

4 Beschreibung der dargestellten Kennzahlen

Im Tabellenteil sind ausgewählte Kennzahlen der Schweizer Spitäler dargestellt. Die einzelnen Betriebe sind in folgender Reihenfolge geordnet aufgeführt: Alphabetisch nach Kanton, nach Spitaltyp und absteigend nach der Anzahl Pflergetage, die im Jahr 2021 erbracht wurden. Bei den *Angaben Betrieb* sind neben Name und Adresse des Betriebs sowie dem Kanton, unter dessen Verwaltungshoheit er steht, auch der Spitaltyp, der Aktivitätstyp und die Leistungsart sowie Hinweise zur Ausstattung der Institution und zum Weiterbildungsauftrag aufgeführt.

Die Kennzahlen der Schweizer Spitäler werden basierend auf den Daten der Krankenhausstatistik (KS) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) ermittelt, die vom BFS bei den stationären Betrieben erhoben werden. Diese Daten wer-

den dem BAG jedes Jahr vom BFS zur Verfügung gestellt. Die Kennzahlen basieren auf statistischen Daten für das Berichtsjahr und das Vorjahr. In der vorliegenden Ausgabe wurden also die Daten 2020 und 2021 berücksichtigt. Bei Betrieben mit Mutationen wie Umstrukturierung oder Fusion (Tabelle 2) sind die Abweichungen in den Zeitreihen mit Vorsicht zu bewerten. Die Spalte «Differenz %» zeigt den prozentualen Unterschied der jeweiligen Kennzahl zwischen den beiden Jahren. Die Auswertungen in den Spalten «Median» und «Verteilung» beziehen sich nur auf das Jahr 2021. Der Median wird für Schweizer Spitäler mit der gleichen Typologie berechnet. So kann der Wert eines Betriebs mit den Angaben einer vergleichbaren Gruppe in Bezug gebracht werden. Der Box-Plot in der Spalte «Verteilung» gibt diesen Bezug zur Vergleichsgruppe anschaulich wieder (Erläuterung in Abbildung 1).

Abbildung 1: Grafik in der Spalte «Verteilung»

Die Box-Plot Darstellung gibt die Zahlen aus dem Jahr 2021 wieder. In der Vergleichsgruppe wurden jeweils die Schweizer Spitäler des gleichen Spitaltyps zusammengefasst.

✱ **Median** (50 % Wert): Dieser Wert trennt die Vergleichsgruppe in zwei Hälften. 50 % der Vergleichsgruppe haben höhere, 50 % niedrigere Werte.

○ **Nullwert:** Falls der dargestellte Wertebereich den Nullpunkt beinhaltet, wird dies mit diesem Kreissymbol angezeigt.

● **Betrieb:** Dieses Symbol stellt die Kennzahl für die auf der jeweiligen Seite beschriebene Institution dar.

▶ **Ausreisser nach oben:** Für die auf der jeweiligen Seite beschriebene Institution liegt die Kennzahl oberhalb des 95 %-Bereichs für die entsprechende Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass der Wert statistisch auffällig und im Vergleich zu den anderen Spitälern als «klar oberhalb» bezeichnet werden kann.

◀ **Ausreisser nach unten:** Für die auf der jeweiligen Seite beschriebene Institution liegt die Kennzahl unterhalb des 95 %-Bereichs für die entsprechende Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass der Wert statistisch auffällig und im Vergleich zu den anderen Spitälern als «klar unterhalb» bezeichnet werden kann..

— **50 % Bereich:** Dieser Bereich umfasst 50 % aller Betriebe der Vergleichsgruppe.

— **95 % Bereich:** Dieser Bereich umfasst 95 % aller Betriebe der Vergleichsgruppe.

Nachfolgend werden die dargestellten Kennzahlen detailliert beschrieben. Dabei wird Bezug genommen auf die vom BFS Erhebungen der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. «KS A.06.01.05» bedeutet beispielsweise die Variable Nummer A.06.01.05 des Fragebogens der revidierten Krankenhausstatistik (KS) und «MS 0.1.V04» die Variable Nummer 0.1.V04 des Fragebogens der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS). Die Angabe «BFS» bedeutet, dass dieses Merkmal nicht direkt aus einem Fragebogen stammt, sondern vom BFS ermittelt wird.

Durchschnittliche Kostengewichte CMib, CMIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation werden pro Aktivitätstyp ausgewiesen

Seit der Ausgabe der Daten 2021 berechnet das BFS die durchschnittlichen Kostengewichte CMib, CMIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation basierend auf den in der MS erhobenen Informationen über den Tarif für die Abrechnung (4.8.V01). Diese neue Berechnungsmethode ermöglicht es für das erste Mal, diese Kennzahlen unter «Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B» darzustellen.

Nur Fälle mit bekanntem Tarif für die Abrechnung (4.8.V01) werden bei der Berechnung der durchschnittlichen Kostengewichte berücksichtigt. Fälle mit einem Tarif von Null (4.8.V01 = 0) werden also nicht berücksichtigt.

Durchschnittliche Kostengewichte DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation

Für die Ausgabe der Daten 2021 sind die DMI für die Psychiatrie und für die Rehabilitation noch nicht verfügbar. Die Werte werden zusammen mit den Kennzahlen 2022 vorgelegt.

Angaben – Betrieb

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel ¹¹
<i>KT</i> Kanton	Kanton, unter dessen administrativer Zugehörigkeit sich das Spital befindet.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> Betrieb und Adresse	Name und Adresse des Betriebs.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> Spitaltyp, gemäss BFS Spitaltypologie	Spitaltyp gemäss BFS Spitaltypologie. Unterschieden werden Universitätsspitäler, Zentrumsversorger (Kantonsspitäler), Grundversorger und Spezialkliniken (Psychiatrie, Rehabilitation, Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie, Geriatrie, Pädiatrie und diverse). ¹²	KS A.02.08/BFS
<i>LA</i> Leistungsangebot	Leistungsangebot des Betriebs.	«Amb»: KS A.02.15 = 1 «Stat»: KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> Rechtsform	Einteilung entsprechend der Nomenklatur der Rechtsformen des BFS. Die Rechtsformen werden in vier Gruppen zusammengefasst: «AG/GmbH» mit Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), «Verein/Stiftung» mit Genossenschaft, Verein, Stiftung, «Einzelfirma/Gesellschaft» mit Einzelfirma, Einfache Gesellschaft sowie «Öffentliches Unternehmen» mit Institut des öffentlichen Rechts, Verwaltung Bund/Kanton/Bezirk/Gemeinde, Öffentlich-rechtliche Körperschaft Verwaltung, Öffentliche Unternehmen Bund/Kanton/Bezirk/Gemeinde oder einer Körperschaft.	«Einzelfirma/Gesellschaft»: KS A.03 = 1, 2 «AG/GmbH»: KS A.03 = 3 bis 7 «Verein/Stiftung»: KS A.03 = 8 bis 10 «Öffentliches Unternehmen»: KS A.03 = 17, 20 bis 34
<i>Akt</i> Aktivitätstyp	Zuteilung zu Aktivitätstypen gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen. Spitäler können die Aktivitätstypen «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P) und «Rehabilitation/Geriatrie» (R) aufweisen, von klinischen Institutionen unabhängige Geburtshäuser (B) werden in einem eigenen Aktivitätstyp erfasst.	«A»: KSA.01.01 = 1 «P»: KSA.01.02 = 1 «R»: KSA.01.03 = 1 «B»: KSA.01.04 = 1
<i>SL</i> Spezifische Leistungen	Information, ob das Spital eine anerkannte Notfallaufnahme (NF) oder eine Intensivpflegestation (IPS) unterhält.	«NF»: KSA.06.01.01 = 1 «IPS»: KSA.06.01.05 = 1
<i>WB</i> Aus- und Weiterbildung	Information, ob das Spital Aus- bzw. Weiterbildungsplatz für Medizinstudenten (MSt), Ärzte (Arzt) oder weitere Berufe im Gesundheitssektor (BGs) ist.	«MSt»: KSA.06.01.08 = 1 «Arzt»: KSA.06.01.09 = 1 «BGs»: KSA.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> Anzahl Standorte	Anzahl der geografischen Niederlassungen, wo ein Mehrstandort-Spitalzentrum als rechtliche Einheit mit zentraler Leitung seine Aktivitäten organisiert.	KSA.11.00
<i>SA</i> Spezialausrüstung	Angabe, ob sich im Spital spezielle Geräte und Infrastruktureinrichtungen befinden. Zu den genannten Geräten gehören: Magnetresonanztomograph (MRI), Computertomograph (CT), Positronen-Emissions-Tomograph (PET), Gammakamera inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner (CC), Linearbeschleuniger (LB) und Lithotriptor (LITO).	«MRI»: KSA.13.001 «CT»: KSA.13.002 «PET»: KSA.13.003 «CC»: KSA.13.004 «LB»: KSA.13.005 «LITO»: KSA.13.006

11 BFS: Krankenhausstatistik Detailkonzept Version 2.1, 2020

12 BFS: Krankenhaustypologie 2006

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>AmbKonsT</i> Anzahl ambulante Konsultationen	Gesamtzahl der ambulanten Konsultationen über alle Aktivitätstypen.	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> Anzahl Pflagetage (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflagetage (ohne Langzeitbehandlungen) aller administrativen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden (A Fälle) oder vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht geschlossen wurden (C Fälle), ohne Berücksichtigung des Austrittstages und ganzer Urlaubstage, auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) OR «C» (Eintritt vor dem 1.1. und Austritt nach dem 31.12.) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle (ohne Austrittstag, ohne ganze Urlaubstage, auf maximal 365 Tage begrenzt)
<i>AustStatMST</i> Austritte während des Jahres (stationär)	Gesamtzahl der administrativen Fälle, (ohne Fälle in Langzeitbehandlungen), die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember bei allen Aktivitätstypen beendet wurden.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Anzahl Fälle insgesamt
<i>NeugStatMST</i> Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	Entspricht der Gesamtzahl der Austritte gesunder Neugeborener zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember, gemäss Definition SwissDRG.	Aus MS mit SwissDRG Code = «P66D» OR «P67D»: Anzahl Fälle insgesamt
<i>Ops</i> Anzahl Operationssäle	Anzahl Operationssäle, die im Spital in Betrieb sind.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> Anzahl Gebärsäle	Anzahl Gebärsäle, die in Betrieb sind.	KS A.13.11
<i>pPatWAU</i> Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (%, stationär)	Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Anzahl der Fälle, die stationär behandelt wurden und im Ausland wohnen, dividiert durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.1.V04 Wohnregion Ausland/ Anzahl Fälle insgesamt * 100
<i>pPatWAK</i> Anteil ausserkantonale Patienten (%, stationär)	Prozentualer Anteil der aus einem anderen Kanton stammenden Patienten. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl in der Schweiz ausserhalb des Standortkantons wohnenden stationär behandelten Fälle durch die Anzahl der stationär behandelten Fälle mit Wohnsitz in der Schweiz.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.1.V04 ausserhalb MS 0.1.V04 (Schweizer Wohnregion ausserhalb Standortkanton)/ Anzahl Fälle Wohnregion Schweiz * 100
<i>pPatLKP</i> Anteil Patienten halbprivat oder privat (%, stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, die während des Spitalaufenthaltes ein Bett in der halbprivaten oder privaten Klasse belegen. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle in der halbprivaten und privaten Liegeklasse durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (Liegeklasse halbprivat oder privat)/Anzahl Fälle insgesamt * 100
<i>pPatHOK</i> Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (%, stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, bei denen die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthaltes im Wesentlichen durch die obligatorische Krankenversicherung beglichen werden. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle mit obligatorischer Krankenversicherung als Hauptgarant durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.4.V02 = 1 (obligatorische Krankenversicherung als Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen)/Anzahl Fälle insgesamt * 100

Allgemeine Angaben – Langzeitbehandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>pTageLang</i> Anzahl Pflagestage	Gesamtzahl der Pflagestage der administrativen Fälle in Langzeitbehandlungen.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> Austritte	Gesamtzahl der administrativen Fälle in Langzeitbehandlungen.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen	Kosten sämtlicher Patienten in Langzeitbehandlungen aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.	KS X2.01.50.03

Allgemeine Angaben – Medizinisch-technische Infrastruktur, Anzahl Untersuchungen pro Gerät

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>pMRI_AMB</i> Anzahl MRI Untersuchungen pro MRI, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl MRI-Untersuchungen im ambulanten Bereich und der Anzahl MRI-Geräte	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> Anzahl MRI Untersuchungen pro MRI, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl MRI-Untersuchungen im stationären Bereich und der Anzahl MRI-Geräte	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> Anzahl CT Untersuchungen pro CT-Scanner, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl CT-Untersuchungen im ambulanten Bereich und der Anzahl CT-Scanner	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> Anzahl CT Untersuchungen pro CT-Scanner, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl CT-Untersuchungen im stationären Bereich und der Anzahl CT-Scanner	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> Anzahl Angiografien pro Angiografiegeräte, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im ambulanten Bereich und der Anzahl Angiographiegeräte	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> Anzahl Angiografien pro Angiografiegeräte, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im stationären Bereich und der Anzahl Angiographiegeräte	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> Anzahl Dialysen pro Dialysegeräte, ambulant	Verhältnis zwischen der Anzahl Dialysen im ambulanten Bereich und der Anzahl Dialysegeräte	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> Anzahl Dialysen pro Dialysegeräte, stationär	Verhältnis zwischen der Anzahl Dialysen im stationären Bereich und der Anzahl Dialysegeräte	KS A.13.308 / KS A.13.008

Allgemeine Angaben – Personal

Kennzahl	Erläuterung	Quelle /Formel
<i>PersA</i> Ärzte	Ärzte, die in medizinischen Fachbereichen zur Betreuung von Patienten tätig sind. Die Anzahl der beschäftigten Ärzte in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=1 bis 6
<i>davon PersAWB</i> Ärzte in Weiterbildung	Ärzte in Weiterbildung (von Assistenzärztin/Assistenzarzt bis Chefärztin/Chefarzt), die in medizinischen Fachbereichen zur Betreuung von Patienten tätig sind. Die Anzahl der beschäftigten Ärzte in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04 = 1  5 und KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> Pflegepersonal	Umfasst die mit der Pflege von Patienten beschäftigten Personen, also Pflegefachpersonen, Hebammen, Pflegeassistenten, Fachperson Gesundheit, Fachperson Betreuung usw. Die Anzahl der zum Pflegepersonal zählenden Beschäftigten in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=7 bis 12
<i>PersMT</i> übriges medizinisches Personal	Diese Gruppe fasst das medizinisch-technische Personal und das medizinisch-therapeutische Personal zusammen und beinhaltet Operationsfachpersonen, Radiologiefachpersonen, biomedizinische Analytiker, Sanitäter, akademisches Personal (z. B. Apotheker, Biologen, Chemiker), Physio-, Ergo- und Aktivierungstherapeuten, Ernährungsberater, Logopäden, Psychologen usw. Die Anzahl der zu dieser Gruppe zählenden Beschäftigten in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=13 bis 27, 32
<i>PersT</i> Gesamtes Personal	Ärzte, Pflegepersonal, übriges medizinisches Personal PLUS Sozialdienste (Beratung und Unterstützung), Hausdienstpersonal, Technische Dienste und Administrativpersonal. Die Anzahl in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> Belegrzte (Stunden)	Arbeitsstunden der frei praktizierenden Ärzte, die für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.	(KS A.14.05.04) mit KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> übriges Belegpersonal (Stunden)	Arbeitsstunden der Beleghebammen und weitere Personen, die für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.	(KS A.14.05.04) mit KS A.14.04=34, 35

Die Angaben zum Personal beziehen sich auf das gesamte Personal, ohne Aufschlüsselung nach dessen Einsatzfeld im ambulanten Bereich, in Forschung und Lehre, in Unterricht oder Weiterbildung oder für sonstige öffentliche Aufgaben. Für die Mitarbeitenden wird die verrichtete Funktion anhand der acht vorgegebenen Personalkategorien Ärzte, Pflegepersonal, medizinisch-technisches Personal, medizinisch-therapeutisches Personal, Sozialdienste (Beratung und Unterstützung), Haus-

dienstpersonal, Technische Dienste und Administrativpersonal erfasst. Dabei ist nicht die Ausbildung, sondern die tatsächlich erbrachte Arbeit entscheidend. Für die Kennzahlen zum Personal werden verschiedene Funktionskategorien zusammengefasst. Der Beschäftigungsgrad der Arbeitnehmenden wird in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben. Eine zu 80 % beschäftigte Person entspricht beispielsweise 0,8 VZÄ. Von Belegärzten und übrigem Belegpersonal wird die Anzahl Arbeitsstunden angegeben.

Allgemeine Angaben – Finanz- und Betriebsdaten

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>AwBesold</i> Personalaufwand	Alle Löhne des Betriebspersonals, Arzthonorare und der übrige Personalaufwand, einschliesslich Sozialleistungen, entsprechend den Konten 30 (Lohnaufwand), 37 (Sozialversicherungsaufwand), 38 (Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig)) und 39 (Übriger Personalaufwand) des Kontenplans von H+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> Investitionsaufwand	Aufwand für Anlagenutzung und Kapitalzinsen, entsprechend den Konten 44 und 46 des Kontenplans von H+.	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> Übriger Betriebsaufwand	Gesamter Aufwand des Spitals für den Betrieb, ohne Besoldungen, Investitionskosten, Zinsaufwand, Steuern, ausserordentlichen und betriebsfremdem Aufwand.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
<i>AwT</i> Total Aufwand	Entspricht den gesamten Kosten (inkl. Steuern, ausserordentlichem und betriebsfremdem Aufwand entsprechend den Konten 77 bis 79 des Kontenplans von H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege	Der gesamte Betriebsertrag aus Hospitalisierung und Pflege umfasst die Erträge aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten, ärztliche Einzelleistungen und übrige Spitaleinzelleistungen entsprechend den Konten 60–62 des Kontenplans von H+-Kontenplan. Der Ertrag aus dem ambulanten Bereich ist ebenfalls enthalten.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> Übriger Ertrag	Erträge aus den übrigen Leistungen für Patienten, die in der Betriebsrechnung nicht bereits mit den Konten 60–62 gemäss H+-Kontenplan erfasst werden, Erträge aus Miet- und Kapitalzinsen, die in direkter Beziehung zum Spitalbetrieb stehen, und Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte, Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Ertrag sowie Bestandesänderungen..	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.41 + KS A.15.42
<i>EtSubv</i> Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung	Alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen in Form von Beiträgen, Subventionen und allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen.	KS A.15.36 + KS A.16.40
davon <i>EtDef</i> davon Total Defizitdeckung (Reserven und priv. Rechtsträger, öff. Hand)	Alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen wie Reserven, Gemeinde, Kantone, Bund, Private Rechtsträger in Form von allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.35 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34)
<i>EtT</i> Total Ertrag	Gesamte Erträge (inkl. Steuern, ausserordentlichem und betriebsfremdem Ertrag sowie Bestandesänderungen)	KS 15.50
<i>FiErg</i> Jahresergebnis	Ergebnis als Gesamtgewinn bzw. Gesamtverlust exkl. einer allfälligen Defizitdeckung.	KS A.16.10 – KS A.16.20

Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B

Kennzahl	Erläuterung	Quelle / Formel
<i>AmbKonsA/P/R/B</i> Anzahl ambulante Konsultationen	Gesamtzahl der ambulanten Konsultationen; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> Anzahl Pflagestage (stationär, ohne Austrittstag) – Akut/Psy/Reha/GH	Gesamtzahl der Pflagestage (ohne Langzeitbehandlung) aller administrativen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden (A Fälle) oder vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht geschlossen wurden (C Fälle), ohne Berücksichtigung des Austrittstages und ganzer Urlaubstage, auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) OR «C» (Eintritt vor dem 1.1. und Austritt nach dem 31.12.) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (Aktivitätstyp A, B)) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (Aktivitätstyp P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (Aktivitätstyp R) Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle (ohne Austrittstag, ohne ganze Urlaubstage, auf maximal 365 Tage begrenzt).
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> Austritte während des Jahres (stationär) – Akut/Psy/Reha/GH	Gesamtzahl der administrativen Fälle (ohne Fälle in Langzeitbehandlungen), die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (Aktivitätstyp A, B)) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (Aktivitätstyp P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (Aktivitätstyp R) Anzahl Fälle insgesamt
<i>BettenStatA/P/R/B</i> Betten (stationär)	Die durchschnittliche Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten entspricht der Anzahl Bettenbetriebstage dividiert durch 365 resp. 366 für Schaltjahre; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.02.01/365 oder KS X1.02.01/366
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergibt sich aus der der Anzahl Pflagestage dividiert durch die Anzahl Austritte im Jahr; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	PtageStatMSA/P/R/B/AustStatMSA/P/R/B
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Belegungsgrad der Betten (% , stationär)	Der Belegungsgrad der Betten (ohne gesunde Neugeborene, ohne Langzeitpflege) ergibt sich aus der Anzahl Pflagestage dividiert durch die Anzahl Bettenbetriebstage; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.01/ KS X1.02.01 * 100
<i>CMIb</i> Casemix Index (CMI) brutto	Roher mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle, ohne Kompensation der Outlier, die eine Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen haben; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS).	Aus MS mit MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Summe der Kostengewichte ohne Gewichtung der Outlier/ Fallzahl Nur Fälle mit bekanntem Tarif 4.8.V01 werden berücksichtigt

Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>CMI_n</i> Casemix Index (CMI) netto	Outlier-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle. Bei Spitalaufenthalten mit einer Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Limiten werden die Kostengewichte entsprechend gewichtet; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik.	Aus MS mit MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Summe der Kostengewichte mit Gewichtung der Outlier/Fallzahl Nur Fälle mit bekanntem Tarif 4.8.V01 werden berücksichtigt
<i>DMI_{PIR}</i> Day Mix Index (DMI)	Durchschnittlichen Schweregrad der behandelten stationären Fälle; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des DMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS).	Aus MS mit MS 4.8.V01 = 5 OR 6 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Summe der effektiven Kostengewichte/ Summe der Aufenthaltsdauer der Fälle. Nur Fälle mit bekanntem Tarif 4.8.V01 werden berücksichtigt

Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp A/P/R/B

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>KostAmbA/PIR/B</i> Gesamtkosten ambulant	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.01
davon <i>KostOKPAmbA/PIR/B</i> Kosten zulasten OKP	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten (ausschliesslich grundversichert nach KVG oder zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/PIR/B</i> Gesamtkosten stationär	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.02
davon <i>KostKVGStatA/PIR/B</i> Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte KVG	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.05
davon <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.05
davon <i>KostZvOKPStatA/PIR/B</i> Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte	Kosten aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, die zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.10
davon <i>AnIZvOKPStatA/PIR/B</i> Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch zusatzversicherte Patienten mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.10

Kennzahl	Erläuterung	Quelle /Formel
<i>KostAWLFA/PIR/B</i> Kosten Ausbildung	Kosten der universitären Lehre zur Ausbildung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> Kosten Weiterbildung	Kosten der universitären Lehre zur Weiterbildung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> Kosten Forschung	Kosten der universitären Forschung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> Gesamterlös, einschliesslich fallunabhängige Erlöse	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung, mit stationärem Aufenthalt oder in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.60.00
davon <i>ErlOKPAmbA/PIR/B</i> Erlös ambulant OKP	Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten (ausschliesslich grundversichert nach KVG oder Zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.03 + KS X2.02.31.10
davon <i>ErlKVGStatA/PIR/B</i> Erlös stationär OKP, nur Grundversicherte KVG	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05
davon <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.04 / (KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05) * 100
davon <i>ErlZvOKPStatA/PIR/B</i> Erlös stationär OKP, Zusatzversicherte	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen an Zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, die zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12
davon <i>ErlZvOKPStatVA/PIR/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen an Zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, die zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.31.11 / (KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12) * 100

Angaben pro Aktivitätstyp

Die Aktivitätstypen sind «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P), «Rehabilitation / Geriatrie» (R) und/oder «Geburtshaus» (B).

Für jeden dem Betrieb zugewiesenen Aktivitätstyp werden Angaben zu Leistungen und Behandlungen sowie Finanz- und Betriebsdaten teilweise getrennt erhoben.