

## 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 Pflgeetage, die im Jahr 2023 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 und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser ermittelt, die vom BFS bei den stationären Betrieben erhoben werden. Diese Daten werden 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 2022 und 2023 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 2023. 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).

Nachfolgend werden die dargestellten Kennzahlen detailliert beschrieben. Dabei wird Bezug genommen auf die vom BFS durchgeführten Erhebungen bei den stationären Betrieben des Gesundheitswesens. «KS A.06.01.05» bezeichnet 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.

### Abbildung 1: Grafik in der Spalte «Verteilung»

Die Box-Plot Darstellung gibt die Zahlen aus dem Jahr 2023 wieder. In der Vergleichsgruppe wurden jeweils die Schweizer Spitäler der gleichen Typologie zusammengefasst.

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

o Nullwert: Falls der dargestellte Wertebereich den Nullpunkt beinhaltet, wird dies mit diesem Kreisymbol 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.

### Durchschnittliche Kostengewichte

Seit der Ausgabe zu den Daten 2021 berechnet das BFS die durchschnittlichen Kostengewichte CMIb, CMIIn, DMI Psychiatrie und DMI Rehabilitation basierend auf den in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erhobenen Informationen zum Abrechnungstarif (4.8.V01). Diese Berechnungsmethode ermöglicht es, diese Kennzahlen pro Aktivitätstyp auszuweisen und sie unter «Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B» darzustellen. Nur Fälle mit bekanntem Abrechnungstarif (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. In der Ausgabe zu den Daten 2022 wurden erstmals die Werte für die DMI in der Psychiatrie und in der Rehabilitation vorgelegt. Da die stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation ST Reha jedoch erst seit dem 1. Januar 2022 in Kraft ist, wurden die Werte 2021 (Vorjahr) für die DMI in der Rehabilitation darin nicht angegeben.

### Anpassung zu den dargestellten Kennzahlen

Zwischen der Ausgabe zu den Daten 2022 und der vorliegenden Ausgabe wurden keine Änderungen an den Kennzahlen vorgenommen.

## Angaben – Betrieb

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Forme <sup>12</sup>
KT Kanton	Kanton, unter dessen administrativer Zugehörigkeit sich das Spital befindet.	KS A.02.10
Inst/Adr/Ort Betrieb und Adresse	Name und Adresse des Betriebs.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
Typ Spitaltyp, gemäss BFS Spitaltypologie	Spitaltyp gemäss BFS Spitaltypologie. Unterschieden werden Universitätsospitäler, Zentrumsversorger (Kantonsspitäler), Grundversorger und Spezialkliniken (Psychiatrie, Rehabilitation, Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie, Geriatrie, Pädiatrie und diverse) <sup>13</sup> .	KS A.02.08/BFS
LA Leistungsangebot	Leistungsangebot des Betriebs.	«Amb»: KS A.02.15 = 1 «Stat»: KS A.02.16 = 1
RForm 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 oder 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
Akt Aktivitätstyp	Zuteilung zu Aktivitätstypen gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen. Spitäler können die Aktivitätstypen «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P) und «Rehabilitation» (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
SL 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
WB 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
AnzStand Anzahl Standorte	Anzahl der geografischen Niederlassungen, wo ein Mehrstandort-Spitalzentrum als rechtliche Einheit mit zentraler Leitung seine Aktivitäten organisiert.	KSA.11.00
SA 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

12 BFS: Krankenhausstatistik - Detailkonzept Version 2.2, 2022

13 BFS: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens - Krankenhaustypologie, Version 5.3, 2022

## Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
AmbKonST Anzahl ambulante Konsultationen	Gesamtzahl der ambulanten Konsultationen über alle Aktivitätstypen.	(KS X1.01.05)
PtageStatMST Anzahl Pflage tage (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflage tage (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)
AustStatMST 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
NeugStatMST 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
Ops Anzahl Operationssäle	Anzahl Operationssäle, die im Spital in Betrieb sind.	KS A.13.09
Gebs Anzahl Gebärsäle	Anzahl Gebärsäle, die in Betrieb sind.	KS A.13.11
pPatWAU Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (% , stationär)	Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland wird aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) 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
pPatWAK Anteil ausserkantonale Patienten (% , stationär)	Prozentualer Anteil der aus einem anderen Kanton stammenden Patienten. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) 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
pPatLKP Anteil Patienten privat oder halbprivat (% , stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, die während des Spitalaufenthalts ein Bett in der privaten oder halbprivaten Klasse belegen. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle in der privaten und halbprivaten 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 (Liegeklasse halbprivat) OR MS 1.3.V02 = 3 (Liegeklasse privat) / Anzahl Fälle insgesamt * 100
pPatHOK 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 der Krankenhäuser (MS) 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
PTageLang Anzahl Pflagetage	Gesamtzahl der Pflagetage der administrativen Fälle in Langzeitbehandlungen.	KS A.10.01
AustLang Austritte	Gesamtzahl der administrativen Fälle in Langzeitbehandlungen.	KS A.10.02
KostLangT Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen	Kosten sämtlicher Patienten in Langzeitbehandlungen aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.	KS X2.01.50.03

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

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
pMRI_AMB MRI, ambulant	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
pMRI_STAT MRI, stationär	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
pCT_AMB CT, ambulant	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
pCT_STAT CT, stationär	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
pANGIO_AMB Angiografien, ambulant	Anzahl Angiografien pro Angiografiegeräte, ambulant: Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im ambulanten Bereich und der Anzahl Angiografiegeräte	KS A.13.207 / KS A.13.007
pANGIO_STAT Angiografien, stationär	Anzahl Angiografien pro Angiografiegeräte, stationär: Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im stationären Bereich und der Anzahl Angiografiegeräte	KS A.13.307 / KS A.13.007
pDIA_AMB Dialysen, ambulant	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
pDIA_STAT Dialysen, stationär	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
PersA Ärzte	Ärzte, die in medizinischen Fachbereichen zur Patientenbetreuung 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
davon PersAWB Ärzte in Weiterbildung	Ärzte in Weiterbildung (von Assistenzärztin/Assistenzarzt bis Chefärztin/Chefarzt), die in medizinischen Fachbereichen zur Patientenbetreuung 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 und KS A.14.09 = 1
PersP Pflegepersonal	Umfasst die mit der Patientenpflege 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
PersMT 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, Psychologe, 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
PersT 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)
StdBelA Belegärzte (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
StdBelP Übriges Belegpersonal (Stunden)	Arbeitsstunden der Beleghebammen und weiterer 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), Hausdienstpersonal, 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
AwBesold 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
AwInvest Investitionsaufwand	Aufwand für Anlagenutzung und Kapitalzinsen, entsprechend den Konten 44 und 46 des Kontenplans von H+.	KS A.15.06 + KS A.15.08
AwSonst 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
AwT Total Aufwand	Entspricht den gesamten Kosten (inkl. Steuern, ausserordentlichem und betriebsfremdem Aufwand entsprechend den Konten 77–79 des Kontenplans von H+).	KS A.15.20
EtMedL 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+. Der Ertrag aus dem ambulanten Bereich ist ebenfalls enthalten.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
EtSonst 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, Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte sowie Bestandesänderungen.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.42
EtSubv 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 EtDef 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)
EtT Total Ertrag	Gesamte Erträge (Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege, übriger Betriebsertrag, Beiträge und Subventionen, Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Ertrag)	KS 15.50
FiErg 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
AmbKonsA/P/R/B Anzahl ambulante Konsultationen	Gesamtzahl der ambulanten Konsultationen; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.05
PtageStatMSA/P/R/B Anzahl Pflagetage (stationär, ohne Austrittstag) – Akut/Psy/Reha/GH	Gesamtzahl der Pflagetage (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).
AustStatMSA/P/R/B 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
BettenStatA/P/R/B 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
DADStatMSA/P/R/B Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergibt sich aus der der Anzahl Pflagetage dividiert durch die Anzahl Austritte im Jahr; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	PtageStatMSA/P/R/B/AustStatMSA/P/R/B
pBettenBelStatA/P/R/B Belegungsgrad der Betten (%, stationär)	Der Belegungsgrad der Betten (ohne gesunde Neugeborene, ohne Langzeitpflege) ergibt sich aus der Anzahl Pflagetage dividiert durch die Anzahl Bettenbetriebstage; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X1.01.01/ KS X1.02.01 * 100

## Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B (Fortsetzung)

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
CMIb 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 der Krankenhäuser (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
CMI <sub>n</sub> 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 der Krankenhäuser (MS).	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
DMI_P/R Day Mix Index (DMI)	Durchschnittlicher Schweregrad der behandelten stationären Fälle; ausgewiesen pro Aktivitätstyp. Die durch das BFS erfolgte Berechnung des DMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (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
KostAmbA/P/R/B Gesamtkosten ambulant	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.01
davon KostOKPAmbA/P/R/B Kosten zulasten OKP	Sämtliche Kosten zulasten der OKP von Patienten (ausschliesslich nach KVG grundversichert oder zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
KostStatA/P/R/B Gesamtkosten stationär	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.02
davon KostKVGStatA/P/R/B 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 AnlKVGStatA/P/R/B 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 KostZvOKPStatA/P/R/B 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 AnlZvOKPStatA/P/R/B Anlagenutzungskosten	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch zusatzversicherte Patienten mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.10
KostAWLFA/P/R/B Kosten Ausbildung	Kosten der universitären Lehre zur Ausbildung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9010
KostWBLFA/P/R/B Kosten Weiterbildung	Kosten der universitären Lehre zur Weiterbildung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9011
KostForLFA/P/R/B Kosten Forschung	Kosten der universitären Forschung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.9012

## Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp A/P/R/B (Fortsetzung)

Kennzahl	Erläuterung	Quelle / Formel
ErlAmbStatLangA/P/R/B Gesamterlös, einschliesslich fallunabhängige Erlöse	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung, mit stationärem Aufenthalt oder in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.60.00
davon ErlOKPAmbA/P/R/B 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 ErlKVGStatA/P/R/B 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 ErlKVGStatVA/P/R/B 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 ErlZvOKPStatA/P/R/B 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 ErlZvOKPStatVA/P/R/B 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» (R) und/oder «Geburtshaus» (B).

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