



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Auswertungskonzept

Stationäre Erwachsenenpsychiatrie

Nationaler Messplan Erwachsenenpsychiatrie

August 2023, Version 8.0

Inhaltsverzeichnis

Farbcodierungen/Änderungsjournal.....	3
1. Ausgangslage.....	4
2. Methoden der Datenerhebung.....	5
2.1. Messplan Erwachsenenpsychiatrie.....	5
2.2. Messzeitpunkte.....	6
2.3. Falldefinition.....	6
2.4. Ein- und Ausschlusskriterien.....	6
2.5. Stichprobenumfang.....	6
2.6. Stratifizierung.....	7
3. Datenübermittlung und -aufbereitung.....	8
3.1. Datenschutz.....	8
3.2. Datentransfer.....	8
3.3. Datenqualität.....	9
3.3.1. Rücklaufquote/Erwartungswerte.....	9
3.3.2. Datenprüfung.....	9
3.3.3. Fehlende und/oder unplausible Werte.....	9
4. Darstellung der klinikspezifischen Ergebnisse.....	11
5. Auswertung.....	12
5.1. Qualitätsparameter für Kliniken unter Risikoadjustierung.....	12
5.2. Darstellung der Messergebnisse und verwendete Grafiktypen.....	13
5.2.1. Grafischer Klinikvergleich der Symptombelastungsreduktion.....	13
5.2.2. Grafischer Klinikvergleich Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	15
5.2.3. Tabellarische Gesamtübersicht Symptombelastungsreduktion.....	17
5.2.4. Tabellarische Gesamtübersicht Freiheitsbeschränkende Massnahmen detailliert.....	18
5.2.5. Jahresvergleich Messergebnisse.....	18
5.2.6. Jahresvergleich der Verteilung der von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffenen Fälle.....	20
5.2.7. Jahresvergleich der Anteile der unterschiedlichen Freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	21
6. Literaturverzeichnis.....	22

Farbcodierungen/Änderungsjournal

Damit Sie auf ein stets aktualisiertes Hilfsmittel zurückgreifen können, wird das vorliegende Dokument bei Bedarf auch unterjährig auf den neusten Stand gebracht. Die Farbcodierungen helfen Ihnen dabei, die letzte/n Änderung/en rasch zu erfassen.

FARBCODIERUNG	GEÄNDERT PER	STICHWORT
BLAU	01.08.2023	Einführung neuer Kliniktyp V – Alterspsychiatrie (Auswertung mit den Ergebnissen des Datenjahres 2023). Neue Grafiken zu Freiheitsbeschränkenden Massnahmen in den Nationalen Vergleichsberichten. Allgemeine sprachliche Anpassungen.
GELB	01.08.2022	Stratifizierung: Präzisierungen Anteilsvergleiche Freiheitbeschränkenden Massnahmen betroffener Fälle: Anstelle der Ausgabe von Konfidenzintervallen wird neu angegeben, in welchem Quartilbereich eine Klinik liegt. Sprachliche Präzisierungen in Bezug auf die dargestellten Grafiktypen.
GRÜN	01.01.2022	Anpassung der Darstellung Vergleichsgrössen (Belastungsreduktion weiss hinterlegt, Belastungszunahme orange hinterlegt) und der Berechnung der mittleren Vergleichsgrösse. Nachträgliche Aktualisierung Darstellung Jahresvergleiche. Neuer Verweis auf Infografik anstelle Kurzberichts.

1. Ausgangslage

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wurde 2009 von allen wichtigen Partnern des Schweizerischen Gesundheitswesens basierend auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) gegründet. ANQ-Mitglieder sind der Spitalverband H+, die Verbände der Versicherer (santésuisse und curafutura), die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär-, und Invalidenversicherung) sowie alle 26 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein. Alle Kliniken für stationäre Psychiatrie, welche den ANQ-Qualitätsvertrag unterzeichnet haben, sind verpflichtet an den nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Die erhobenen Daten werden national und vergleichend ausgewertet. Die nationalen Qualitätsvergleiche dienen dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Seit Juli 2012 erheben die Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie die Daten. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wurde erstmalig für die Symptombelastung mit den Daten des Jahres 2014 und für die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mit den Daten des Jahres 2015 umgesetzt.

Seit 2018 ist w hoch 2 durch den ANQ beauftragt, die Datenerhebung wissenschaftlich zu begleiten und die Auswertung der erhobenen Daten zu übernehmen. Das hier vorgelegte Auswertungskonzept beschreibt, wie die erhobenen Daten ausgewertet und die Ergebnisse anschliessend dargestellt und publiziert werden. Besondere Berücksichtigung findet die Risikoadjustierung, welche einen fairen Klinikvergleich ermöglichen soll. Die Erstellung des Auswertungskonzeptes erfolgte in enger Kooperation zwischen dem ANQ, dem Qualitätsausschuss Psychiatrie und dem Auswertungsinstitut w hoch 2. Grundlagen der Auswertungskonzepte des ANQ sind der [Nationale Qualitätsvertrag](#), das [Datenreglement des ANQ](#) sowie die generellen [Anforderungen an Auswertungskonzepte](#). Die Erarbeitung der Auswertungskonzepte des ANQ verläuft prozesshaft und baut auf den vorhergehenden Fassungen sowie neuen Erkenntnissen aus den Ergebnissen der Auswertungen auf.

2. Methoden der Datenerhebung

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](#) und in der [Datendefinition](#) des ANQ festgelegt.

2.1. Messplan Erwachsenenpsychiatrie

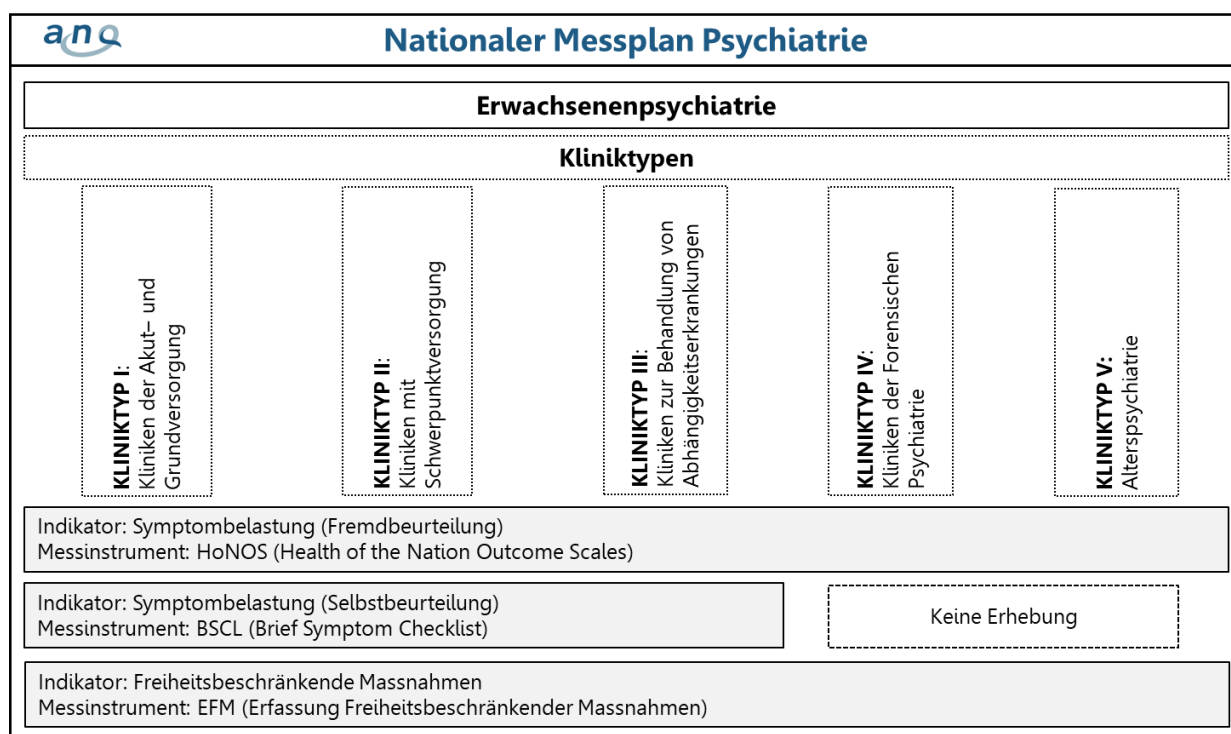


Abbildung 1: Messplan Erwachsenenpsychiatrie (gültig ab dem Datenjahr 2023)

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

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

2.2. Messzeitpunkte

Die Symptombelastung wird bei Eintritt und Austritt (Mindestabstand 24 Stunden) und die Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden bei jeder Anwendung erfasst. Die Daten 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 [Detailkonzept für die Medizinische Statistik](#) dargestellt ist. Grundsätzlich gilt, dass eine Erhebungseinheit einem Behandlungsfall entspricht. Aufgrund der Erfahrung im Messjahr 2018 hat der Vorstand im Juli 2019 entschieden, die Falldefinition **ohne** die Fallzusammenführung nach TARPSY/SwissDRG (ab dem Messjahr 2019) festzulegen. Die Daten dürfen daher **keine** nach TARPSY/SwissDRG (Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen in dieselbe Klinik) zusammengeführten Fälle enthalten.

2.4. Ein- und Ausschlusskriterien

Die nationale Qualitätsmessung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie schliesst im Grundsatz kinder- und jugendpsychiatrische Fälle aus. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht seit 1. Juli 2013 ein eigener Nationaler Messplan, welcher über die entsprechenden konzeptionellen Grundlagen verfügt.

Werden Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt, so werden sie in die Messung Erwachsenenpsychiatrie eingeschlossen und dort 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 also nicht über das Alter, sondern über die teilnehmende Institution vorgenommen.

2.5. Stichprobenumfang

Die Kliniken liefern Daten für alle Fälle (Vollerhebung), welche im Erhebungszeitraum in ihren für die Erwachsenenpsychiatrie vorgesehenen Abteilungen stationär behandelt wurden. Kliniken haben die Möglichkeit Datensets mit nicht benötigten Fällen, also Fällen mit Eintritt vor dem 01.07.2012 und mit Austritt vor dem Berichtszeitraum bzw. mit Austritt nach dem Berichtszeitraum zu liefern. Dies entspricht den Vorgaben des BFS für die Lieferung der Medizinischen Statistik mit allen Fallarten (Kennzeichnung des Statistikfalls «A», «B» oder «C» nach dem Detailkonzept BFS), sodass für die Kliniken kein Zusatzaufwand entsteht.

Für die Auswertung werden diejenigen Fälle berücksichtigt, die frühestens ab Messbeginn (01.07.2012) eingetreten und im jeweiligen Berichtszeitraum ausgetreten sind. Fälle mit ungenügender Datenqualität werden von den Klinikvergleichen ausgeschlossen.

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

2.6. Stratifizierung

Die Stratifizierung wurde vom ANQ zur besseren Vergleichbarkeit der unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken und zur Förderung des Benchmark-Prozesses entwickelt. Die Auswertung erfolgt stratifiziert nach **5 Kliniktypen** gemäss nachfolgender Tabelle.

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

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	ab Datenjahr 2023

Informationen zur Stratifizierung sind im ANQ-Dokument auf dem [ANQ-Webportal](#) (→ Factsheet Kliniktypen) zu finden.

3. Datenübermittlung und -aufbereitung

3.1. Datenschutz

Die Erhebung unterliegt dem Datenreglement des ANQ. Für eine bessere Gewährleistung der Anonymität der Falldaten sollen dem Auswertungsinstitut im Minimaldatensatz des BFS keine Informationen zum Geburtsdatum, sondern lediglich das Alter bei Eintritt übermittelt werden. Der anonyme Verbindungscode wird durch die Fall- und Patientenidentifikationsnummer ersetzt.

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.

3.2. Datentransfer

Die Kliniken übermitteln die Messdaten zu Symptombelastung und Freiheitsbeschränkenden Massnahmen sowie die Daten der Medizinischen Statistik über das Dashboard «moniQ» an das Auswertungsinstitut w hoch 2. Jeder Klinikstandort bezeichnet eine für die Datenübermittlung verantwortliche Person. Diese erhält von w hoch 2 einen Link, um sich auf moniQ zu registrieren. Die verantwortliche Person kann sich während des ganzen Jahres mit ihrer E-Mail-Adresse und dem selbst gewählten Passwort einloggen, Daten hochladen und diese auf ihre Datenqualität überprüfen. Die verantwortliche Person kann zudem weiteren Benutzerinnen und Benutzern die Rechte zur Einsicht in Datenqualitätsanalysen und Resultate geben.

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

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

In der nachfolgenden Abbildung (Abbildung 2) werden die zu liefernden Daten je Fall übersichtlich dargestellt. Informationen zu fehlenden Werten und Ausschlussgründe aus der Auswertung werden im Kapitel 3.3.3 beschrieben.

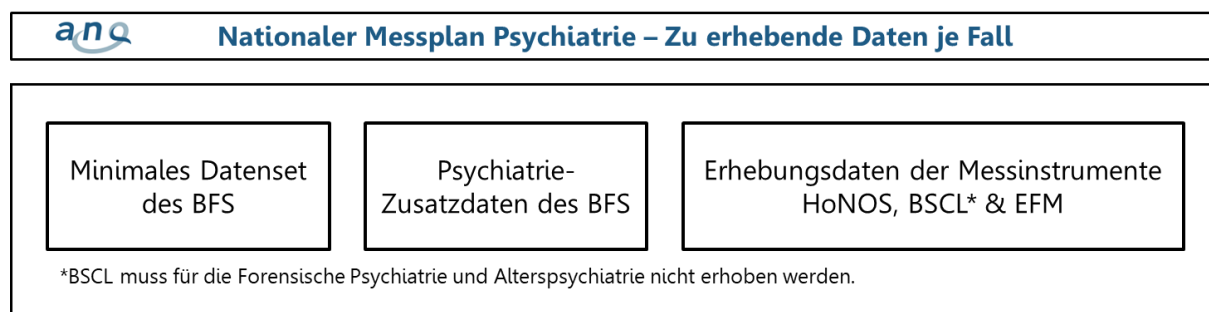


Abbildung 2: Zu liefernde Daten pro Fall

3.3. Datenqualität

3.3.1. Rücklaufquote/Erwartungswerte

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

- **Fremdbeurteilung: Eintrittsmessung: 100%; vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 90%.**
Damit ein Eintritts-Austritts-Paar als vollständig gilt, müssen die zentralen Variablen aus den BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten vorhanden sein. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren, legitimen Dropouts berücksichtigt.
- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%.**
Damit ein Eintritts-Austritts-Paar als vollständig gilt, müssen die zentralen Variablen aus den BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten vorhanden sein. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.
- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze: 0%.**
- Bei der Erfassung der Freiheitbeschränkenden Massnahmen besteht kein Erwartungswert, da aktuell keine Möglichkeit für eine Vollständigkeitsüberprüfung besteht. Es wird jedoch erwartet, dass jede einzelne Freiheitsbeschränkende Massnahme erfasst wird.
- Mit der Auswertung der Daten 2019 ist neu eine Cut-Off-Missingrate von 0.1% bei allen gemäss ANQ nicht zwingend zu deklarierenden BFS-Variablen vorgegeben. Die wenigen Kliniken, welche mehr als 0,1% fehlender Werte dieser Variablen aufweisen, werden unterhalb der Ergebnisgrafiken ausgewiesen. Diese Massnahme dient der weiteren Verbesserung der Vergleichbarkeit.

3.3.2. Datenprüfung

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

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

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

3.3.3. Fehlende und/oder unplausible Werte

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

Minimaldaten und Psychiatrie-Zusatzdaten des BFS

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

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

Fälle mit mindestens einem fehlenden Wert bei ein der Variablen Geschlecht, Alter oder Hauptdiagnose werden aus den Analysen zur Symptombelastung ausgeschlossen. Fehlt ein Wert für HoNOS oder BSCL wird der Fall von der Analyse des entsprechenden Instruments ausgeschlossen. Fälle mit Kurzaufenthalten werden von den Klinikvergleichen auch ausgeschlossen. Weitere Informationen finden Sie unter Datenkontrolle und Datenvalidierung auf dem [ANQ-Webportal](#).

Messinstrumente HoNOS und BSCL

Bei den Messinstrumenten HoNOS und BSCL müssen für jeden Fall entweder Erhebungsdaten oder Dropout-Angaben vorliegen (jeweils für Ein- und Austritt). Kriterium für eine gute Datenqualität ist der Anteil gut dokumentierter Fälle an der Gesamtzahl der Fälle, die im Beobachtungszeitraum behandelt wurden. Liegt dieser Anteil niedrig, so besitzen die vorhandenen Klinikdaten möglicherweise eine geringe Repräsentativität für die in der Klinik behandelten Patientinnen und Patienten.

Fehlende Werte bei den Erhebungsdaten der Messinstrumente werden nicht ersetzt. Ab einer bestimmten Anzahl fehlender Einzelitems für ein Messinstrument (**mehr als 3 Items für HoNOS** und **mehr als 13 Items für 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 Freiheitsbeschränkenden Massnahmen Obergrenzen zur Dauer festgelegt. Folgende Angaben zur Dauer von Massnahmen gelten künftig als nicht korrekt dokumentiert bzw. als unplausibel und werden im Dashboard moniQ gekennzeichnet dargestellt:

- Alle Freiheitsbeschränkenden Massnahmen: Negative Dauer (Startzeitpunkt nach Endzeitpunkt)
- Fixierung: > 2 Wochen
- Für alle übrigen Arten von Freiheitbeschränkenden Massnahmen gelten keine Obergrenzen einer plausiblen Dauer.

4. Darstellung der klinikspezifischen Ergebnisse

Die Berichterstattung dient primär dem Zweck, alle beteiligten Partner des ANQ und die interessierte Öffentlichkeit zu informieren. Für die Erwachsenenpsychiatrie wird jährlich ein Gesamtbericht (Nationaler Vergleichsbericht) mit vergleichenden Ergebnisdarstellungen und der Datenqualität erstellt. Der Bericht enthält separate Auswertungen für die 5 Kliniktypen. Das heisst die Klinikstandorte/Abteilungen/Stationen werden innerhalb der 5 Kliniktypen untereinander durch eine separate Auswertung pro Kliniktyp verglichen.

Die Infografik fasst zuhanden einer öffentlichen Leserschaft die wichtigsten Ergebnisse zusammen und stellt diese grafisch dar.

Zusätzlich wird den Kliniken ein Klinikspezifischer Vergleichsbericht mit Klinikvergleichen innerhalb der 5 Kliniktypen zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse dieses Berichts sind zusätzlich im Dashboard moniQ in einer dynamischen Umgebung darstellbar. Die Kliniken erhalten im individuellen Bericht ihre klinikspezifischen Ergebnisse aufgeschlüsselt nach Skalen- oder Itemebene und nach Diagnosegruppen. Somit können die Hauptergebnisse besser nachvollzogen und die Resultate für klinikinterne Qualitätsverbesserungen genutzt werden.

Ausserdem erhalten alle Kliniken einen Nationalen Datenqualitätsbericht, welcher klinikvergleichende Auswertungen zur Datenqualität beinhaltet. Die Klinikspezifischen Datenqualitätsberichte können zudem direkt über das Dashboard moniQ generieren.

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

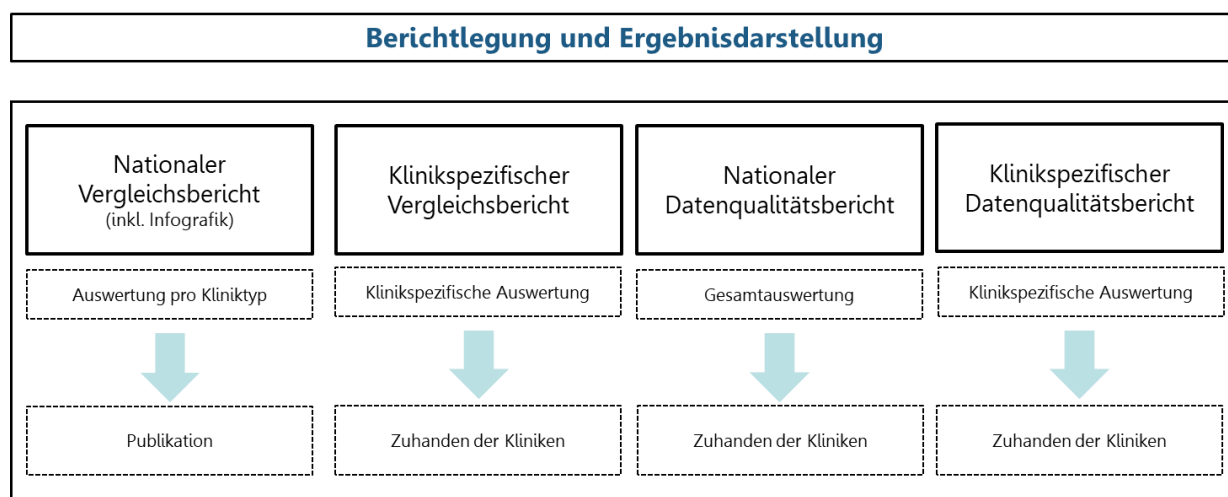


Abbildung 3: Übersicht über die ANQ-Berichtslegung im Fachbereich Psychiatrie

Die Kernbotschaften werden klinikvergleichend unterteilt in die **5 Kliniktypen** auf dem ANQ-Webportal publiziert (siehe [ANQ Publikationskonzept Psychiatrie Erwachsene](#)).

5. Auswertung

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

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

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

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

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

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

5.1. Qualitätsparameter für Kliniken unter Risikoadjustierung

Mit dem Ziel möglichst fairer Vergleiche hinsichtlich der Ergebnisqualität der Symptombelastung werden simultan die klinikspezifischen Qualitätsparameter und der Einfluss derjenigen Störgrössen, welche die Klinik nicht selbst beeinflussen kann, aus den Daten geschätzt. Zu den Störgrössen zählt in erster Linie die Zusammensetzung des behandelten Patientenkollektivs (der «Casemix»). Die obligatorisch zu erfassenden Kovariablen, die zur Risikoadjustierung herangezogen werden, sind im Kapitel 3.3.3 dokumentiert.

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

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

Das Regressionsmodell berücksichtigt zufällige Schwankungen von Fall zu Fall und andere Ungenauigkeiten bei der Erhebung der Ergebnisqualität der Symptombelastung. Dabei sind die geschätzten Qualitätsparameter der Kliniken Approximationen an tatsächliche Qualitätsparameter.

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

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

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

5.2. Darstellung der Messergebnisse und verwendete Grafiktypen

5.2.1. Grafischer Klinikvergleich der Symptombelastungsreduktion

Die Darstellung der Ergebnisse der Klinikvergleiche zur Symptombelastungsreduktion erfolgt in Form von Grafiken, bei denen horizontal die Kliniken aufgelistet werden. Auf der y-Achse wird als Indikator zur Symptombelastungsreduktion für jede Klinik ihre geschätzte Vergleichsgrösse sowie das simultane Konfidenzintervall aufgetragen. Zudem ist die durchschnittliche Symptomreduktion aller Kliniken als horizontale Nulllinie dargestellt. Konfidenzintervalle, welche den Wert null nicht enthalten, werden grafisch hervorgehoben.

Die nachfolgende Beispielabbildung bezieht sich auf die HoNOS-Vergleichsgrösse. Sie gilt analog für die BSCL-Vergleichsgrösse.

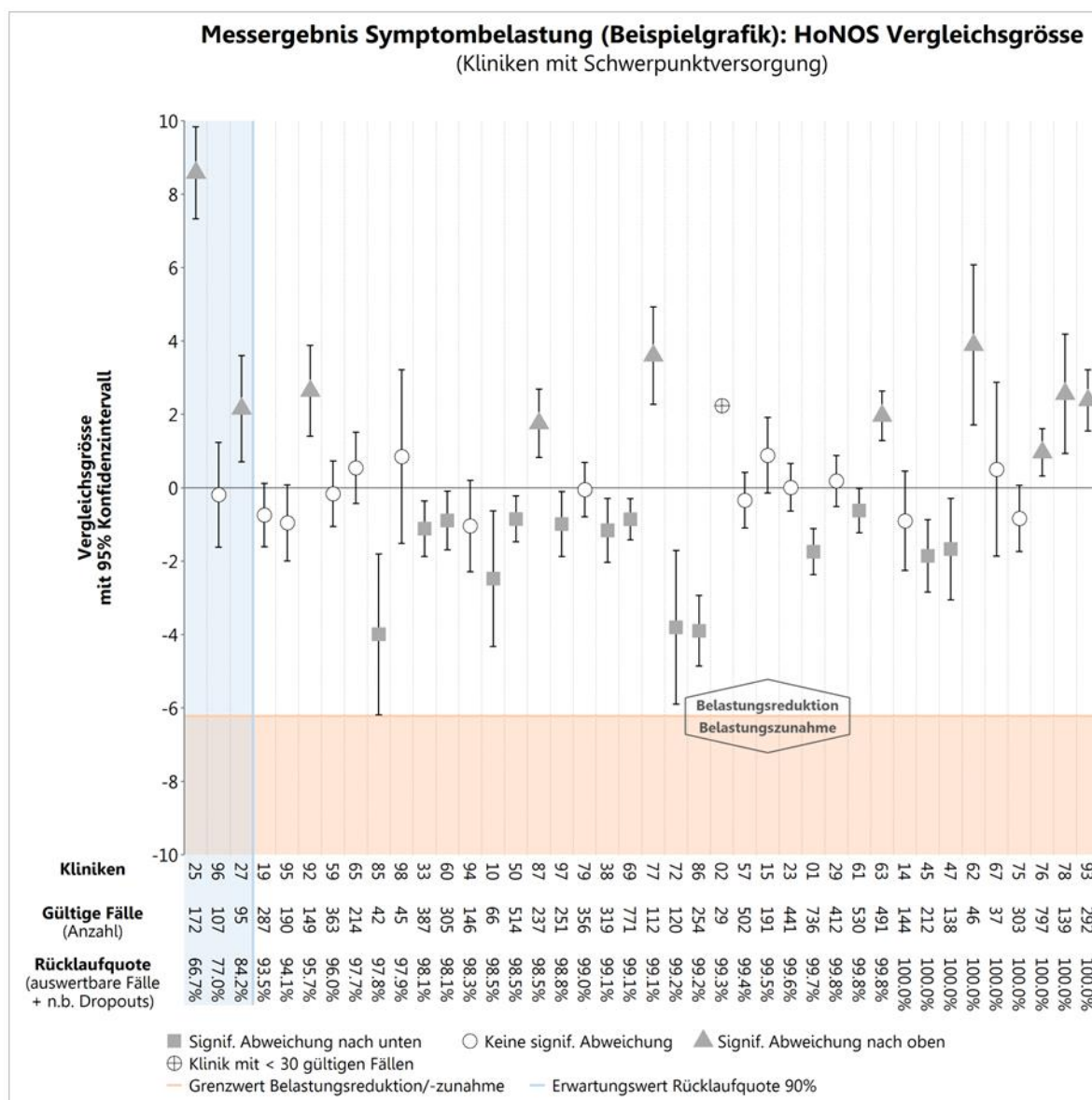


Abbildung 1: Beispielabbildung Messergebnis Symptombelastung HoNOS Vergleichsgrösse (BSCL analog)

Jede Klinik ist durch ihre Vergleichsgrösse (für HoNOS und BSCL) samt simultanem 95%-Konfidenzintervall (KI) repräsentiert. Hier kann für jede Klinik schnell erkannt werden, ob sie im durchschnittlichen Bereich liegt (KI schneidet die Nulllinie) oder im unter- bzw. überdurchschnittlichen Bereich liegt (komplettes KI liegt unterhalb bzw. oberhalb der Nulllinie).

Für die beiden Masse der Symptombelastung sprechen positive Werte der Vergleichsgrösse für eine im Vergleich mit den übrigen Kliniken grössere Reduktion der Symptombelastung in der jeweiligen Klinik, während negative Werte eine geringere Symptombelastungsreduktion anzeigen, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten gewesen wäre. Zudem bescheinigt ein graues Dreieck der jeweiligen Klinik ein signifikant überdurchschnittliches Messergebnis im Vergleich zum Gesamtmittel und ein graues Quadrat ein signifikant unterdurchschnittliches Messergebnis. Ein unausgefüllter Kreis bedeutet, dass das Messergebnis der Klinik sich nicht statistisch signifikant vom Durchschnitt unterscheidet.

Seit dem Datenjahr 2020 wird der Bereich einer Symptombelastungszunahme in oranger Farbe ausgewiesen. Werte, welche mit ihrem vollständigen Konfidenzintervall in diesem Bereich liegen, repräsentieren Kliniken, deren Patientinnen und Patienten im Durchschnitt eine Zunahme ihrer Symptombelastung erfahren. Dank der neuen Darstellung wird klarer ersichtlich, dass sich auch Kliniken mit Ergebnissen unterhalb des Mittelwerts in aller Regel im weissen Bereich der Belastungsreduktion befinden. Das heisst auch bei Patientinnen und Patienten dieser Kliniken wurde durchschnittlich eine Reduktion der Symptombelastung gemessen. Um diese Darstellung zu ermöglichen, war eine geringfügige methodische Anpassung der Berechnung des Benchmarks notwendig. So wird jede Klinik mit dem Durchschnitt aller Kliniken ihres Kliniktyps verglichen. In den Vorjahren (bis und mit Vergleichsberichten des Datenjahres 2019) wurde der Durchschnitt aus den Werten aller übrigen Kliniken (also unter Ausschluss des Werts der aktuell betrachteten Klinik) verwendet. Diese Änderung hat keine Auswirkungen auf die Ergebnisse des Vergleichs. Die relativen Ergebnisse bleiben unberührt. Unabhängig von der angewandten Methode werden dieselben Kliniken als durchschnittlich, überdurchschnittlich oder unterdurchschnittlich ausgewiesen.

Kliniken mit weniger als 30 auswertbaren Fällen werden als durchkreuzte Kreise ohne Signifikanzen und Konfidenzintervalle dargestellt, da bei kleinen Stichproben die Repräsentativität der Daten nicht gewährleistet ist. Die Werte der Kliniken werden aufsteigend nach der Rücklaufquote sortiert, der Erwartungswert wird im Diagramm als senkrechte Linie angezeigt. Der Bereich für Werte, die auf einem ungenügenden Rücklauf beruhen, wird blau unterlegt.

5.2.2. Grafischer Klinikvergleich Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Die Darstellung der Ergebnisse der Klinikvergleiche zu Freiheitsbeschränkenden Massnahmen erfolgt in Form von Grafiken, bei denen horizontal die Kliniken aufgelistet werden. Auf der y-Achse wird für jede Klinik der Anteil an Fällen mit mindestens einer Freiheitsbeschränkenden Massnahmen aufgetragen. Zusätzlich ist der durchschnittliche Anteil von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffener Fälle aller Kliniken desselben Kliniktyps, in welchen mindestens eine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet wurde, als horizontale Linie dargestellt.

Die nachfolgende Beispielabbildung zeigt einen Vergleich von Anteilen Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffener Fälle.

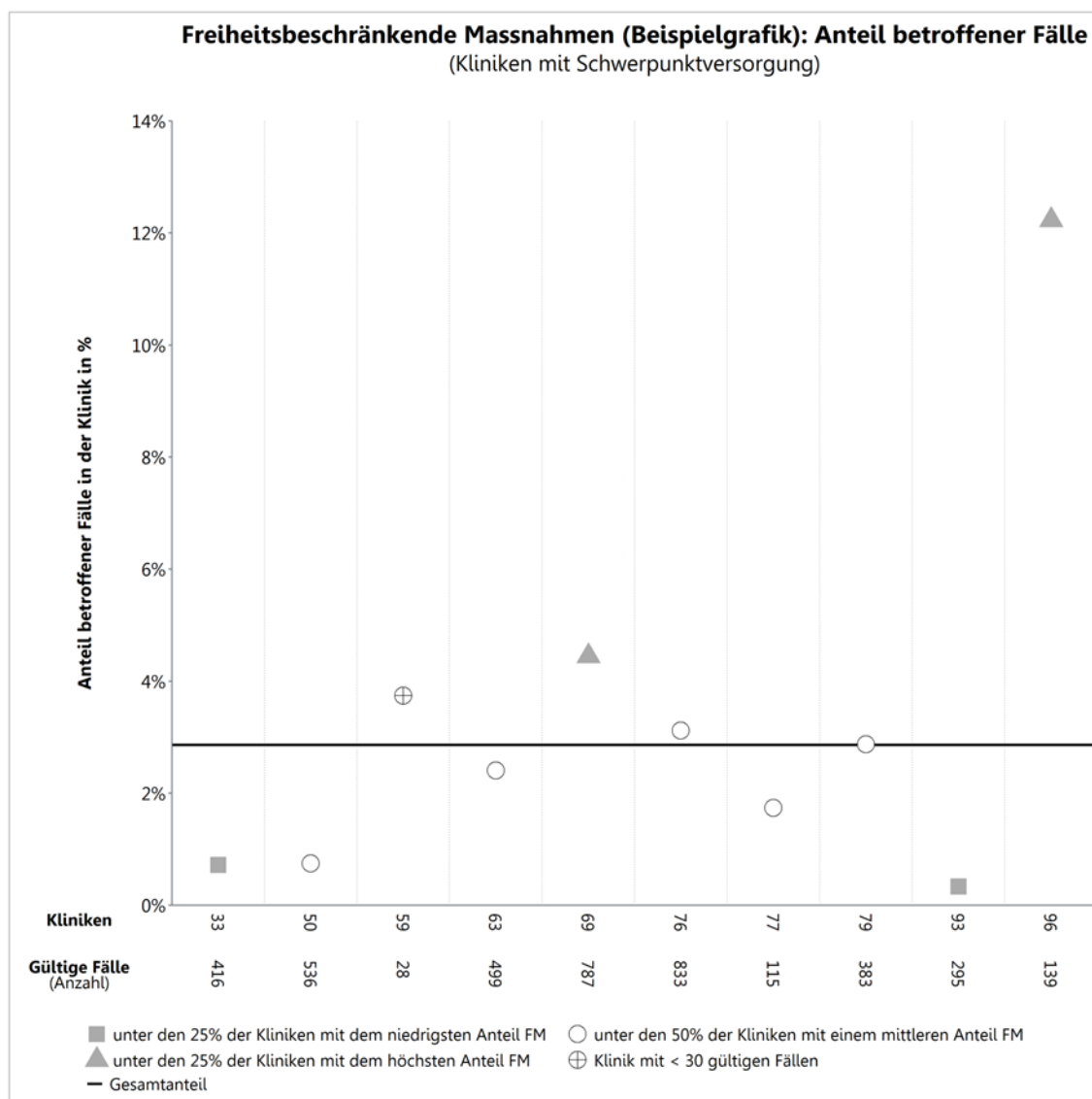


Abbildung 5: Beispielabbildung Anteil von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffener Fälle

Jede Klinik ist mit ihrem Anteil von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffener Fällen dargestellt. Zur leichteren Einordnung der Ergebnisse wird grafisch gekennzeichnet, in welchem Quartil der Datenpunkt jeder Klinik liegt: Ein graues Quadrat bedeutet, dass eine Klinik zu den 25% Kliniken mit dem geringsten Anteil an von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffenen Fällen gehört. Ein unausgefüllter Kreis bedeutet, dass eine Klinik zu den 50% Kliniken mit einem mittleren Anteil an von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffenen Fällen gehört. Ein graues Dreieck bedeutet, dass eine Klinik zu den 25% Kliniken mit dem höchsten Anteil an von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffenen Fällen gehört. Kliniken mit weniger als 30 auswertbaren Fällen werden als durchkreuzte Kreise dargestellt und bei der Berechnung der Quartile nicht berücksichtigt, da bei einer zu kleinen Datengrundlage die Aussagekraft des Indikators nicht gewährleistet ist.

Die Abbildungen zu Freiheitsbeschränkenden Massnahmen schliessen nur diejenigen Kliniken ein, welche im aktuellen Messjahr mindestens einen betroffenen Fall gemeldet haben. Als von einer Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffen werden auch Fälle gewertet, für die nur eine mangelhafte Dokumentation vorliegt. Es werden sowohl Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mit psychischen als auch mit infektiologischen/somatischen Ursachen erfasst.

5.2.3. Tabellarische Gesamtübersicht Symptombelastungsreduktion

Die Abbildungen bieten eine Übersicht über die ausgewählten und stark aggregierten Kernindikatoren im Nationalen Vergleichsbericht. Die Übersichtsgrafik zeigt für jede Klinik separat die auf Konfidenzintervallen basierenden signifikanten Abweichungen der adjustierten Vergleichsgrössen für folgende Auswertungen:

- Fremdbewertung: HoNOS Vergleichsgrösse
- Selbstbewertung: BSCL Vergleichsgrösse

Klinik-Nr.	24		26		28	
Messung	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL
signifikant oberhalb						
nicht signifikant						
signifikant unterhalb						

Klinik-Nr.	83		88		108	
Messung	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL
signifikant oberhalb						
nicht signifikant	#			#		
signifikant unterhalb		#				

■ HoNOS ■ BSCL n<30 → keine Konfidenzintervalle berechnet ■ Keine analysierbaren Daten geliefert
 # Rücklaufquote HoNOS < 90% resp. BSCL < 60%

Abbildung 6: Beispielabbildung Tabellarische Gesamtübersicht Symptombelastungsreduktion

Pro Klinik werden die beiden Masse der Symptombelastung nebeneinander dargestellt. Für die Kliniken der Forensischen Psychiatrie und Kliniken der Alterspsychiatrie (ab dem Messjahr 2023) sind ausschliesslich die HoNOS Ergebnisse abgebildet. Die Position der eingefärbten Felder zeigt, ob eine Klinik für das jeweilige Mass eine signifikante Abweichung vom Mittelwert der Kliniken des entsprechenden Kliniktyps aufweist. Wird das oberste Feld eingefärbt, weist die Klinik einen signifikant höheren Differenzwert auf. Ein in der Mitte eingefärbtes Feld zeigt, dass sich der Differenzwert der Klinik nicht signifikant vom Durchschnitt ihres Kliniktyps unterscheidet. Die Einfärbung des untersten Feldes zeigt, dass die Klinik im Vergleich zu den anderen Kliniken einen signifikant niedrigeren Differenzwert aufweist. Kliniken mit einer Rücklaufquote unter dem Erwartungswert (90% HoNOS, 60% BSCL) werden mit # gekennzeichnet. Die Ergebnisse aus Kliniken mit niedriger Rücklaufquote sind in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Kliniken, die für das entsprechende Mass weniger als 30 Fälle geliefert haben, werden weiss mit einem umrahmten Feld dargestellt und Abweichungen vom Mittelwert werden nicht ausgewiesen.

Zusätzlich zu der grafischen Darstellung wird im Anhang eine Tabelle aufgeführt, welche für jede Klinik in einer Zeile folgende Informationen beinhaltet:

- Qualitätsparameter samt Standardfehler
- Vergleichsgrösse samt Standardfehler
- Einfaches 95%-Konfidenzintervall für die Vergleichsgrösse
- Simultanes 95% Konfidenzintervall für die Vergleichsgrösse

Die einfachen Konfidenzintervalle sind für jede einzelne Klinik interessant. Für Aussagen über alle Kliniken simultan benötigt man die simultanen Konfidenzintervalle, denn diese berücksichtigen, dass nicht nur eine, sondern zahlreiche Vergleichsgrössen berechnet wurden.

5.2.4. Tabellarische Gesamtübersicht Freiheitsbeschränkende Massnahmen detailliert

Diese Abbildung bietet eine schnelle Übersicht für den Indikator «Anteil Fälle mit mindestens einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme» mit den fünf Arten von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen:

- Anteil Fälle mit mindestens einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme (FM)
- Isolation aus psychiatrischen Gründen (Intensität (Häufigkeit*Dauer)/Fall)
- Isolation aus infektiologischen/somatischen Gründen (Intensität (Häufigkeit*Dauer)/Fall)
- Fixierung (Intensität (Häufigkeit*Dauer) Fall)
- Zwangsmedikation (oral und Injektion Häufigkeit/Fall)
- Festhalten (Häufigkeit*Dauer)/Fall)
- Bewegungseinschränkende Massnahme (Stuhl und Bett Häufigkeit/Fall)

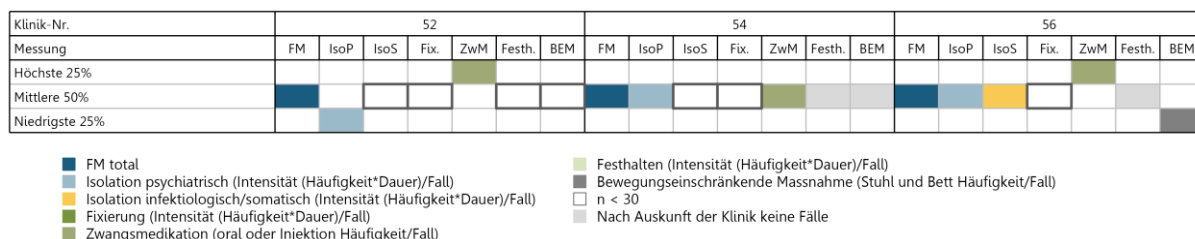


Abbildung 7: Beispielabbildung Gesamtübersicht Freiheitsbeschränkende Massnahmen detailliert

Die Position der eingefärbten Felder zeigt, in welchem Quartil der Datenpunkt einer Klinik für das jeweilige Mass liegt: Ist das oberste Feld eingefärbt, gehört die Klinik zu den 25% Kliniken mit den höchsten Werten. Ist das mittlere Feld eingefärbt, gehört die Klinik zu den 50% Kliniken mit mittleren Werten. Ist das unterste Feld eingefärbt, gehört die Klinik zu den 25% Kliniken mit den niedrigsten Werten. Die erste Spalte repräsentiert den Anteil an Behandlungsfällen einer Klinik, welcher von mindestens einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme betroffen war. Verglichen werden alle Kliniken, in welchen mindestens 30 Behandlungsfälle und mindestens einer Anwendung einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme in den Erhebungszeitraum fallen. Die übrigen Spalten geben an, mit welcher Intensität die unterschiedlichen Arten der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden. Verglichen werden die Intensitäten aller Kliniken, in denen die jeweilige Art der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen bei mindestens 30 Fällen zur Anwendung kam. Kliniken mit weniger als 30 Fällen werden mit einem weissen umrahmten Feld dargestellt und bei der Berechnung der Quartile nicht berücksichtigt, da bei einer zu kleinen Datengrundlage die Aussagekraft des Indikators nicht gewährleistet ist.

Im Anhang zum Nationalen Vergleichsbericht werden betreffend Freiheitsbeschränkenden Massnahmen zusätzlich die zugehörigen Werte numerischen tabellarisch dargestellt.

5.2.5. Jahresvergleich Messergebnisse

Neben der querschnittlich-klinikvergleichenden Auswertung werden die Daten auch längsschnittlich-jahresvergleichend analysiert. Dies erlaubt längerfristige Entwicklungen zu identifizieren und messjahr-spezifische Besonderheiten abzubilden. Für die Symptombelastung werden die Eintritts- und Differenzwerte aus den Messungen mittels HoNOS und BSCL berichtet. Da risikoadjustierte Werte aus methodischen Gründen nicht über mehrere Jahre miteinander verglichen werden können, werden die unadjustierten Messwerte dargestellt. Für die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden die absoluten Fallzahlen sowie die prozentualen Anteile von Fällen berichtet, welche von mindestens einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme betroffen waren.

Verglichen werden die durchschnittlichen Werte jedes Messjahres über alle Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie hinweg sowie separat pro Kliniktyp seit Beginn der Ergebnispublikation des jeweiligen Kliniktyps. Aufgrund der besonderen rechtlichen Ausgangssituation in den Kliniken der Forensischen Psychiatrie werden die Freiheitbeschränkenden Massnahmen dieses Kliniktyps ausschliesslich separat ausgewiesen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt beispielhaft einen Jahresvergleich für den HoNOS. Die Ergebnisse für die BSCL werden analog dargestellt.

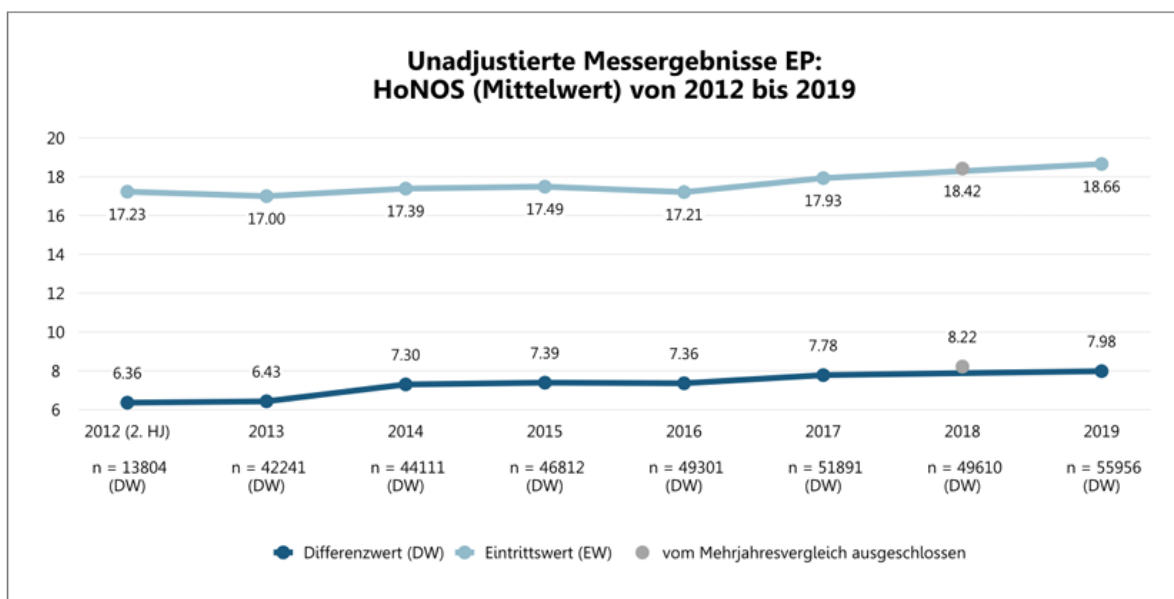


Abbildung 8: Beispielgrafik Erwachsenenpsychiatrie: Eintrittswerte und Differenzwerte des HoNOS über die Jahre 2012 bis 2019

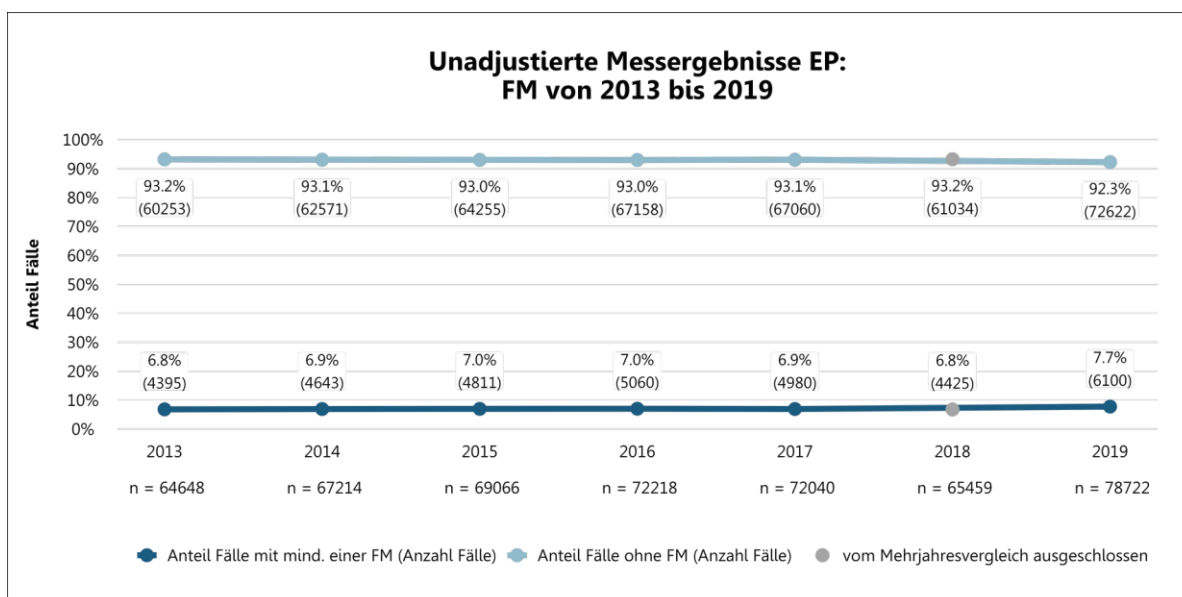


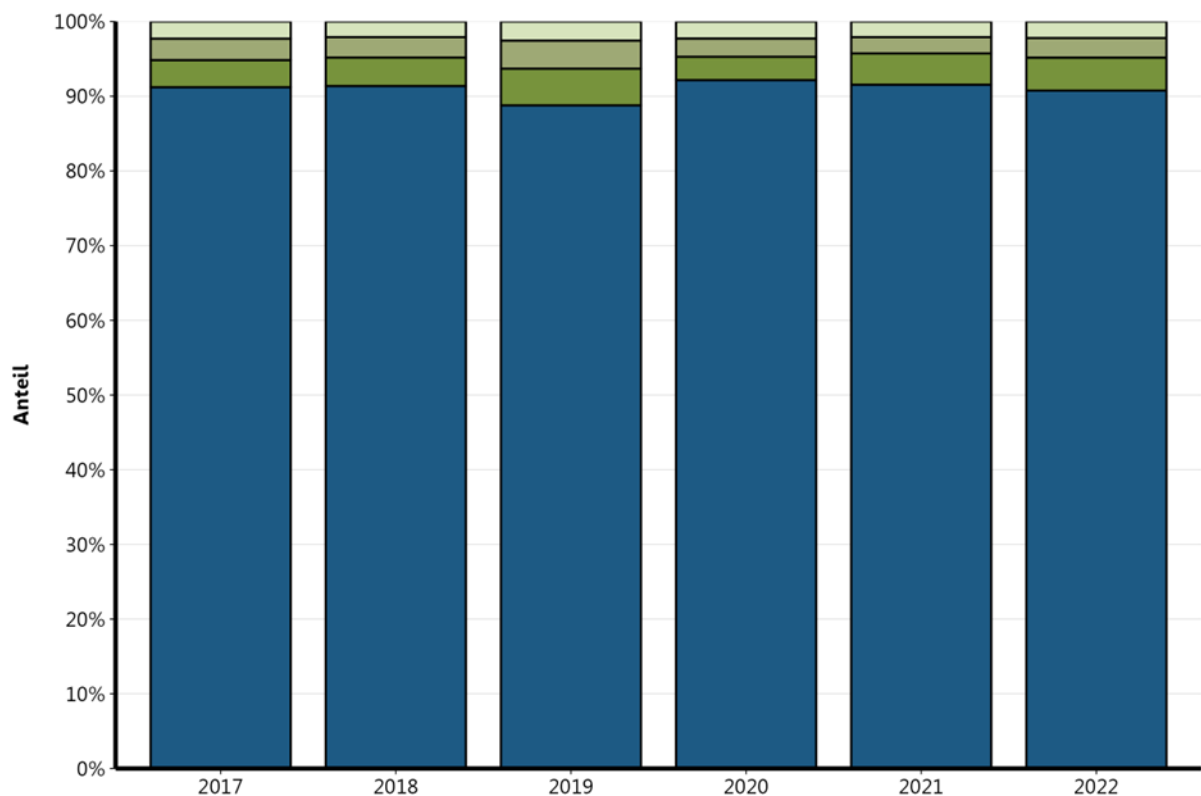
Abbildung 9: Beispielgrafik Erwachsenenpsychiatrie: Anteil Fälle mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen über die Jahre 2013 bis 2019

5.2.6. Jahresvergleich der Verteilung der von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffenen Fälle

Die gestapelten Balkendiagramme zeigen für jedes Messjahr, wie hoch der Anteil an Fällen über alle Kliniken des betrachteten Kliniktyps hinweg war, welche keiner, genau einer, zwei bis drei oder mehr als drei Freiheitsbeschränkenden Massnahmen ausgesetzt waren. Die exakten numerischen Werte sind unterhalb tabellarisch aufgeführt.

Zeitlicher Verlauf der Verteilung von FM betroffenen Fällen

2017 - 2022 (Beispielgrafik)



Jahr	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl Fälle	65929	60538	73963	66768	73572	65661
von >3 FM betroffen	2.3%	2.1%	2.6%	2.3%	2.1%	2.2%
von 2-3 FM betroffen	2.9%	2.7%	3.8%	2.5%	2.2%	2.6%
von 1 FM betroffen	3.6%	3.8%	4.9%	3.1%	4.2%	4.4%
nicht von FM betroffen	91.2%	91.4%	88.8%	92.2%	91.5%	90.8%

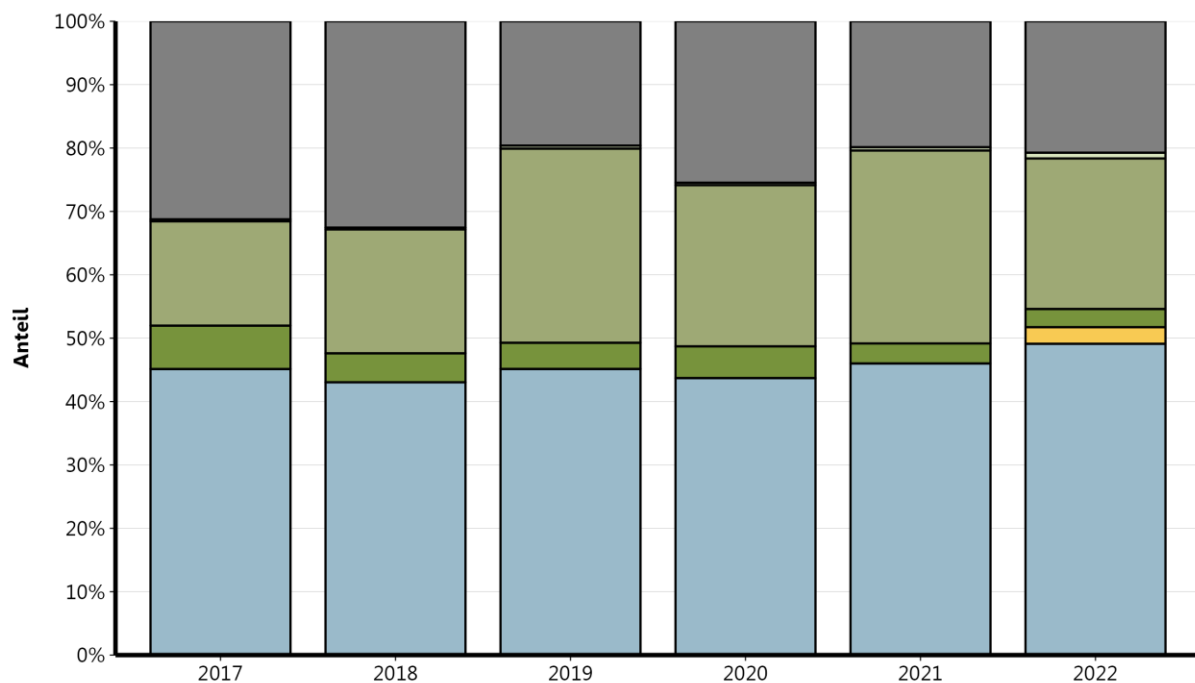
Abbildung 10: Verteilung der von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffenen Fälle

5.2.7. Jahresvergleich der Anteile der unterschiedlichen Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Die gestapelten Balkendiagramme zeigen für jedes Messjahr, wie gross die Anteile der verschiedenen Arten von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen an allen für die Daten dieses Messjahres dokumentierten Freiheitbeschränkenden Massnahmen waren. Grundlage sind hier nicht die Anzahl betroffener Behandlungsfälle, sondern die Anzahl angewandter Freiheitbeschränkenden Massnahmen. Die exakten numerischen Werte sind unterhalb tabellarisch aufgeführt.

Zeitlicher Verlauf der Verteilung von FM-Arten bezogen auf alle angewandten FM

2017 - 2022 (Beispielgrafik)



Jahr	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl angewandte FM	12580	11188	14893	18881	21256	18514
Bewegungseinschränkende Massnahmen (Stuhl und Bett)	31.2%	32.5%	19.6%	25.5%	19.9%	20.7%
Festhalten	0.3%	0.3%	0.5%	0.4%	0.5%	0.9%
Zwangsmedikation	16.5%	19.5%	30.6%	25.4%	30.4%	23.7%
Fixierung	6.8%	4.6%	4.1%	5.0%	3.2%	2.9%
Isolation (infektiologisch/somatisch)	-	-	-	-	-	2.6%
Isolation (psychiatrisch)	45.1%	43.0%	45.2%	43.7%	46.0%	49.1%

Abbildung 11: Zeitlicher Verlauf der Verteilung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

6. Literaturverzeichnis

- 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
- Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. [Technical report 78](#), IMSV, University of Bern.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). [Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen](#). Abschlussbericht im Auftrag der ANQ Expertengruppe Methodendiskussion.
- Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(8), 655-662.
- Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- 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
- 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.
- 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