

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 Pflge tage, die im Jahr 2012 erbracht wurden. Bei den allgemeinen Angaben Betrieb sind neben Name und Adresse des Betriebs sowie dem Kanton, unter dessen Verwaltungshoheit er steht, auch der Spitaltyp, der rechtlich-wirtschaftliche Status, der Aktivitätstyp sowie Hinweise zur Ausstattung der Institution und zum Weiterbildungsauftrag aufgeführt.

Die Kennzahlen werden für jeweils zwei Jahre dargestellt. In der vorliegenden Ausgabe wurden die Angaben für 2011 und 2012 berücksichtigt. Weiter sind bei Betrieben mit Mutationen wie Umstrukturierung oder Fusion die Abweichungen in den Zeitreihen mit Vorsicht zu bewerten. In Tabelle 2 sind die Mutationen angegeben. 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 2012. Beim Median besteht die Vergleichsgruppe aus den Schweizer Spitälern des gleichen Spitaltyps. 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; die Grafik ist in Abbildung 2 näher erläutert.

Nachfolgend werden die einzelnen Kennzahlen detailliert beschrieben. Dabei wird Bezug genommen auf die 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. In einer Fussnote wird auf das entsprechende Dokument oder Konzept verwiesen, welches die Ermittlungsgrundlage beschreibt.

Tabelle 7 stellt die Kennzahlen im Überblick für die Gesamtheit der Schweizer Spitäler dar.

Abbildung 2: Grafik in der Spalte «Verteilung»

 Die Box-Plot Darstellung gibt die Zahlen aus dem Jahr 2012 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.

Allgemeine Angaben Betrieb

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel ¹⁷
<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). ¹⁸	KS A.02.08 / BFS
<i>RWStatus</i> Rechtlich-wirtschaftlicher Status	Einteilung in «öffentliche oder subventionierte» und «private» Spitäler anhand von rechtlichen und wirtschaftlichen Kriterien nach den Angaben in der Krankenhausstatistik und in Abhängigkeit von Rechtsform, Betriebsbeitragsgarantie, Defizitdeckung. ¹⁹	BFS
<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, an welchen 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), Gamma Camera inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner (CC), Linearbeschleuniger (LB) und Lithotripter (LITO).	«MRI»: KSA.13.01 «CT»: KSA.13.02 «PET»: KSA.13.03 «CC»: KSA.13.04 «LB»: KSA.13.05 «LITO»: KSA.13.06

17 BFS: Krankenhausstatistik Detailkonzept Version 1.1, 2011

18 BFS: Krankenhaustypologie 2006

19 BFS: Rechtlich-wirtschaftlicher Status der Betriebe 2001

Allgemeine Angaben Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>PtageStatT</i> Anzahl Pflagetage (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflagetage bei allen Aktivitätstypen, welche zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember für stationäre Behandlungen geleistet wurden (ohne Berücksichtigung des Austrittstages).	Σ KS X1.01.01
<i>AustStatT</i> Austritte während des Jahres (stationär)	Gesamtzahl der administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember bei allen Aktivitätstypen beendet wurden.	Σ KS X1.01.02
<i>NeugStatT</i> Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	Entspricht der Gesamtzahl der Austritte gesunder Neugeborener zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember.	Σ KS X1.01.04
<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>CMIb</i> Casemix Index (CMI) brutto	Roher mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle, ohne Kompensation der Outlier, welche eine Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen haben. Die Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS) und erfolgt durch das BFS.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Σ (Kostengewichte) / Fallzahl
<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. Die Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik und erfolgt durch das BFS.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Σ (outlier-korrigierte Kostengewichte) / Fallzahl
<i>pPatWAU</i> Anteil ausländische Patienten (%, stationär)	Der Anteil ausländischer Patienten 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, welche während dem Spitalaufenthalt 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 welchen 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 Personal

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>PersA</i> Ärzte	Ärzte, die in medizinischen Fachbereichen zur Betreuung von Patienten tätig sind. Anzahl der beschäftigten Ärzte in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	Σ (KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=1 bis 6
<i>PersP</i> Pflegepersonal	Umfasst die mit der Pflege von Patienten beschäftigten Personen, also Pflegefachpersonen, Hebammen, Pflegeassistenten, Fachperson Gesundheit, Fachperson Betreuung usw. Anzahl der zum Pflegepersonal zählenden Beschäftigten in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	Σ (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. Anzahl der zu dieser Gruppe zählenden Beschäftigten in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	Σ (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. Anzahl in VZÄ gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.	Σ (KS A.14.05.02)
<i>PersAFall</i> Ärzte pro 100 Austritte	Anzahl der Ärzte in VZÄ pro 100 Austritte.	Σ (KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=1 bis 6 / Σ (KS X1.01.02) *100
<i>PersPFall</i> Pflegepersonal pro 100 Austritte	Anzahl der zum Pflegepersonal zählenden Beschäftigten in VZÄ pro 100 Austritte.	Σ (KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=7 bis 12 / Σ (KS X1.01.02) *100
<i>PersMTFall</i> Übriges medizinisches Personal pro 100 Austritte	Anzahl der zum übrigen medizinischen Personal zählenden Beschäftigten in VZÄ pro 100 Austritte.	Σ (KS A.14.05.02) mit KS A.14.04=13 bis 27, 32 / Σ (KS X1.01.02) *100
<i>PersTFall</i> Gesamtes Personal pro 100 Austritte	Anzahl der insgesamt zum Personal des Spitals zählenden Beschäftigten in VZÄ pro 100 Austritte.	Σ (KS A.14.05.02) / Σ (KS X1.01.02) *100
<i>AnzBelA</i> Belegärzte	Anzahl der frei praktizierenden Ärzte, welche für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.	Σ (KS A.12.01 bis KS A.12.14)
<i>AnzBelP</i> Übriges Belegpersonal	Beleghebammen und weitere Personen, welche für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.	KS A.12.15 + KS A.12.16

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

sonal, 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 Arbeitnehmer wird in Vollzeitäquivalent (VZÄ) angegeben. Eine zu 80% beschäftigte Person entspricht beispielsweise 0,8 VZÄ. Von Belegärzten und übrigen Belegpersonal wird die Anzahl Personen 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 Aufwand für Besoldungen, Investitionskosten, Zinsaufwand, Steuern, ausserordentlichem 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 Betriebskosten (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 bis 62 des Kontenplans von H+. 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 Betriebsertrag	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.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35
<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
<i>FiErg</i> Betriebsergebnis	Betriebsergebnis 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>PtageStatA/P/R/B</i> Anzahl Pflagetage (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflagetage, welche zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember für stationäre Behandlungen geleistet wurden (ohne Berücksichtigung des Austrittstages); ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.01
<i>AustStatA/P/R/B</i> Austritte während des Jahres (stationär)	Gesamtzahl der administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.02
<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; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.02.01 / 365 resp. 366
<i>DADStatA/P/R/B</i> Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergibt sich aus der der Anzahl Pflagetage dividiert durch die Anzahl Austritte im Jahr; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.01 / KS X1.01.02
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Belegungsgrad der Betten (%, stationär)	Der Belegungsgrad der Betten ergibt sich aus der Anzahl Pflagetage dividiert durch die Anzahl Bettenbetriebstage; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.01 / KS X1.02.01 * 100

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

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>KostAmbA/P/R/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/P/R/B</i> Kosten zulasten OKP	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten (ausschliesslich grundversichert KVG oder zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/P/R/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/P/R/B</i> Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte KVG	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche ausschliesslich KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.05
davon <i>AnIKVGStatA/P/R/B</i> Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche ausschliesslich KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.05
davon <i>KostZvOKPStatA/P/R/B</i> Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte	Kosten aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.10
davon <i>AnIZvOKPStatA/P/R/B</i> Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch zusatzversicherte Patienten mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.10

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

Kennzahl	Erlauerung	Quelle/Formel
<i>KostLangA/P/R/B</i> Gesamtkosten Langzeitpflege	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.03
<i>AuftragLFA/P/R/B</i> Auftrag Lehre und Forschung	Kosten aus universitärer Lehre und Forschung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.601 + KS X2.01.602
<i>ErlAmbA/P/R/B</i> Gesamterlös ambulant	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; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.00
davon <i>ErlOKPAmbA/P/R/B</i> Erlös OKP	Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten (ausschliesslich grundversichert KVG oder zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.03 + KS X2.02.30.10
<i>ErlStatA/P/R/B</i> Gesamterlös stationär	Erlös aus Leistungen an sämtlichen 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 X2.02.30.01
davon <i>ErlKVGStatA/P/R/B</i> Erlös OKP, nur Grund- versicherte KVG	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche ausschliesslich KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05
davon <i>ErlKVGStatVA/P/R/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche ausschliesslich KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.04 / (KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05) * 100
davon <i>ErlZvOKPStatA/P/R/B</i> Erlös OKP, Zusatzversicherte	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12
davon <i>ErlZvOKPStatVA/P/R/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.11 / (KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12) * 100
<i>ErlLangA/P/R/B</i> Gesamterlös Langzeitpflege	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.02

Angaben pro Aktivitätstyp

«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 neu teilweise getrennt erhoben. Auch die Kennzahlen werden deshalb

mit spezifischen Zahlen erweitert. Von Spitalern, die vor 2010 in virtuelle Einheiten nach Fachgebiet aufgeteilt waren, wurden bereits in der Vergangenheit Angaben bezogen auf einzelne Aktivitätstypen geliefert.