.
- Felder 5 und 6 begründen einen möglichen Dropout, das heisst das Nicht-Erheben des HoNOS. Aufgrund der Fremderfassung des HoNOS sollten Dropouts aber eigentlich nicht vorkommen.
- Das 7. Feld enthält das Erhebungsdatum
- Die Felder 8 bis 21 enthalten die Werte der 12 Frage-Items des HoNOS.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang](#) dieses Dokuments.

3.3.2 BSCL (Ein- und Austritt)

Die BSCL wird erstmals innerhalb von 72 Stunden nach Eintritt erfasst. Die Erhebung bezieht sich auf die vorangegangenen 7 Tage. Vor dem Austritt ist die zweite BSCL zu erfassen. Es gilt eine Frist von mindestens 24 Stunden zwischen Eintritts- und Austrittsmessung. Die Erhebung der Austritts-BSCL bezieht sich auf die vorangegangenen 7 Tage bzw. bei kürzeren Aufenthalten auf den Zeitraum seit der letzten Erhebung. Weitere Informationen und Richtlinien zur Erfassung der BSCL sind im [ANQ-Messmanual](#) dokumentiert. Das lizenzpflichtige Messinstrument kann bei der ANQ-Geschäftsstelle bestellt werden (psychiatrie@anq.ch).

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils zwei Zeilen mit je 82 Spalten (eine für die Eintritts- und eine für die Austrittsmessung):

- Die Felder 1 und 2 identifizieren Datenart und Klinik.
- Das 3. Feld enthält jeweils die eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id (ehemals FID).
- Das 4. Feld spezifiziert, ob sich die Erhebung auf den Ein- oder Austritt bezieht.
- Die Felder 5 und 6 begründen einen möglichen Dropout, das heisst das Nicht-Erheben des BSCL.
- Das 7. Feld enthält das Erhebungsdatum
- Die Felder 8 bis 60 enthalten die Werte der 53 Frage-Items der BSCL.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang](#) dieses Dokuments.

3.3.3 EFM (fortlaufend)

Es werden alle freiheitsbeschränkenden Massnahmen während der Behandlung erhoben. Somit bestehen keine Dropout-Gründe. Wenn bei einer Patientin oder einem Patienten keine freiheitsbeschränkende Massnahme zum Einsatz kommt, dann werden auch keine diesbezüglichen Daten erhoben. Erfolgen zwei freiheitsbeschränkende Massnahmen gleichzeitig (z.B. Isolation und Zwangsmedikation), so sind diese Massnahmen je separat zu erfassen. Die Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen erfolgt nach den vom ANQ im [Messmanual](#) vorgegebenen Richtlinien.

Für jede einzelne freiheitsbeschränkende Massnahme enthält der Datensatz jeweils eine-Zeile mit je 8 Spalten:

- Die Felder 1 und 2 identifizieren Datenart und Klinik
- Das 3. Feld enthält jeweils die eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id (ehemals FID).
- Das 4. Feld spezifiziert, um welche Art der freiheitsbeschränkenden Massnahme es sich handelt.

- Feld 5 und Feld 6 enthalten Informationen zu Datum und Uhrzeit des Beginns der Massnahme. Bei Zwangsmedikation wird hier der Zeitpunkt angegeben.
- Feld 7 und Feld 8 enthalten Informationen zu Datum und Uhrzeit des Endes der Massnahme. Bei Zwangsmedikation werden diese Felder leer gelassen.

Alle freiheitsbeschränkende Massnahmen werden im gleichen Format mit Datum und Uhrzeit für Anfang und Ende der Massnahme erfasst. Lediglich für Zwangsmedikationen werden keine Enddaten und -zeiten erfasst.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang](#) dieses Dokuments.

3.3.4 Sturz (fortlaufend)

Es werden alle Stürze und Sturzfolgen während der Behandlung erhoben. Somit bestehen keine Dropout-Gründe. Wenn es bei einer Patientin oder einem Patienten zu keinem Sturz gekommen ist, dann werden auch keine diesbezüglichen Daten erhoben. Für jeden erfassten Sturz wird dessen Zeitpunkt sowie die Sturzfolge oder das Ausbleiben einer Sturzfolge erhoben. Die Sturzerfassung erfolgt nach den vom ANQ im [Messmanual](#) sowie den [Sturzkonzzept](#) vorgegebenen Richtlinien.

Für jeden einzelnen Sturz enthält der Datensatz jeweils eine Zeile mit je 4 Spalten:

- Das 1. Feld enthält jeweils die eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id (ehemals FID).
- Feld 2 und Feld 3 enthalten Informationen zu Datum und Uhrzeit des Sturzes.
- In Feld 4 wird angegeben, ob es eine Sturzfolge gab.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang](#) dieses Dokuments.

3.3.5 Freie Zusatzvariablen (pro Behandlungsfall)

Zur Untersuchung zusätzlicher klinikspezifischer Fragestellungen können die Kliniken bis zu zwei frei definierbare Zusatzvariablen liefern. Beispielsweise kann angegeben werden, in welcher Abteilung jeder Fall behandelt wurde, um später Vergleichsanalysen zu unterschiedlichen Abteilungen zu ermöglichen. Eine der beiden Variablen kann auch genutzt werden, um eine klinikintern eindeutige Personenidentifikationsnummer (PID) anzugeben. Wird dies in moniQ entsprechend gekennzeichnet, ermöglicht diese die Analyse von Wiedereintritten.

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils eine Zeile mit mindestens 2 und maximal 3 Spalten:

- Feld 1 enthält jeweils die eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id (ehemals FID).
- Feld 2 enthält die Informationen zur ersten freien Zusatzvariable.
- Feld 3 enthält die Informationen zur zweiten freien Zusatzvariable.

Eine detaillierte Beschreibung des Inhaltes dieser Variablen befindet sich im [Anhang](#) dieses Dokuments.

4 SOFTWARE FÜR DATENERFASSUNG UND EXPORT

Die Daten für die nationale Vergleichsmessung müssen von den Kliniken in digitaler Form bereitgestellt werden. Da in den verschiedenen Kliniken unterschiedliche EDV-Systeme verwendet werden, sind unterschiedliche Vorgehensweisen möglich. In jedem Fall muss die Datendefinition eingehalten werden. Die Implementierung einer entsprechenden Exportroutine im Klinikinformationssystem (KIS) durch die Softwareanbieter stellt die direkteste und am wenigsten fehleranfällige Vorgehensweise dar.

5 TERMINE FÜR DIE DATENLIEFERUNG

Der Termin für die definitive Abgabe der Daten ist der 07. März. Die Stichtage der Datenlieferungen müssen in jedem Fall eingehalten werden. Es werden jeweils die Daten aller Patientinnen und Patienten mit Austritt im Erhebungszeitraum benötigt. Je nach Exportroutine der Klinik können die Daten in einer der folgenden Varianten geliefert werden:

- Daten aller Patientinnen und Patienten, die während dem entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller Patientinnen und Patienten
- Daten aller während dem entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen und Patienten.

6 PLAUSIBILISIERUNG DER DATEN UND KORREKTURMÖGLICHKEITEN

Um eine ausreichend gute Datenqualität sicherzustellen sind mehrere Ebenen der Datenprüfung notwendig. Die erste Prüfung sollte direkt in der teilnehmenden Klinik erfolgen.

Durch die Datenabgabe über das Dashboard moniQ besteht jeweils bereits ab Frühjahr des laufenden Messjahres die Möglichkeit, Daten auf den Server hochzuladen, um unmittelbar Rückmeldung zur Datenqualität und eventuellem Korrekturbedarf in Bezug auf das Datenformat zu erhalten. So können rechtzeitig Nachbesserungen vorgenommen werden, bevor die Daten endgültig an das Auswertungsinstitut übertragen werden.

Im Auswertungsinstitut werden weitere Detailprüfungen durchgeführt, die insbesondere auch auf fehlende und unplausible Werte abzielen.

7 DATENSCHUTZ

Die Erhebung unterliegt dem [Datenreglement](#) des ANQ.

Für eine höhere Sicherheit im Datenschutz ist darauf zu achten, dass dem Auswertungsinstitut keine personenidentifizierenden Daten wie AHV-Nummer oder Geburtsdatum übermittelt werden. Insbesondere bei der Nutzung von Variablen mit grosser Formatfreiheit, wie den optionalen Zusatzvariablen, ist besondere Achtsamkeit geboten, damit die Kliniken ihrer Verantwortung zum Datenschutz gerecht werden.

8 ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS AUSWERTUNG SINSTITUT

Die Daten werden 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 Emailadresse und dem selbstgewählten Passwort einloggen und Daten hochladen. Im Dashboard sind live-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. In einem zweiten Schritt muss das finale Datenset bis spätestens am 7. März aus dem Dashboard an w hoch 2 übertragen werden.

ANHANG

Obligatorisch abzugebende Tabellen des SpiGes Daten-Files.....	11
Variablen PH Datensatz (HoNOS-Zeile bei Ein- und Austritt).....	11
Variablen PB Datensatz (BSCL-Zeile bei Ein- und Austritt)	13
Variablen FM Datensatz (freiheitsbeschränkende Massnahme pro Zeile)	16
Variablen Sturz Datensatz (Sturzereignis pro Zeile)	17
Variablen ZV Datensatz (optionale Zusatzvariable; Zeile pro Fall)	17
Unterscheidung stationär/ambulant.....	17

Obligatorisch abzugebende Tabellen des SpiGes Daten-Files

NAME DEUTSCH	NOM FRANÇAIS	NOME ITALIANO
Administratives	Administratif	Amministrativo
Diagnosen	Diagnostics	Diagnosi
Psychiatrie	Psychiatrie	Psichiatria
Patientenbewegungen	Mouvements_des_patients	Trasferimento_paziente

Tabelle 1: Obligatorisch abzugebende Tabellen des SpiGes Daten-Files

Variablen PH Datensatz (HoNOS-Zeile bei Ein- und Austritt)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTE- BEREICH	BEMERKUNGEN
1	Rekordart	AN (2)	PH	PH	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	eindeutige Fallidentifikation fall_id	AN (16)	1122334455		klinikerinterne Fallnummer
4	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	N (1)	3	1-3	1=Eintritt 2=Austritt 3=andere (weder Ein- noch Austritt)
5	Dropoutcode	N (1)	0	0;1;2	0=kein Dropout (Standardwert/default) 1=Austritt innerhalb von 24 h nach Eintritts-HoNOS-Messung 2=andere
6	Spezifikation Dropout andere	AN (40)	Freitext, der den Ausfallgrund erklärt		sollte nur in Ausnahmefällen Verwendung finden
7	Datum der Erhebung des HoNOS (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		Bei einem Dropout ist das Datum einzutragen, an dem der Ausfallgrund eingetreten ist.

8	H1 - überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitierendes Verhalten	N (1)	2	0-4, 9	9= «nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
9	H2 - absichtliche Selbstverletzung	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
10	H3 - problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
11	H4 - kognitive Probleme	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
12	H5 - Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
13	H6 - Probleme im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen und Wahnvorstellungen	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
14	H7 - gedrückte Stimmung	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
15	H8 - andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
16	H8 - Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an: A Phobisch, B Angst, C Zwangsgedanken/-handlungen, D Psychische Belastung/Anspannung, E Dissoziativ, F Somatoform, G Essen, H Schlaf, I Sexuell, J Andere (spezifizieren)	AN (1)	a	a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, «0»	keine Mehrfachantworten möglich; «0» = «kein anderes Problem vorhanden» Bei Dropout leer lassen.
17	H8: j andere: Spezifikation	AN (40)	Freitext zur Spezifikation		Wenn bei Item 8 j=Anderes Problem ausgewählt Bei Dropout leer lassen.

18	H9 - Probleme mit Beziehungen	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
19	H10 - Probleme in alltäglichen Aktivitäten	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
20	H11 - Probleme durch die Wohnbedingungen	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.
21	H12 - Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	N (1)	2	0-4, 9	9=«nicht bekannt/nicht anwendbar» Bei Dropout leer lassen.

Tabelle 2: Variablen PH Datensatz (HoNOS-Zeile bei Ein- und Austritt)

Variablen PB Datensatz (BSCL-Zeile bei Ein- und Austritt)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTEBEREICH	BEMERKUNGEN
1	Rekordart	AN (2)	PB	PB	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id	AN (16)	1122334455		klinikerne Fallnummer
4	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	AN (1)	1	1;2	1=Eintritt, 2=Austritt
5	Dropoutcode	N (1)	0	0-8	0=kein Dropout (Standardwert/default) 1=Ablehnung Patient/Patientin 2=Sprache 3=zu krank 4=Todesfall 5=zu jung 6=Austritt innerhalb 24 h nach Eintritts-BSCL-Messung 7=unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub 8=andere (sollte nur in Ausnahmefällen Verwendung finden)
6	Spezifikation Dropout andere	AN (40)	Freitext der den Ausfallgrund erklärt		wenn Dropoutcode=8
7	Datum der Erhebung des BSCL (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		Bei einem Dropout ist das Datum einzutragen, an dem der Ausfallgrund eingetreten ist.
8	B1 - Nervosität oder inneres Zittern	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.

9	B2 - Ohnmachts- und Schwindelgefühle	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
10	B3 - Idee, dass irgendjemand Macht über Gedanken hat	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
11	B4 - Gefühl, dass andere an Schwierigkeiten Schuld sind	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
12	B5 - Gedächtnisschwierigkeiten	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
13	B6 - Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
14	B7 - Herz- oder Brustschmerzen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
15	B8 - Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
16	B9 - Gedanken, sich das Leben zu nehmen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
17	B10 - Gefühl, dass man Menschen nicht trauen kann	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
18	B11 - schlechtem Appetit	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
19	B12 - plötzlichem Erschrecken ohne Grund	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
20	B13 - Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
21	B14 - Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
22	B15 - Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
23	B16 - Einsamkeitsgefühlen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
24	B17 - Schermut	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
25	B18 - Gefühl, sich für nichts zu interessieren	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
26	B19 - Furchtsamkeit	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
27	B20 - Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
28	B21 - Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
29	B22 - Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
30	B23 - Übelkeit oder Magenverstimmung	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
31	B24 - Gefühl, dass andere Sie beobachten	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.

32	B25 - Einschlafschwierigkeiten	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
33	B26 - Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
34	B27 - Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
35	B28 - Furcht vor Fahrten in Bus, Strassenbahn oder Zug	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
36	B29 - Schwierigkeiten beim Atmen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
37	B30 - Hitzewallungen oder Kälteschauer	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
38	B31 - Notwendigkeit, bestimmte Dinge zu meiden	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
39	B32 - Leere im Kopf	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
40	B33 - Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
41	B34 - Gefühl, dass Sie für Sünden bestraft werden sollten,	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
42	B35 - Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
43	B36 - Konzentrationsschwierigkeiten	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
44	B37 - Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
45	B38 - Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
46	B39 - Gedanken an den Tod und ans Sterben	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
47	B40 - Drang, jemanden zu schlagen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
48	B41 - Drang, Dinge zu zerbrechen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
49	B42 - starker Befangenheit im Umgang mit anderen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
50	B43 - Abneigung gegen Menschenmengen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
51	B44 - Eindruck, sich anderen nie so richtig nahe fühlen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
52	B45 - Schreck- oder Panikanfällen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
53	B46 - Neigung, immer wieder in Auseinandersetzungen zu geraten	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.

54	B47 - Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
55	B48 - mangelnde Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
56	B49 - so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
57	B50 - Gefühl, wertlos zu sein	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
58	B51 - Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
59	B52 - Schuldgefühlen	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.
60	B53 - Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	N (1)		0-4	Bei Dropout leer lassen.

Tabelle 3: Variablen PB Datensatz (BSCL-Zeile bei Ein- und Austritt)

Variablen FM Datensatz (freiheitsbeschränkende Massnahme pro Zeile)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTE- BEREICH	BEMERKUNGEN
1	Rekordart	AN (2)	FM	FM	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id	AN (16)	1122334455		klinikerinterne Fallnummer
4	Art der freiheitsbeschränkenden Massnahme	N (2)		1-5, 7, 10, 11	1=Isolation aus psychiatrisch Gründen 2=Fixierung 3=Zwangsmedikation oral 4=Zwangsmedikation Injektion 5=Sicherheitsmassnahme im Stuhl 7=Sicherheitsmassnahme im Bett 10=Festhalten 11=Isolation aus infektiologischen/somatischen Gründen
5	Datum des Beginns resp. Datum der freiheitsbeschränkenden Massnahme (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		Bei allen FM
6	Zeit des Beginns der freiheitsbeschränkenden Massnahme (hhmm)	N (4)	0830	0000- 2400	Bei allen FM

7	Datum des Endes der freiheitsbeschränken- den Massnahme (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		Bei allen FM ausser Zwangsmedi- kation
8	Zeit des Endes der frei- heitsbeschränkenden Massnahme (hhmm)	N (4)	0830	0000- 2400	Bei allen FM ausser Zwangsmedi- kation

Tabelle 4: Variablen FM Datensatz (freiheitsbeschränkende Massnahme pro Zeile)

Variablen Sturz Datensatz (Sturzereignis pro Zeile)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTE- BEREICH	BEMERKUNGEN
1	eindeutige Fallidenti- fikationsnummer fall_id	N (16)	1122334455		klinikinterne Fallnummer
2	Datum des Sturzes (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		
3	Zeit des Sturzes (hhmm)	N (4)	0830	0000- 2400	
4	Sturzfolge ja/nein	N (1)	0	0,1,9	0=ohne Sturzfolge 1=mit Sturzfolge 9=unbekannt

Tabelle 5: Variablen Sturz Datensatz (Sturzereignis pro Zeile)

Variablen ZV Datensatz (optionale Zusatzvariable; Zeile pro Fall)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTE- BEREICH	BEMERKUNGEN
1	eindeutige Fallidenti- fikationsnummer fall_id	AN (16)	1122334455		klinikinterne Fallnummer
2	opt_v_1		Team XY		
3	opt_v_2		Treatment I		

Tabelle 6: Variablen ZV Datensatz (optionale Zusatzvariable; Zeile pro Fall)

Unterscheidung stationär/ambulant

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der [Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung \(VKL\)](#), die auch vom BFS und der SwissDRG AG übernommen wurde.

Art. 3 Stationäre Behandlung

Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a: von mindestens 24 Stunden;
- b: von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c: im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d: im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e: bei Todesfällen.

Art. 5 Ambulante Behandlung

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des KVG gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung. Um eine einheitliche Umsetzung dieser Definitionen sicher zu stellen, haben sich die Partner im Gesundheitswesen auf die folgende Interpretation dieser Definitionen geeinigt (siehe Abbildung 1).

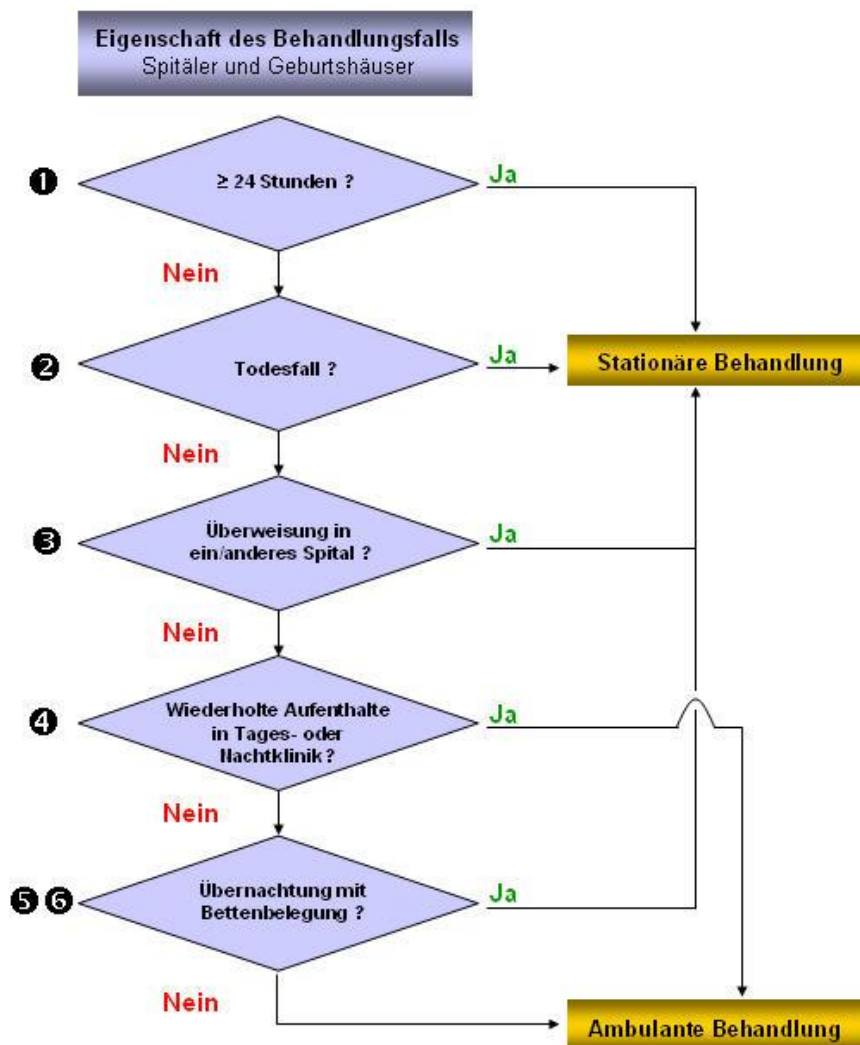


Abbildung 1: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant

Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

Das Kriterium ❶ «≥24 Stunden» bedeutet, dass die Patientin/der Patient mindestens 24 Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium ❷ «Todesfall» klärt die Frage, ob die Patientin/der Patient verstorben ist.

Das Kriterium ❸ «Überweisung in ein anderes Spital» klärt die Frage, ob die Patientin/der Patient in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

Das Kriterium ❹ «wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken» ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans einer Patientin/eines Patienten. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken im Bereich der Psychiatrie sowie wiederholte Aufenthalte im Rahmen von anderen medizinischen und therapeutischen Leistungsbereichen wie zum Beispiel Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapie gelten als ambulante Behandlung.

Das Kriterium ❺ «Nacht» wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn eine Patientin/ein Patient um Mitternacht (00:00) im Spital ist.

Das Kriterium ❻ «Bettenbelegung»: eine Patientin/ein Patient belegt ein Bett, sobald es sich um ein Pflegestationsbett handelt. Die Behandlung von Patientinnen oder Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation beanspruchen (sowohl tags als auch nachts), gilt als ambulant.

Die Kriterien ❺ «Nacht» und ❻ «Bettbelegung» sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24 Stunden die Kriterien «Nacht» und «Bettbelegung» kumulativ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.