

AUSWERTUNGSKONZEPT

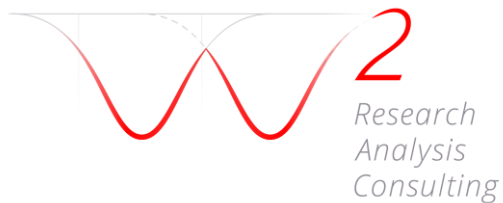
PSYCHIATRIESPEZIFISCHE MESSUNGEN IN DER ERWACHSENEN- SOWIE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Autorinnen und Autoren: Geschäftsstelle ANQ
Dr. Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH

Version: 1.2

Datum: Mai 2026

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
4. Datenauswertung.....	7
4.1 Datenbereinigung.....	8
4.2 Datenqualität	8
4.2.1 Erklärungen zur Kategorisierung der Dropout-Gründe.....	9
4.2.2 Rücklaufquote/Erwartungswerte	10
4.3 Methode	10
4.4 Datenaufbewahrung.....	13
4.5 Datenschutz	13
4.6 Nutzung bestehender Messdaten für interne Analysen.....	13
5. Darstellung spezifischer Messergebnisse für Kliniken	14
5.1 Darstellung und verwendete Grafiktypen	14
5.2 Zugang zu den Ergebnissen	15
6. Darstellung der national vergleichenden Ergebnisse	15
6.1 Darstellung und verwendete Grafiktypen	15
7. Interpretation der Messergebnisse.....	16
Literaturverzeichnis.....	17
Impressum	18

1. AUSGANGSLAGE

Das vorgelegte Auswertungskonzept beschreibt, wie die erhobenen Messergebnisse in der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewertet werden. Die Erstellung der Konzepte (Auswertungs- sowie Publikationskonzept) erfolgte in enger Kooperation zwischen dem ANQ, 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 der psychiatriespezifischen Messungen](#) 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 erhebende Messinstrumente zur Erfassung der Symptombelastung (Selbst- und Fremdbeurteilung) sowie der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.

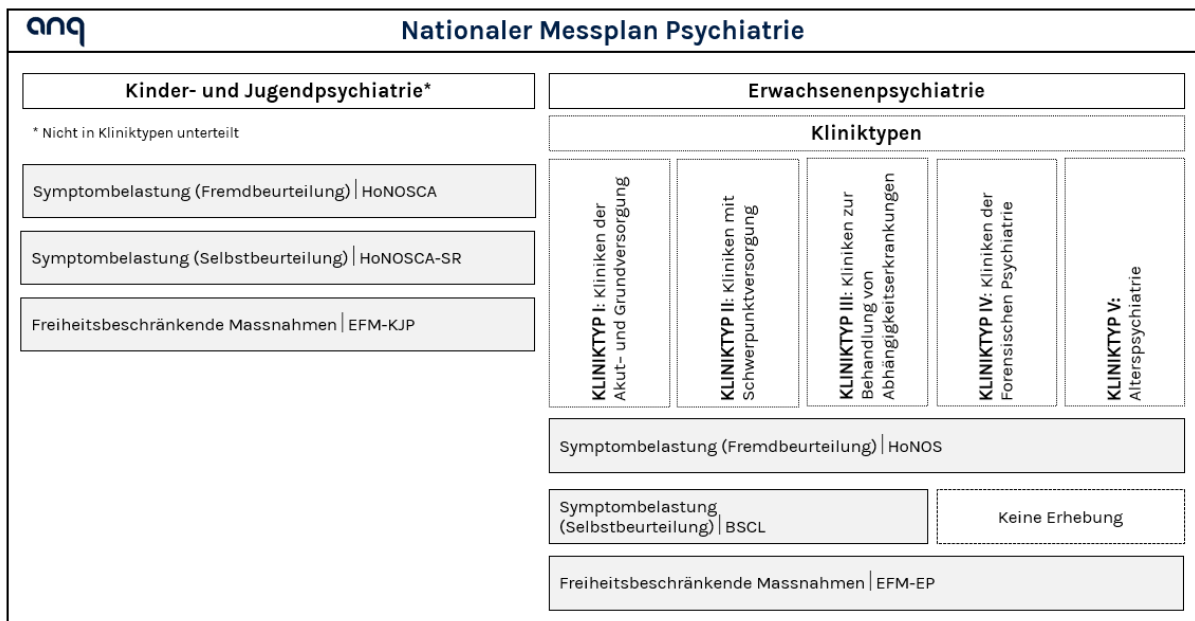


Abbildung 1: Nationaler Messplan Psychiatrie (gültig seit dem Messjahr 2023)

In der Erwachsenenpsychiatrie werden die Kliniken 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 **den Minimaldaten sowie den Psychiatrie-Zusatzdaten der Medizinischen Statistik**, die für das Bundesamt für Statistik (BFS) obligatorisch erfasst werden (siehe Abbildung 2).

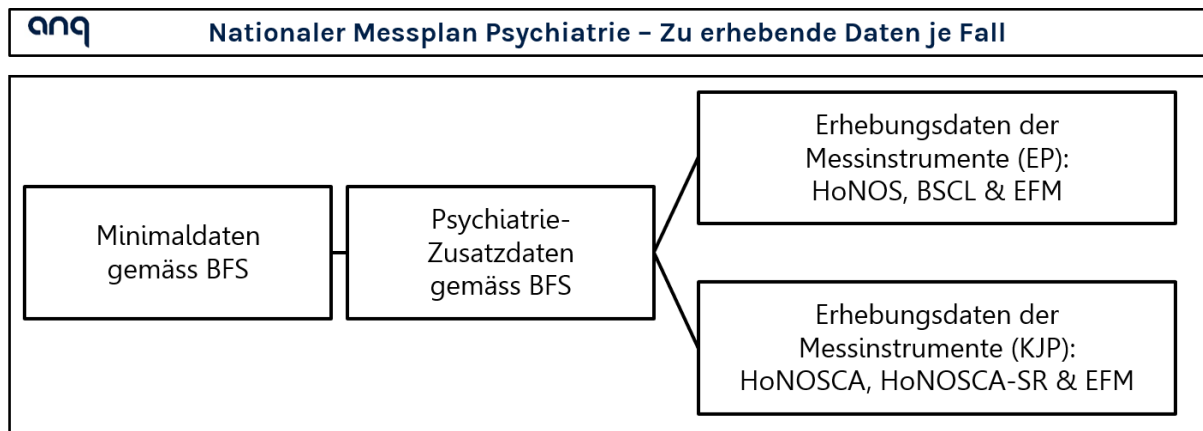


Abbildung 2: Zu liefernde Daten pro Fall

2.2 MESSZEITPUNKTE

Die Symptombelastung wird bei Eintritt und Austritt (Mindestabstand 24 Stunden) gemessen. Freiheitsbeschränkende 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 AG (seit dem Messjahr 2019) festzulegen. Die Daten dürfen daher **keine** nach TARPSY/SwissDRG AG (Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen in dieselbe Klinik) zusammengeführten Fälle enthalten.

Hinweis: Mit dem Messjahr 2026 übernimmt der ANQ für die psychiatriespezifischen Messungen die Fall- sowie Standortdefinition gemäss TARPSY/SwissDRG AG sowie auch das Format gemäss SpiGes (BFS). Ab diesem Messjahr gilt somit die Fallzusammenführung innerhalb von 18 Tagen und bei Verlegungen von Standorten innerhalb einer Klinikgruppe wird kein neuer Fall eröffnet. Stattdessen wird der Fall dem Austrittsstandort zugeordnet.

2.4 STICHPROBENUMFANG

Die Kliniken liefern Daten für alle Fälle (Vollerhebung), welche im Erhebungszeitraum in ihren Abteilungen stationär behandelt wurden. Kliniken haben die Möglichkeit Datensets, die auch

Fälle ausserhalb des Erhebungszeitraums enthalten, 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 alle Fälle berücksichtigt, die im jeweiligen Berichtszeitraum ausgetreten sind. Fälle mit Kurzaufenthalten (<24 Stunden) oder mit ungenügender Datenqualität werden von den Klinikvergleichen ausgeschlossen.

Alle teilnehmenden Kliniken werden in den nationalen Vergleich einbezogen. Eine Klinik mit einer niedrigen Anzahl von vollständig dokumentierten Fällen ($N < 30$) wird aufgrund der hohen Unsicherheit der berechneten Ergebnisse in den Publikationsunterlagen sowie auf dem Webportal kenntlich gemacht. Bei den Ergebnissen der freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden nur diejenigen Kliniken im Vergleich berücksichtigt, welche im Erhebungszeitraum mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme durchgeführt haben.

2.5 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Jugendliche, welche in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden 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

Nach Abschluss der Messperiode übermitteln die Kliniken die Messdaten zu Symptombelastung und freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie die Daten aus der Medizinischen Statistik über das Dashboard «moniQ» an das Auswertungsinstitut w hoch 2. MoniQ bietet vielfältige Analysemöglichkeiten zur Datenqualität.

Für die Gewährleistung der Anonymität der Falldaten sollen dem Auswertungsinstitut ausschliesslich Daten übermittelt werden, die der ANQ gemäss dem Dokument *Datendefinition* ([EP](#) | [KJP](#)) 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.

Rückmeldungen zur Korrektheit des Datenformats und zur Datenqualität sind unmittelbar im Dashboard moniQ abrufbar. Um bereits während der laufenden Erhebung die Messdaten prüfen und so eine hohe Datenqualität sicherstellen zu können, steht moniQ den Kliniken auch unterjährig zur Verfügung. Sind Korrekturen nötig, kann 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 wird ebenfalls im Dashboard erledigt.

3.2 DATENPRÜFUNG

Um eine ausreichend gute Datenqualität sicherzustellen, sind mehrere Ebenen der Datenprüfung notwendig. Die erste Prüfung (insbesondere zur Vollständigkeit der Fälle) soll direkt in der teilnehmenden Klinik erfolgen. Detaillierte Erklärungen zu den Datenprüfungen in den Kliniken und im Auswertungsinstitut finden sich im Dokument *Datenkontrolle* ([EP](#) | [KJP](#)).

Im Auswertungsinstitut werden 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?

4. DATENAUSWERTUNG

Im Grundsatz des ANQ erfolgen die **Auswertungen der nationalen Qualitätsmessungen auf Standorte**ebene. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der ANQ-Vorstand im Oktober 2025 auf Antrag entschieden, die Messergebnisse einzelner Klinikstandorte, insbesondere aufgrund der kleinen Stichproben an den einzelnen Standorten, unter der Klinikgruppe zu publizieren. Dieser Entscheid wird rückwirkend mit dem Messjahr 2025 umgesetzt. Die Daten werden gemeinsam am Hauptstandort der Klinikgruppe übermittelt. Für das Messjahr 2025 (Übergangsjahr) können die Kliniken die Daten auch getrennt pro Standort übermitteln. w hoch 2 führt im letzteren Fall die Daten für die Publikation zusammen. Mit dem Messjahr 2026 ist eine standortgetreue Auswertung im Ergebnisdashboard Vizer über den Upload der Zusatzvariablen möglich.

4.1 DATENBEREINIGUNG

Komplett fehlende Fälle können innerhalb der ANQ-Messungen nicht identifiziert werden. Sie werden 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

Variablen aus den Minimaldaten und Psychiatrie-Zusatzdaten der Medizinischen Statistik, die im Rahmen des BFS erhoben werden müssen, werden insbesondere für die risikoadjustierte Auswertung benötigt und via moniQ übermittelt. Die Variablen sind obligatorisch für das BFS zu erheben, sodass die Vollständigkeit dieser Daten erwartet werden kann.

Messinstrumente HoNOS, HoNOSCA, BSCL und HoNOSCA-SR

Bei den Messinstrumenten der Symptombelastung müssen für jeden Fall jeweils für Ein- und Austritt entweder Erhebungsdaten oder Dropout-Angaben vorliegen. Das Kriterium für eine gute Datenqualität ist der Anteil auswertbaren Fälle an der Gesamtzahl der Fälle, die in der Messperiode aus der Klinik ausgetreten sind. Ist 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 (FM) zur Prüfung der Plausibilität Obergrenzen zur Dauer festgelegt. Folgende Angaben gelten seither 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
- Eine negative Dauer (Startzeitpunkt nach Endzeitpunkt) gilt für alle FM als unplausibel.
- Für alle übrigen Arten von FM gelten keine Obergrenzen einer plausiblen Dauer

4.2 DATENQUALITÄT

Eine ausreichende Datenqualität ist Voraussetzung für aussagekräftige Ergebnisse. Für die Darstellung der Datenqualität macht der ANQ Vorgaben zu den Messdaten sowie Variablen

(MB- und MP-Daten) gemäss dem BFS. Dabei werden die Fälle hinsichtlich ihrer Datenqualität pro Messinstrument der Symptombelastung kategorisiert (siehe Tabelle 2).

Detaillierte Erklärungen zur Bestimmung der Datenqualität und der Kategorisierung der Daten sind jeweils im Kapitel 5 der Datenkontrolle ([EP](#) | [KJP](#)) zu finden.

KATEGORIE	BEMERKUNGEN
Komplett (auswertbar)	<p>a: BFS-Variablen (MB- und MP-Daten): Alle Variablen sind komplett.</p> <p>b: Messdaten: Komplette Messdaten für Ein- und Austritt oder es fehlen nicht mehr als 3 Items für die HoNOS(CA)-Instrumente bzw. 13 Items für die BSCL und/oder beim HoNOS fehlt die Variable H8 Art; Fragebogen nicht als Dropout codiert</p>
Nicht komplett (auswertbar)	<p>a: BFS-Variablen (MB- und MP-Daten): Die wichtigsten Variablen¹ aus den BFS-Datensätzen sind vorhanden, bei den restlichen Variablen fehlende oder ungültige Werte</p> <p>b: Messdaten: Fehlendes Datum der Erhebung, zudem fehlen nicht mehr als 3 Items für die HoNOS(CA)-Instrumente bzw. 13 Items für die BSCL und/oder beim HoNOS fehlt die Variable H8 Art; Fragebogen ist nicht als Dropout codiert</p>
Mangelhaft (nicht auswertbar)	<p>a: BFS-Variablen (MB- und MP-Daten): Daten sind nicht auswertbar, da mindestens eine der wichtigsten Variablen fehlend oder ungültig</p> <p>b: Messdaten: Mehr als 3 Items für die HoNOS(CA)-Instrumente bzw. 13 Items für die BSCL fehlend</p>
Eintrag fehlt (nicht auswertbar)	<p>a: BFS-Variablen (MB- und MP-Daten): Fehlende Fallidentifikationsnummer (FID)</p> <p>b: Messdaten: FID oder Angabe zum Ein- oder Austritt des Fragebogens fehlend</p>
Dropout	<p>a: Messdaten: Fragebogen als Dropout codiert</p>

Tabelle 2: Kategorien der Datenqualitätsangaben

4.2.1 Erklärungen zur Kategorisierung der Dropout-Gründe

Die Begründungen für Dropouts sind dem [Messmanual](#) und dem Dokument «Datenkontrolle» für die [Erwachsenenpsychiatrie](#) sowie die [Kinder- und Jugendpsychiatrie](#) zu entnehmen. Die Gründe werden in beeinflussbar und nicht beeinflussbar unterteilt. Beeinflussbare Dropouts sind möglichst zu reduzieren. Nicht beeinflussbare Dropouts fliessen in die Berechnung der Rücklaufquote ein.

¹ Die wichtigsten Variablen werden vom ANQ definiert. Ihr Vorhandensein ist die Minimalvoraussetzung, um einen Fall auswerten zu können. Im Kapitel 5 der Datenkontrolle sind die diese Variablen gelistet.

4.2.2 Rücklaufquote/Erwartungswerte

Zur Verbesserung der Datenqualität hat der ANQ für die psychiatriespezifischen Messungen Erwartungswerte der Rücklaufquoten festgelegt, die seit dem Messjahr 2016 Gültigkeit haben. Mit dem Messjahr 2025 wurden die Massnahmen angepasst. Die Kategorie «auswertbar – nicht komplett» zählt seither nicht mehr zur Erreichung der Rücklaufquote.

- **Fremdbeurteilung: Eintrittsmessung: 100%; vollständiges Ein-/Austritts-Paar: 90%**

Damit ein Eintritts-Austritts-Paar als vollständig gilt, müssen alle Variablen aus den BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten vorhanden sein. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.

- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Ein-/Austritts-Paar: 60%**

Damit ein Eintritts-Austritts-Paar als vollständig gilt, müssen alle 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%**

Fälle, bei denen Variablen aus den Minimaldaten (MB-Daten) und den Psychiatrie-Zusatzdaten (MP-Daten) fehlen, werden ab Messjahr 2025 nicht mehr für die Erreichung des Erwartungswertes berücksichtigt.

- **Freiheitsbeschränkende Massnahmen: Kein Erwartungswert**

Die definierten freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) müssen komplett und fortlaufend dokumentiert werden. Die Verantwortung zur vollständigen Lieferung der Daten liegt bei den Kliniken, da aktuell keine Möglichkeit für eine Vollständigkeitsüberprüfung besteht. Für die dokumentierten Fälle waren die gelieferten Daten in der Vergangenheit klinikübergreifend kontinuierlich von sehr hoher Qualität. Auf eine Veröffentlichung der FM-Datenqualität pro Klinik wird im Sinne einer bündigen und prägnanten Berichtslegung verzichtet. Im Falle von Auffälligkeiten während des Auswertungsprozesses, werden die betroffenen Kliniken in Absprache zwischen ANQ, w hoch 2 und ggf. dem Qualitätsausschuss Psychiatrie kontaktiert.

4.3 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 Variablen für die Risikoadjustierung stammen grösstenteils aus dem MB- und MP-Datensatz des BFS. Die Erfassung von **Alter bei Eintritt, Geschlecht und Hauptdiagnose** sind zwingend notwendig. Fehlt eine dieser drei Variablen kann keine

Risikoadjustierung vorgenommen werden – der Fall wird aus der Analyse ausgeschlossen. Weitere Variablen, welche für die Risikoadjustierung verwendet werden, sind nachfolgend gelistet.

- Anzahl Nebendiagnosen²
- Aufenthaltsdauer³
- Aufenthaltsort vor Eintritt
- Behandlungsbereich
- Beschäftigung vor Eintritt
- Bildungsstand
- Einweisende Instanz
- Fürsorgerische Unterbringung (FU) bei Eintritt
- Nationalität
- Versicherungsart (allgemein, halbprivat, privat)
- Zivilstand
- Symptombelastung bei Eintritt
(Eintrittswert HoNOS/HoNOSCA/BSCL/HoNOSCA-SR → sind nicht Teil der BFS-Daten)

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, sodass 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 (Symptombelastungsreduktion) als Zielvariable (Response), der behandelnden Klinik als Faktor und diversen Störgrößen als Confounder. Für letztere werden je nach Umfang der Datengrundlage auch Interaktionen erster Ordnung berücksichtigt. In Abhängigkeit der vorliegenden Daten unterscheiden sich jedoch die Modelle der verschiedenen Kliniktypen und Messjahre, hinsichtlich der tatsächlich aufgenommenen Confounder. 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 wird in der [Erläuterung zu den](#)

² Im Auftrag der Expertengruppe *Gesundheit bei Menschen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung* 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.

³ Die Aufenthaltsdauer berechnet sich aus dem Ein- und Austrittsdatum.

[Grafiken und Risikoadjustierung](#) differenziert erklärt, Details zu spezifischen Modellen können beim Auswertungsinstitut w hoch 2 eingeholt werden.

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 jährlichen Stichprobe, handelt. Es ist explizit kein Vergleich mit einem objektiven, neutralen Outcome-Benchmark für «Symptombelastung», da ein solcher weder bei HoNOS/HoNOSCA noch bei 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 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 FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Behandlungsqualität. Um den unterschiedlichen Voraussetzungen besser gerecht zu werden, wurden 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 FM zu vermeiden und auf ein notwendiges Minimum zu reduzieren. Dazu sind im Klinikvergleich

nachvollziehbare und interpretierbare Messergebnisse erforderlich. Der Hauptindikator für FM hat im Unterschied zu den Massen für die Symptombelastung nur zwei Ausprägungen: Behandlungsfall ist von mind. einer FM 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.

4.4 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 des gebotenen Datenschutzes aufbewahrt.

4.5 DATENSCHUTZ

Die Erhebung unterliegt dem [Datenreglement des ANQ](#). Der ANQ unternimmt alle notwendigen Massnahmen zum Schutz und für die Sicherheit der Daten (siehe [Datenschutzmassnahmen ANQ](#)). w hoch 2 hostet die Daten auf serverseitig verschlüsselten Schweizer Servern.

Zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit bestehen zwischen w hoch 2 als Auswertungsinstitut und dem ANQ schriftlich festgehaltene Vereinbarungen zur Auftragsdatenbearbeitung (ADV). Diese regeln den Umgang mit schützenswerten Daten und dokumentieren die getroffenen technischen und organisatorischen Sicherheitsmassnahmen. Zudem sind sie für alle beteiligten Personen in den Institutionen bindend.

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.

4.6 NUTZUNG BESTEHENDER MESSDATEN FÜR INTERNE ANALYSEN

Gemäss dem [ANQ-Datenreglement](#) ist der ANQ befugt, alle Daten im Zusammenhang mit den Messungen in dem Umfang zu bearbeiten, wie dies für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlich ist. Wenn nötig, können daher bereits erhobene Daten aus anderen Messungen (fachübergreifend und/oder fachbereichsspezifisch) für interne Analysen genutzt werden, beispielsweise um eine Messmethode zu überprüfen und/oder weiterzuentwickeln.

5. DARSTELLUNG SPEZIFISCHER MESSERGEBNISSE FÜR KLINIKEN

5.1 DARSTELLUNG UND VERWENDETE GRAFIKTYPEN

Im **Dashboard moniQ** haben die Kliniken vertiefte Einsicht in die Datenqualität ihrer Daten.

Den Kliniken steht zudem seit 2024 das **Ergebnisdashboard Vizer** zur Verfügung, worüber sie Einsicht in ihre Ergebnisse pro Klinikstandort erhalten. Im Dashboard können klinikeigene Ergebnisse unterjährig eingesehen werden.

Die Kliniken finden dafür wichtige grundlegende Analysen bereits vorkonfiguriert. Es werden Eintritts-, Austritts- und Differenzwerte gruppiert nach Hauptdiagnosegruppe für die Symptombelastungsindikatoren dargestellt. Eine Vergleichsgrafik ermöglicht den Abgleich zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der Symptombelastung. Der Anteil an Behandlungsfällen, die von mindestens einer freiheitsbeschränkenden Massnahme betroffen waren, wird sowohl gesamthaft als auch pro Hauptdiagnose dargestellt. Ausserdem beschreiben fünf Grafiken den Case-mix in Bezug auf Hauptdiagnose, Fürsorgerische Unterbringung, Alter und Geschlecht.

Darüber hinaus können eine Vielzahl individueller Analysen im Dashboard durchgeführt werden, in denen vorhandene Variablen auf unterschiedliche Weise miteinander kombiniert werden können. Beispielsweise lassen sich Ergebnisanalysen gruppiert nach Diagnosegruppen und einweisender Instanz berechnen. Für abgeschlossene Messjahre können für jede beliebige Auswertung die passenden Benchmarks dargestellt werden. Dies erleichtert die Einordnung der klinikeigenen Messergebnisse.

Mit der Möglichkeit zusätzliche klinikindividuelle Variablen im eigenen Datensatz zu integrieren, können die Kliniken ausserdem ganz eigene Analysen wie z.B. Auswertungen nach Abteilung umsetzen. Mit den Zusatzauswertungen können Hauptergebnisse besser nachvollzogen werden und Ergebnisse für klinikinterne Qualitätsverbesserungen optimaler genutzt werden.

Die Ergebnisse lassen sich als unterschiedliche Grafiktypen wie z.B. Säulen- und Pyramidendiagramme, Boxplots oder Tabellen darstellen. Die erstellten Analysen lassen sich mittels Vergabe von Ansichtsrechten mit weiteren Personen teilen. Für Berichte oder Präsentationen können die Analysen ausserdem als Bilddateien im .svg- und .png-Format exportiert werden.

Risikoadjustierung

Alle im Ergebnisdashboard Vizer dargestellten und analysierbaren Daten sind nicht risikoadjustiert. Für die Risikoadjustierung ist das Vorliegen der vollständigen Daten eines Messjahres für alle Vergleichskliniken notwendig. Die risikoadjustierten Klinikvergleiche werden deshalb jährlich nach Ende der Messperiode erstellt und auf dem ANQ-Webportal publiziert. Dies kann

zu Abweichungen zwischen den öffentlich publizierten Klinikvergleichen und den in Vizer berechenbaren Ergebnissen führen.

5.2 ZUGANG ZU DEN ERGEBNISSEN

Pro Institution wird in der Regel ein Admin-Zugang erteilt. Die Institutionen erhalten zudem die Möglichkeit, weiteren Personen Nutzerrechte zu erteilen. Mit dem Admin-Zugang können neue Auswertungen erstellt und bestehende modifiziert werden. Ausserdem können damit weitere Personen als Benutzer eingeladen werden. Diese Benutzerzugänge ermöglichen die Ansicht bestehender Auswertungen.

6. DARSTELLUNG DER NATIONAL VERGLEICHENDEN ERGEBNISSE

6.1 DARSTELLUNG UND VERWENDETE GRAFIKTYPEN

Die Hauptergebnisse der Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung) sowie der freiheitsbeschränkenden Massnahmen pro Kliniktyp werden in **Vergleichsdiagrammen** auf dem ANQ-Webportal publiziert. Diese Darstellung visualisiert die Verteilung der risikoadjustierten Vergleichsgrösse optimal, sodass das relative Abschneiden im Vergleich zu den übrigen Kliniken des Kliniktyps sowie der Unterschied zum Benchmark sichtbar wird.

Bei den freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden darüber hinaus für die Erwachsenenpsychiatrie die Nutzung unterschiedlicher Arten von Massnahmen in einer **Vergleichsmatrix** auf dem Webportal dargestellt. Diese erlaubt es zu vergleichen, welche Arten von Massnahmen in den verschiedenen Klinikstandorten mit relativ hoher oder niedriger Häufigkeit bzw. Intensität genutzt werden. Um der unterschiedlichen Anwendung in Bezug auf Häufigkeit und Dauer gerecht zu werden, wird je nach Massnahme die Häufigkeit oder der Intensitätswert (Häufigkeit x Dauer) für diese Vergleiche genutzt.

Ergänzend zu den Vergleichsdiagrammen und den Vergleichsmatrizen werden für die nationale Berichterstattung die folgenden Grafiktypen und Tabellen eingesetzt, um die Messergebnisse sowie weitere deskriptive Parameter der Erhebung transparent darzustellen:

- Säulendiagramme
- Balkendiagramme
- Liniendiagramme
- Strukturierte Tabellen

So werden in den Zusatzgrafiken die Verteilungen und die zeitlichen Entwicklungen sowie Vergleiche eines Merkmals zwischen verschiedenen Einheiten dargestellt. Diese dienen insbesondere einem vertieften Verständnis und einer Kontextualisierung der Ergebnisse.

7. INTERPRETATION DER MESSERGEBNISSE

Die Messergebnisse der psychiatriespezifischen Messungen dienen der Dokumentation der Symptombelastung und der Erfassung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Die Werte der Symptombelastung stellen einzelne Indikatoren der Behandlungsqualität dar, sie umfassen jedoch nicht die gesamte Behandlungsqualität. Die Ergebnisse sollen klinikinterne Verbesserungsprozesse anstossen. Für eine korrekte fachliche Interpretation sind die methodischen Grenzen zu berücksichtigen, welche im fachübergreifenden Dokument [Hinweise zur Interpretation der Messergebnisse](#) ausführlich dokumentiert sind. Das [ANQ-Glossar](#) beschreibt zudem zentrale Begrifflichkeiten rund um die ANQ-Messungen.

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.
- Garralda, 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., Garralda, 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, 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.

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Auswertungskonzept Psychiatriespezifische Messungen in der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie
Jahr	2026
Autorinnen und Autoren	Muriel Haldemann, ANQ Bern Denise Steinhauser, ANQ Bern Dr. Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH
Kontakt-Korrespondenzadresse	psychiatrie@anq.ch
Auftraggeberin ANQ	Muriel Haldemann, Leiterin Fachbereich Psychiatrie
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern
Zitierweise	ANQ, Bern; w hoch 2, Bern (2026): Auswertungskonzept. Psychiatriespezifische Messungen in der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Messjahr 2025