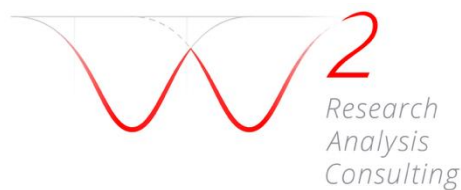


DATENDEFINITION: INHALT UND FORMAT DER DATENERHEBUNG | NATIONALE MESSUNGEN KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE INDIKATOREN PSYCHIATRIESPEZIFISCHE MESSUNGEN

Autorinnen und Autoren: Dr. Benjamin Steinweg

Version: 8.3

Datum: Juli 2026



Kontaktadresse:

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Effingerstrasse 15
3008 Bern
psy@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	NQ-Messdaten im CSV- oder Excel-Format	4
2.2	Falldefinition	4
3	Struktur und Format der Daten.....	5
3.1	Grundprinzipien	5
3.2	Format SpiGes Daten-File	5
3.3	Format ANQ-Messdaten.....	5
3.3.1	HoNOSCA (Ein- und Austritt).....	6
3.3.2	HONOSCA-SR (Ein- und Austritt).....	6
3.3.3	EFM (fortlaufend).....	7
3.3.4	Freie Zusatzvariablen (pro Behandlungsfall).....	8
4	Software für Datenerfassung und Export.....	8
5	Termine für die Datenlieferung.....	8
6	Plausibilisierung der Daten und Korrekturmöglichkeiten.....	9
7	Datenschutz.....	9
8	Übermittlung der Daten an das Auswertungsinstitut	9
	Anhang.....	10

1 EINLEITUNG

Ziel dieses Dokuments ist die Beschreibung des Inhalts und der Form der Datenerhebung und der Datenabgabe der psychiatriespezifischen Messungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 und Datenvalidierung 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. Das heisst pro Klinik/Klinikstandort kann dasselbe SpiGes-Daten-File hochgeladen 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 NQ-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 auf dem Webportal des ANQ zur Verfügung gestellte Vorlage zur Dateneingabe.

- 1 HoNOSCA «PH»: Die Messung der Fallintensität erfolgt durch den HoNOSCA, welcher durch die fallführende Person erfasst wird. Die Erhebung findet bei Ein- und Austritt statt. Auch Angaben zu fehlenden HoNOSCA-Werten werden hier erfasst.
- 2 HoNOSCA-SR «PS»: Bei Ein- und Austritt wird zusätzlich die Fallintensität mittels dem HoNOSCA-SR erhoben (Erfassung durch Patientinnen und Patienten). Auch Angaben zu fehlenden HoNOSCA-SR-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 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 nationalen Qualitätsmessungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schliessen Fälle der Erwachsenenpsychiatrie aus. Die Abgrenzung wird dabei nicht über das Alter, sondern über die teilnehmende Institution (Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung (alle Fälle) oder Erwachsenenpsychiatrische 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 Format des zu liefernden Datenfiles 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 Tabellen](#) reduziert werden.

3.3 FORMAT ANQ-MESSDATEN

Die Kliniken erfassen 4 Arten von Messdaten, die als 4 separate Dateien oder als Exceldatei mit 4 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 HoNOSCA (Ein- und Austritt)

Der HoNOSCA wird erstmals innerhalb von 2 Wochen Stunden nach Eintritt erfasst. Die Erhebung bezieht sich auf die vorangehenden 7 Tage. Der zweite HoNOSCA ist spätestens 3 Tage nach Austritt zu erfassen. Es gilt eine Frist von mindestens 24 Stunden zwischen Eintritts- und Austrittsmessung. Die Erhebung des Austritts-HoNOSCA 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 HoNOSCA sind im ANQ-Messmanual dokumentiert. Auf dem ANQ-Webportal sind zudem die Glossare sowie das Scoresheet zu finden.

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils zwei Zeilen mit je 20 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 HoNOSCA. Auf Grund der Fremderfassung des HoNOSCA sollten Dropouts aber eigentlich nicht vor-kommen.
- Das 7. Feld enthält das Erhebungsdatum (oder Datum des Ausfallgrundes bei einem Dropout).
- Die Felder 8 bis 20 enthalten die Werte der 13 Frage-Items des HoNOSCA (nur Abschnitt A des Fragebogens wird erfasst).

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

3.3.2 HONOSCA-SR (Ein- und Austritt)

Der HONOSCA-SR wird erstmals innerhalb von 72 Stunden nach Eintritt erfasst. Die Erhebung bezieht sich auf die vorangehenden 7 Tage. Vor dem Austritt ist die zweite HONOSCA-SR zu erfassen. Es gilt eine Frist von mindestens 24 Stunden zwischen Eintritts- und Austrittsmessung. Die Erhebung der Austritts-HONOSCA-SR bezieht sich auf die vorangehenden 7 Tage bzw. bei kürzeren Aufenthalten auf den Zeitraum seit der letzten Erhebung. Weitere Informationen und Richtlinien zur Erfassung des HoNOSCA-SR sind im [ANQ-Messmanual](#) dokumentiert.

Für jeden abgeschlossenen Fall enthält der Datensatz jeweils zwei PS-Zeilen mit je 20 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 dem Ein- oder Austritt bezieht.
- Die Felder 5 und 6 begründen einen möglichen Dropout, das heisst das Nicht-Erheben des Ho-NOSCA-SR.
- Das 7. Feld enthält das Erhebungsdatum (oder Datum des Ausfallgrundes bei einem Dropout).
- Die Felder 8 bis 20 enthalten die Werte der 13 Frage-Items des HoNOSCA-SR.

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 FM-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 keine Angabe erforderlich.

Alle freiheitsbeschränkenden 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 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 mit Eintritt ab 01.07.2012
- 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 Datenschutzkonzept 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 AUSWERTUNGsinstitut

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 einfach ein neues Datenset hochgeladen werden. Zuvor hochgeladene Daten werden dabei automatisch überschrieben. In einem zweiten Schritt muss das finale Datenset bis spätestens am 7. März aus dem Dashboard an w hoch 2 übertragen werden.

ANHANG

Obligatorisch abzugebende Tabellen des SpiGes Daten-Files.....	10
Variablen PH Datensatz (HoNOSCA-Zeile bei Ein- und Austritt).....	10
Variablen PS Datensatz (HoNOSCA-SR-Zeile bei Ein- und Austritt).....	12
Variablen FM Datensatz (freiheitsbeschränkende Massnahme pro Zeile)	14
Variablen ZV Datensatz (optionale Zusatzvariable; Zeile pro Fall)	14
Unterscheidung stationär/ambulant.....	15

Obligatorisch abzugebende Tabellen des SpiGes Daten-Files

NAME
Administratives
Diagnosen
Psychiatrie
Patientenbewegungen

Tabelle 1: Obligatorisch abzugebende Tabellen des SpiGes Daten-Files

Variablen PH Datensatz (HoNOSCA-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		klinikinterne Fallnummer
4	Messzeitpunkt (Ein-/Austritt)	N (1)	1	1; 2; 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-HoNOSCA-Messung 2=andere
6	Spezifikation für «anderen» Dropoutgrund	AN (40)	Freitext, der den Ausfallgrund erklärt		sollte nur in Ausnahmefällen Verwendung finden
7	Datum der Erhebung des HoNOSCA (JJJJMMTT)	N (8)	20130601		Bei einem Dropout ist das Datum einzutragen, an dem der Ausfallgrund eingetreten ist.

8	H1 - Störendes, asoziales oder aggressives Verhalten	N (1)	2	0-4; 9	9= nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
9	H2 - Probleme mit Überaktivität, Aufmerksamkeit und Konzentration	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
10	H3 - Absichtliche Selbstverletzung	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
11	H4 - Probleme mit Alkohol-, Suchtmittel- und Lösungsmittelmissbrauch	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
12	H5 - Probleme mit schulischen oder sprachlichen Fähigkeiten	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
13	H6 - Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
14	H7 - Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und abnormen Empfindungen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
15	H8 - Probleme mit nicht-organisch bedingten somatischen Symptomen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
16	H9 - Probleme mit emotionalen und zugehörigen Symptomen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
17	H10 - Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt / nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
18	H11 - Probleme mit der Selbstpflege und Unabhängigkeit	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.
19	H12 - Probleme mit dem Familienleben	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.

	und den familialen Beziehungen				
20	H13 - Geringe Beteiligung an der Schule	N (1)	2	0-4; 9	9=nicht bekannt/nicht anwendbar Bei Dropout leer lassen.

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

Variablen PS Datensatz (HoNOSCA-SR-Zeile bei Ein- und Austritt)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTEBEREICH	BEMERKUNGEN
1	Rekordart	AN (2)	PS	PS	
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 2=Sprache 3=zu krank 4=Todesfall 5=zu jung 6=Austritt innerhalb 24 h nach Eintritts-HoNOSCA-SR-Messung 7=unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub 8=andere (sollte nur in Ausnahmefällen Verwendung finden)
6	Spezifikation für «anderen» Dropoutgrund	AN (40)	Freitext, der den Ausfallgrund erklärt		wenn Dropoutcode=8
7	Datum der Erhebung des HoNOSCA-SR (JJJJMMTT)	N (8)	20130601		Bei einem Dropout ist das Datum einzutragen, an dem der Ausfallgrund eingetreten ist.
8	H1 - Störendes, asoziales oder aggressives Verhalten	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
9	H2 - Probleme mit Überaktivität, Aufmerksamkeit und Konzentration	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.

10	H3 - Absichtliche Selbstverletzung	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
11	H4 - Probleme mit Alkohol-, Suchtmittel- und Lösungsmittelmissbrauch	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
12	H5 - Probleme mit schulischen oder sprachlichen Fähigkeiten	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
13	H6 - Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
14	H7 - Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen und abnormen Empfindungen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
15	H8 - Probleme mit nicht-organisch bedingten somatischen Symptomen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
16	H9 - Probleme mit emotionalen und zugehörigen Symptomen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
17	H10 - Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
18	H11 - Probleme mit der Selbstpflege und Unabhängigkeit	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
19	H12 - Probleme mit dem Familienleben u. den familialen Beziehungen	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.
20	H13 - Geringe Beteiligung an der Schule	N (1)	2	0-4	Bei Dropout leer lassen.

Tabelle 3: Variablen PS Datensatz (HoNOSCA-SR-Zeile bei Ein- und Austritt)

Variablen FM Datensatz (freiheitsbeschränkende Massnahme pro Zeile)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTEBEREICH	BEMERKUNGEN
1	Rekordart	AN (2)	FM	FM	
2	burnr	AN (8)	70611111		
3	eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id	AN (16)	1122334455		klinikinterne Fallnummer
4	Art der freiheitsbeschränkenden Massnahme	N (1)		1-4	1=Isolation 2=Fixierung 3=Medikation trotz Widerstand des Patienten, oral 4= Medikation trotz Widerstand des Patienten, Injektion
5	Datum der freiheitsbeschränkenden Massnahme (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		
6	Zeit des Beginns der freiheitsbeschränkenden Massnahme (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
7	Datum des Endes der freiheitsbeschränkenden Massnahme (JJJJMMTT)	N (8)	20120601		Alle FM ausser Zwangsmedikationen
8	Zeit des Endes der freiheitsbeschränkenden Massnahme (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Alle FM ausser Zwangsmedikationen

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

Variablen ZV Datensatz (optionale Zusatzvariable; Zeile pro Fall)

NR.	BESCHREIBUNG	FORMAT	BEISPIEL	WERTEBEREICH	BEMERKUNGEN
1	eindeutige Fallidentifikationsnummer fall_id	AN (16)	1122334455		klinikinterne Fallnummer
2	opt_v_1		Team XY		
3	opt_v_2		treatment I		

Tabelle 5: 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) (Schweizerischer Bundesrat 2002).

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.

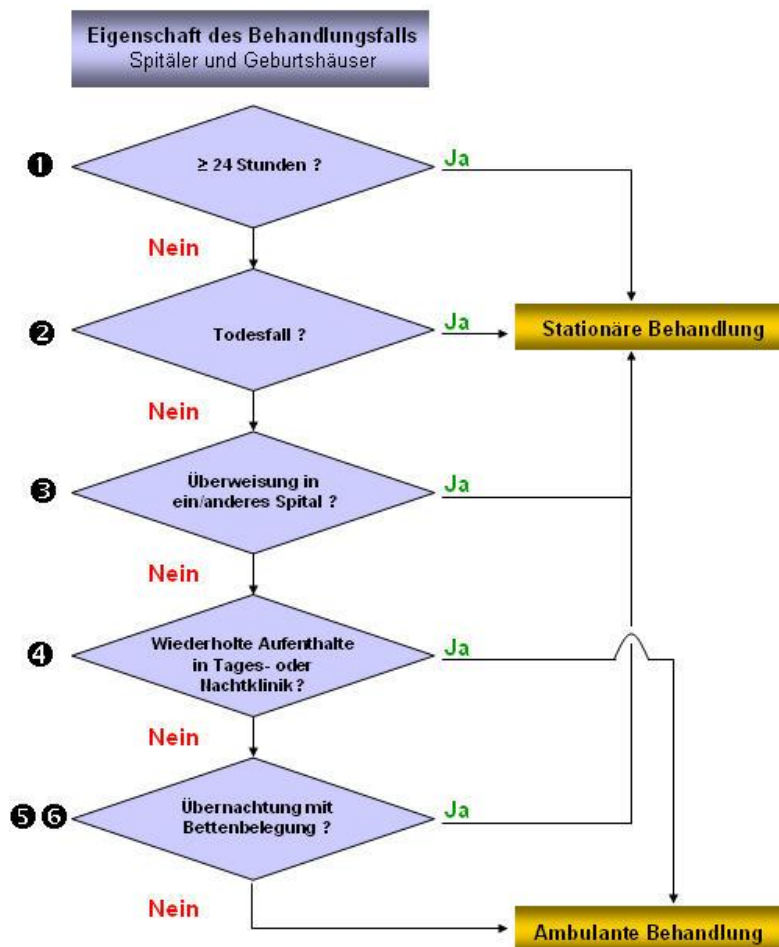
Art. 5 Ambulante Behandlung

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 2):

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

Das Kriterium «wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken» ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans 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 «Todesfall» klärt die Frage, ob der Patient, die Patientin verstorben ist.



Erläuterungen zu den Abgrenzungskriterien

Das Kriterium 1 « ≥ 24 Stunden» bedeutet, dass der Patient bzw. die Patientin mindestens 24

Abbildung 1: Entscheidungsablauf stationär oder ambulant
Stunden im Spital oder im Geburtshaus bleibt.

Das Kriterium 2 «Todesfall» klärt die Frage, ob der Patient, die Patientin verstorben ist.

Das Kriterium 3 «Überweisung in ein anderes Spital» klärt die Frage, ob der Patient bzw. die Patientin in ein anderes Spital oder vom Geburtshaus in ein Spital überwiesen worden ist.

Das Kriterium 4 «wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken» ist ein medizinischer Entscheid und ist Bestandteil des Therapieplans 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 5 «Nacht» wird mittels Mitternachtszensus-Regel gemessen und erfasst. Mit anderen Worten wird das Kriterium erfüllt, wenn ein Patient bzw. Patientin um Mitternacht (00:00) im Spital ist.

Das Kriterium 6 «Bettenbelegung»: ein Patient bzw. eine Patientin 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 5 «Nacht» und 6 «Bettbelegung» sind nicht trennbar. Mit anderen Worten muss die Behandlung von weniger als 24. Std. die Kriterien «Nacht» und «Bettbelegung» kumulativ erfüllen, damit sie als stationäre Behandlung erfasst und verrechnet werden kann.