



Statistiken zur Krankenversicherung

Beschreibung der Kennzahlen der Schweizer Spitäler

2024

5/2026



4 Beschreibung der 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 Pflgetage, die im Jahr 2024 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.


Seit der Ausgabe zu den Daten 2024 werden die Kennzahlen der Schweizer Spitäler basierend auf den Daten aus der Krankenhausstatistik und aus SpiGes ermittelt, die vom Bundesamt für Statistik (BFS) bei den stationären Betrieben erhoben werden. Diese Daten werden dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) jedes Jahr vom BFS bereitgestellt. Grundsätzlich enthält die Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler», die auf den statistischen Daten für das Berichtsjahr und das Vorjahr basieren. Systemische Probleme auf Datenebene sowie Mängel bei den Berechnungskonzepten führten dazu, dass ein Vergleich mit den Vorjahreszahlen nicht aussagekräftig war. In dieser








Ausgabe werden daher ausschliesslich Kennzahlen auf Basis des Datenjahres 2024 dargestellt.

Die Spalte «Differenz %» gibt den prozentualen Unterschied der jeweiligen Kennzahl zwischen den beiden Jahren an. In der Ausgabe der Kennzahlen 2024 enthält die Spalte «Differenz %» das Symbol «*», das darauf hinweist, dass die Berechnung nicht möglich war. Bei Betrieben mit Mutationen wie Umstrukturierung oder Fusion (Tabelle 2) sind die Abweichungen in den Zeitreihen jedoch mit Vorsicht zu bewerten. Die Auswertungen in den Spalten «Median» und «Verteilung» beziehen sich nur auf das Jahr 2024. 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).

Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Lieferung von Daten durch die Spitäler sowie aufgrund der verschiedenen konzeptionellen Anpassungen im Zusammenhang mit den Erhebungen SpiGes und KS wird die Ausgabe 2024 der Publikation folgende

Abbildung 1 : Legende der grafischen Darstellung in der Spalte « Verteilung »

 Die Box-Plot Darstellung gibt die Zahlen aus dem Jahr 2024 wieder. In der Vergleichsgruppe wurden jeweils die Schweizer Spitäler der gleichen Typologie zusammengefasst.

-  **Median (50%-Wert):** Dieser Wert teilt die Vergleichsgruppe in zwei gleiche Teile. 50% der Vergleichsgruppe haben höhere, 50% niedrigere Werte.
-  **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:** Der Wert der berücksichtigten Kennzahl liegt oberhalb des 95%-Bereichs der in der Vergleichsgruppe beobachteten Werte. Somit liegen 95 % der in der Vergleichsgruppe beobachteten Werte unter oder gleich diesem Wert (5 % liegen darüber). Der Wert ist statistisch signifikant und «deutlich höher» als derjenige der Spitalbetriebe der Vergleichsgruppe.
-  **Ausreisser nach unten:** Der Wert der berücksichtigten Kennzahl liegt unterhalb des 95%-Bereichs der in der Vergleichsgruppe beobachteten Werte. Somit liegen 95 % der in der Vergleichsgruppe beobachteten Werte über diesem Wert (5 % liegen darunter oder sind gleich). Der Wert ist statistisch signifikant und «deutlich tiefer» als derjenige der Spitalbetriebe der Vergleichsgruppe.
-  **50%-Bereich:** Dieser Bereich umfasst 50% aller Betriebe der Vergleichsgruppe.
-  **95%-Bereich:** Dieser Bereich umfasst 95% aller Betriebe der Vergleichsgruppe.

Kennzahlen enthalten:

Angaben – Betrieb

Alle Kennzahlen in dieser Rubrik werden veröffentlicht.

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Alle Kennzahlen in dieser Rubrik werden veröffentlicht, mit Ausnahme der Kennzahl *PflegetageT - Anzahl Pflegetage (stationär, ohne Austrittstag)*.

Langzeitbehandlungen

Es werden keine Kennzahlen in dieser Rubrik veröffentlicht.

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

Alle Kennzahlen in dieser Rubrik werden veröffentlicht.

Allgemeine Angaben – Personal

Alle Kennzahlen in dieser Rubrik werden veröffentlicht.

Allgemeine Angaben – Finanz- und Betriebsdaten

Alle Kennzahlen in dieser Rubrik werden veröffentlicht, mit Ausnahme der Kennzahlen zu den Kosten Ausbildung, Weiterbildung und Forschung, welche ab Datenjahr 2024 auf Ebene Spital (Standort) dargestellt werden:

- *KostABT – Kosten Ausbildung*
- *KostWBT – Kosten Weiterbildung*
- *KostForT – Kosten Forschung*

Allgemeine Daten – Kosten und Erlöse in ambulantem Bereich

Es werden keine Kennzahlen in dieser Rubrik veröffentlicht.

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

Folgende Kennzahlen in dieser Rubrik veröffentlicht:

- *AustritteA/P/R/B - Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung)*
- *BettenStatA/P/R/B - Betten (stationäre Behandlung)*
- *CMlBA/B - Casemix Index (CMI) brutto*
- *CMlNA/B - Casemix Index (CMI) netto*
- *DMI_P/R - Day Mix Index (DMI)*

Daten pro Aktivitätstyp A/P/R/B – Finanz- und Betriebsdaten in stationärem Bereich

Es werden keine Kennzahlen in dieser Rubrik veröffentlicht.

Anpassung zu den Kennzahlen

Die Einführung von SpiGes hat zu mehreren Anpassungen der Kennzahlen der Schweizer Spitäler geführt. Besonders betroffen von dieser Änderung sind die Pflegetage, die Austritte und die Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp. Alle in dieser Ausgabe vorgenommenen Anpassungen sind in der Tabelle zur Beschreibung der dargestellten Kennzahlen detailliert dokumentiert. Nachfolgend finden Sie eine Zusammenfassung.

Aktivitätstyp B «Geburtshaus»

In SpiGes ist der Aktivitätstyp B «Geburtshaus» eine Untergruppe des Aktivitätstyps A «Akut». Für die Publikation der Kennzahlen der Spitäler stellt das BFS dem BAG in den Datenexporten Hilfsvariablen zur Verfügung, mit denen die Kennzahlen nach Geburtshäusern aufgeschlüsselt und der Tätigkeitstyp A ohne dem Tätigkeitstyp B sowie der Tätigkeitstyp B separat dargestellt werden können.

Anzahl ambulante Konsultationen (AmbKonsT) statt Anzahl ambulante Konsultationen (AmbKons)

Die Kennzahl Anzahl ambulante Konsultationen (AmbKons, Total und pro Aktivitätstyp) wurde gelöscht und in den allgemeinen Daten durch die Kennzahl Anzahl Patientenkontakte (AmbPatKont) ersetzt. Diese Kennzahl kann nicht pro Aktivitätstyp ausgewiesen werden, da es diese Aufteilung in SpiGes für den ambulanten Bereich nicht gibt.

Die Anzahl der Konsultationen aus der KS wurde ab der Ausgabe 2016 eingeführt, aber über die Definition dieser Kennzahl besteht kein Konsens. Nach Rücksprache mit dem BFS, im April, wurde es auch festgestellt, dass die Berechnung der Anzahl Konsultationen mit dem neuen Projekt SpiGes erschwert wird, da in SpiGes keine Informationen über die Konsultationen vorhanden sind. Aus diesem Grund und im Zuge der grossen Änderungen im Zusammenhang mit dem Projekt SpiGes für den stationären Bereich wurde es beschlossen, die Anzahl der Patientenkontakte aus der Statistik Patientendaten Spital ambulant (PSA) anstelle der Anzahl der Konsultationen aus der KS zu veröffentlichen.

Kennzahlen, die in ihrer Bezeichnung auf die MS verweisen

In einigen Bezeichnungen von Kennzahlen wurde auf die MS verwiesen. Da die MS nicht mehr als Datenquelle für die Kennzahlen dient, wurden deren Bezeichnungen angepasst. Es handelt sich um folgende Kennzahlen:

Bis zu den Daten 2023	Ab den Daten 2024
PtageStatMST Anzahl Pflagestage (stationär, ohne Austrittstag)	PflagestageT Anzahl Pflagestage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)
AustStatMST NAustritte während des Jahres (stationär)	AustritteT Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung)
NeugStatMST Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	NeugT Anzahl gesunde Neugeborene
PtageStatMSA/P/R/B Anzahl Pflagestage (stationär, ohne Austrittstag)	PflagestageA/P/R/B Anzahl Pflagestage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)
AustStatMSA/P/R/B Austritte während des Jahres (stationär)	AustritteA/P/R/B Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung)
DADStatMSA/P/R/B Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	DADA/P/R/B Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationäre Behandlung)

Aufenthaltsdauer und Pflagestage

Zur Berechnung der Pflagestage verwendet das BFS die Aufenthaltsdauer (LOS) aus dem Grouper SwissDRG herangezogen. Können die Fälle nicht gruppiert werden, ist dieser Wert nicht verfügbar. In diesem Fall nimmt das BFS eine Schätzung vor und berücksichtigt die Differenz zwischen Austritts- und Eintrittsdatum, jedoch maximal 365 Tage, ohne Berücksichtigung von Zwischenaustritten/Wiedereintritten oder Urlaube: Aufenthaltsdauer = Austrittsdatum – Eintrittsdatum..

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationäre Behandlung) DADA/P/R/B

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär) DADA/P/R/B basiert weiterhin auf der Anzahl der Pflagestage und Austritte. Diese Zahlen stammen nun von SpiGes und nicht mehr von der MS.

Betten (stationäre Behandlung) BettenStatA/P/R/B

Die Berechnung der durchschnittlichen Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten basiert auf der Anzahl der Betriebsbettentage BETRIEBSBETTENTAGE pro Aktivitätstyp. Diese stammt weiterhin aus der KS, jedoch gibt es nun pro Aktivitätstyp eine eigene Variable:

- A.21.01: *Bettenbetriebstage «Akutpflege»*
- A.21.02: *Bettenbetriebstage «Psychiatrie»*
- A.21.03: *Bettenbetriebstage «Rehabilitation»*

Belegungsgrad der Betten (% , stationäre Behandlung)

pBettenBelStatA/P/R/B

Infolge der Änderung der Variablen für die Anzahl der Betriebsbettentage BETRIEBSBETTENTAGE pro Aktivitätstyp änderte sich auch die Berechnung des Belegungsgrads der Betten pBettenBelStatA/P/R/B geändert.

Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp

Die gesamten Kosten und Erlöse unter der früheren «Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp A/P/R/B» stammten aus der KS und wurden auf Spitalebene erfasst. Gleiches gilt für die Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen (KostLangT). Diese werden nun in SpiGes auf Fallebene erfasst. Das BFS stellt dem BAG auf Spitalebene (Nummer BUR_GESV) aggregierte Daten zu Kosten und zu Erlösen bereit, damit die Kennzahlen für die Publikation wie in den Vorjahren auf Spitalebene berechnet werden können. Die bisherige Rubrik «Finanz- und Betriebsdaten pro Aktivitätstyp A/P/R/B» wurde überarbeitet und in «Daten pro Aktivitätstyp A/P/R/B - Finanz- und Betriebsdaten in stationärem Bereich» umbenannt, da die Finanz- und Betriebsdaten

in ambulantem Bereich und in der Langzeitbehandlung separat in ihren jeweiligen Rubriken dargestellt werden.

Finanz- und Betriebsdaten in ambulantem Bereich

In SpiGes können die Gesamtkosten ambulant nicht mehr nach Aktivitätstyp ausgewiesen werden, da es diese Aufteilung in SpiGes für den ambulanten Bereich nicht gibt. Ab den Daten 2024 werden diese Kosten als Total über alle Aktivitätstypen, auf Spitalebene, in der Rubrik «Allgemeine Angaben – Kosten und Erlöse in ambulantem Bereich» dargestellt.

Kosten Ausbildung, Kosten Weiterbildung und Kosten Forschung

Die Kosten Ausbildung, Weiterbildung und Forschung wurden bis zu den Daten von 2023 nach Aktivitätstyp ausgewiesen. Ab den Daten von 2024 sind diese Kosten nur noch auf Spitalebene erfasst, in den allgemeinen Daten. Infolgedessen wurden die Codes dieser Kennzahlen angepasst: KostABT für die Kosten Ausbildung, KostWBT für die Kosten Weiterbildung und KostForT für die Kosten Forschung.

Kosten der Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten mit Zusatzversicherung

Patienten mit einer Zusatzversicherung verursachen Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss KVG wie auch Kosten zu Lasten der Zusatzversicherung gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Bis zu den Daten von 2023 wurden die Kosten der Leistungen zulasten der OKP für Patienten mit Zusatzversicherung von den Spitälern direkt in der KS erfasst. Seit der Einführung von SpiGes werden diese Kosten pro Fall angegeben, wobei keine Unterscheidung zwischen Kosten zu Lasten der OKP und Kosten zu Lasten des VVG gemacht wird. Die Kosten werden in ihrer Gesamtheit pro Fall angegeben. Die Kosten zu Lasten der OKP von Patienten mit Zusatzversicherung müssen daher berechnet werden. Das BAG wendet in seiner Publikation der Fallkosten der Spitäler¹² die Methodik der GDK an. Die GDK berechnet die Kosten nach einer festgelegten Methode und liefert die Fallkosten an das BAG. Für die Publikation der Kennzahlen der Spitäler ist es sinnvoll, dieselbe Methodik anzuwenden. Das BFS berechnet daher nach der Methodik der GDK den OKP-Anteil der Kosten bzw. Erlöse für die Publikation des BAG zu den Kennzahlen der Schweizer Spitäler.

Erlöse aus Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten mit Zusatzversicherung und Anteil Versicherer.

Die Erlöse aus Leistungen zu Lasten der OKP für Patienten mit Zusatzversicherung können anhand der Rechnungen ermittelt werden. Gleiches gilt für den Anteil Versicherer (Anteil, der von den verschiedenen Krankenversicherungen nach KVG oder VVG übernommen wird). Diese Informationen sind nämlich auf den Rechnungen angegeben.

Berechnung der Kosten zu Lasten der OKP, der Erlöse der OKP und des Anteil Versicherer

Zum Zeitpunkt der Publikation der Kennzahlen 2024 durch die Spitäler und Kliniken hat das BFS die Kosten zu Lasten der OKP, die Erlöse OKP und den Anteil Versicherer noch nicht berechnet, da noch nicht alle erforderlichen Informationen vorlagen und die Überprüfung und Plausibilisierung der Ergebnisse Zeit in Anspruch nehmen. Dies wird im Laufe des Jahres erfolgen.

Kennzahlen-Tabellenteil

Nachfolgend werden die Kennzahlen der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» detailliert beschrieben. In den nachstehenden Tabellen sind der Name und die Bezeichnung jeder Kennzahl, ihre Definition und Beschreibung sowie die Berechnungsgrundlagen aufgeführt.

Angaben pro Aktivitätstyp

Ab den Daten von 2024, sind die verschiedenen Aktivitätstypen «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P) und/oder «Rehabilitation» (R). In SpiGes, der Aktivitätstyp «Geburtshaus» (B) ist nicht vorhanden. Die Geburtshäuser sind unter dem Aktivitätstyp «Akutbehandlung» (A) zu finden. Für die Publikation der «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» wird dieser Aktivitätstyp anhand einer Hilfsvariable wiedergegeben.

¹² Verfügbar auf Französisch und Deutsch: [https://www.bag.admin.ch/fr/publication-des-couts-par-cas-des-hopitaux-->Publication-des-coûts-par-cas-des-hôpitaux-\(xlsx\)/Publikation-der-Fallkosten-der-Spitäler](https://www.bag.admin.ch/fr/publication-des-couts-par-cas-des-hopitaux-->Publication-des-coûts-par-cas-des-hôpitaux-(xlsx)/Publikation-der-Fallkosten-der-Spitäler) Publikation der Fallkosten der Spitäler

Angaben Betrieb

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung ^{13,14}
KT Kanton	Kanton des Spitalbetriebes. Zuständiger Kanton, unter dessen administrativer Zugehörigkeit sich das Spitalbetrieb befindet. Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.	KS A.02.10
<i>Inst / Adr / Ort</i> <i>Betrieb und Adresse</i>	Name und Adresse des Spitalbetriebes. Diese Kennzahlen ist aus der KS übernommen.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> <i>Spitaltyp, gemäss BFS</i> <i>Spitaltypologie</i>	Spitaltyp gemäss BFS Spitaltypologie. Unterschieden werden Universitätsspitäler, Zentrumsversorger (Kantonsspitäler), Grundversorger und Spezialkliniken (Psychiatrie, Rehabilitation, Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie, Geriatrie, Pädiatrie und diverse).	KS A.02.08
<i>LA</i> <i>Leistungsangebot</i>	Leistungsangebot des Spitalbetriebes. Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.	« Amb »: KS A.02.15 = 1 « Stat »: KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> <i>Rechtsform</i>	Rechtsform des Spitalbetriebes. Die Einteilung erfolgt entsprechend der Nomenklatur der Rechtsformen des BFS gemacht. 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. Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.	« SA / Särl »: KS A.03 = 3 à 7 « Association / fondation »: KS A.03 = 8 à 10 « Entreprises publiques »: KS A.03 = 17, 20 à 34

13 BFS: Krankenhausstatistik - Detailkonzept gültig ab der Einführung von SpiGes, Version 2.3, 2025

14 BFS: Krankenhaustypologie, Version 5.3, 2022

Angaben Betrieb

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung ^{13,14}
<i>Akt</i> <i>Aktivitätstyp</i>	<p>Aktivitätstyp des Spitalbetriebes.</p> <p>Die Zuteilung zu Aktivitätstypen erfolgt gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen. Spitäler können die Aktivitätstypen «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P) und «Rehabilitation» (R) aufweisen, von klinischen Die von klinischen Institutionen unabhängigen Geburtshäuser werden unter Aktivitätstyp A erfasst. In der Publikation werden sie durch die Variable AKTIVITAET mit dem Wert =,1001'identifiziert.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	<p>« A »: KS A.01.01 = 1 « P »: KS A.01.02 = 1 « R »: KS A.01.03 = 1 « B »: KS A.01.01 = 1 und AKTIVITAET='1001'</p>
<i>SL</i> <i>Spezifische Leistungen</i>	<p>Spezifische Leistungen des Spitalbetriebes.</p> <p>Diese Kennzahl angibt, ob das Spitalbetrieb eine anerkannte Notfallaufnahme (NF) oder eine Intensivpflegestation (IPS) unterhält.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	<p>« NF »: KS A.06.01.01 = 1 « IPS »: KS A.06.01.05 = 1</p>
<i>WB</i> <i>Aus- und Weiterbildung</i>	<p>Aus- und Weiterbildung, die im Spitalbetrieb angeboten werden.</p> <p>Diese Kennzahl angibt, ob der Spitalbetrieb Aus- bzw. Weiterbildungsplatz für Medizinstudenten (MSt), Ärzte (Arzt) oder weitere Berufe im Gesundheitssektor (BGs) ist.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	<p>« MSt »: KS A.06.01.08 = 1 « Arzt »: KS A.06.01.09 = 1 « BGs »: KS A.06.01.10 = 1</p>
<i>AnzStand</i> <i>Anzahl Standorte</i>	<p>Anzahl Standorte des Spitalbetriebes.</p> <p>Diese Kennzahl gibt die Anzahl der geografischen Niederlassungen an, an denen ein Mehrstandort-Spitalbetrieb als rechtliche Einheit mit zentraler Leitung seine Aktivitäten organisiert.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	KS A.11.00
<i>SA</i> <i>Spezialausrüstung</i>	<p>Spezialausrüstung</p> <p>Diese Kennzahl angibt, 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 Lithotripter (LITO).</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	<p>« MRI »: KS A.13.001 « CT »: KS A.13.002 « PET »: KS A.13.003 « CC »: KS A.13.004 « LB »: KS A.13.005 « LITO »: KS A.13.006</p>

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>AmbPatKont</i> <i>Anzahl Patientenkontakte, ambulant</i>	<p>Gesamtzahl der Patientenkontakte im Referenzjahr für den Betrieb, ohne Differenzierung nach Leistungsstelle.</p> <p>Ein «Patientenkontakt» wird pro Patienten, Standort und Behandlungstag erfasst: Jede Person, für die an dem Standort an einem bestimmten Tag mindestens eine Leistung erbracht wurde, zählt als Patientenkontakt. Es zählen alle Leistungen, auch Leistungen in Abwesenheit der Patientin / des Patienten, wie die Erstellung von Berichten. Patientenkontakte werden über das Referenzjahr aufsummiert.</p> <p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von PSA-Daten berechnet und dem BAG vom BFS bereitgestellt.</p>	<p>Basierend auf die PSA-Daten wird die Anzahl Patientenkontakte vom BFS auf der Grundlage der Anzahl Patienten pro Spital (BURGESV). Die Kombinationen zwischen den Variablen werden auf Ebene Standortebene (BURNR) gebildet und auf Spitalebene nach BURGESV-Nummer zusammengefasst. Die Behandlung des Patienten muss im betrachteten Datenjahr stattgefunden haben. Jede Kombination aus BURGESV, UALC (Patient) und Behandlungsdatum wird für das betreffende Datenjahr gezählt. Ein Patient kann daher im betrachteten Datenjahr maximal eine Behandlung pro Tag haben. Patienten mit UALC = 0 werden ausgeschlossen. Es werden keine Leistungen ausgeschlossen.</p>
<i>PflegetageT</i> <i>Anzahl Pflegetage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)</i>	<p>Gesamtzahl der Pflegetage aller administrativen Fälle A oder C in stationärer Behandlung; für alle Aktivitätstypen.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden C-Fälle: Administrative Fälle, die vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht abgeschlossen wurden</p> <p>Die Pflegetage in Langzeitbehandlungen werden nicht gezählt. Der Austrittstag und ganze Urlaubstage werden nicht berücksichtigt, und die Anzahl Pflegetage ist auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Summe der Aufenthaltsdauer LOS aller Fälle A und C, für die der Abrechnungstarif 0, 1, 2, 3, 4, 5 oder 6 gilt. Auch Fälle mit unbekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Die Aufenthaltsdauer LOS wird vom SwissDRG-Grouper ermittelt. Wenn die Fallgruppierung nicht durchgeführt werden konnte, wird kein Grouper-Output ermittelt. In diesem Fall ist die Aufenthaltsdauer nicht bekannt. Für die Kennzahlen, die auf PflegetageT basieren, nimmt das BFS eine Schätzung der Aufenthaltsdauer vor, indem es die Differenz zwischen dem Austrittsdatum und dem Eintrittsdatum heranzieht. Bei dieser Schätzung werden Zwischenaustritte, Wiedereintritte und Urlaube nicht abgezogen.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.GROUPER_DRG</p> <p>Schätzung wenn LOS nicht bekannt gegeben: Aufenthaltsdauer LOS = Austrittsdatum - Eintrittsdatum</p> <p>$SUM(\min(365, LOS))$ IF TARIF in (0,1,2,3,4,5,6) and ABC_FALL in ('A','C')</p>

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>AustritteT</i> <i>Austritte während des Jahres</i> <i>(stationäre Behandlung)</i>	<p>Gesamtzahl der administrativen Fälle A in stationärer Behandlung; für alle Aktivitätstypen.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden.</p> <p>Die Fälle in Langzeitbehandlungen werden nicht berücksichtigt.</p> <p>Diese Kennzahl ergibt sich aus der Gesamtzahl der Fälle A für die der Abrechnungstarif 0, 1, 2, 3, 4, 5 oder 6 gilt. Auch Fälle mit unbekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (0,1,2,3,4,5,6) and ABC_ FALL='A')</p>
<i>NeugT</i> <i>Anzahl gesunde Neugeborene</i>	<p>Gesamtzahl der Austritte gesunder Neugeborener (A-Fälle) in stationärer Behandlung.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden</p> <p>Gesunde Neugeborene werden gemäss SwissDRG definiert. Es handelt sich also um die Gesamtzahl der Fälle A, für die der DRG-Code «P66D» oder «P67D» lautet.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG COUNT(FALL_ID_CH) IF DRG in ('P66D', 'P67D') and ABC_ FALL='A' and TARIF=1</p>
<i>Ops</i> <i>Anzahl Operationssäle</i>	<p>Anzahl Operationssäle, die im Spital in Betrieb sind.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	KS A.13.09
<i>Gebs</i> <i>Anzahl Gebärsäle</i>	<p>Anzahl Gebärsäle, die im Spital in Betrieb sind.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	KS A.13.11

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>pPatWAU</i> Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (% stationäre Behandlung)	<p>Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl der stationären Fälle mit Wohnsitz im Ausland geteilt durch die Gesamtzahl der stationären Fälle.</p> <p>Die Fälle werden mit der Variable FALL_ID_CH identifiziert: Fallnummer, die durch das BFS generiert wird, um eine pseudonymisierten Fallidentifikator bereitstellen zu können. Dieser Fallidentifikator bleibt über die Jahre hinweg konstant, d.h. B-Fall des Vorjahres hat gleiche FALL_ID_CH wie der A-Fall des Folgejahres.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES</p> $\frac{\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH}) \text{ when } (\text{WOHNLAND} \neq \text{"CHE"})}{\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})} * 100$
<i>pPatWAK</i> Anteil ausserkantonale Patienten (% stationäre Behandlung)	<p>Prozentualer Anteil der Patienten, für die der Wohnkanton nicht derselbe ist wie der zuständige Kanton des Spitalbetriebes.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl in der Schweiz ausserhalb des Standortkantons wohnenden stationär behandelten Fälle geteilt durch die Anzahl der stationär behandelten Fälle mit Wohnsitz in der Schweiz.</p> <p>Die Fälle werden mit der Variable FALL_ID_CH identifiziert: Fallnummer, die durch das BFS generiert wird, um eine pseudonymisierten Fallidentifikator bereitstellen zu können. Dieser Fallidentifikator bleibt über die Jahre hinweg konstant, d.h. B-Fall des Vorjahres hat gleiche FALL_ID_CH wie der A-Fall des Folgejahres.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES</p> $\frac{\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH}) \text{ when } \text{WOHNKANTON} \neq \text{KANTON}}{\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})} * 100$
<i>pPatLKP</i> Anteil Patienten privat oder halbprivat (% stationäre Behandlung)	<p>Prozentualer Anteil der Patienten, die während des Spitalaufenthalts ein Bett in der privaten oder halbprivaten Klasse belegen.</p> <p>Die Fälle werden mit der Variable FALL_ID_CH identifiziert: Fallnummer, die durch das BFS generiert wird, um eine pseudonymisierten Fallidentifikator bereitstellen zu können. Dieser Fallidentifikator bleibt über die Jahre hinweg konstant, d.h. B-Fall des Vorjahres hat gleiche FALL_ID_CH wie der A-Fall des Folgejahres.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl Fälle mit Liegeklasse 2 (halbprivat) oder Liegeklasse 3 (privat) geteilt durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES</p> $\frac{\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH}) \text{ when } (\text{LIEGEKLASSE in ('2', '3')})}{\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})} * 100$

Allgemeine Angaben – Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>pPatHOK</i> Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (%; stationäre Behandlung)	<p>Prozentualer Anteil der Patienten, für die die Kosten für die Leistungen der Grundversicherung während des Spitalaufenthaltes im Wesentlichen durch die obligatorische Krankenversicherung beglichen werden.</p> <p>Die Fälle werden mit der Variable FALL_ID_CH identifiziert: Fallnummer, die durch das BFS generiert wird, um eine pseudonymisierten Fallidentifikator bereitstellen zu können. Dieser Fallidentifikator bleibt über die Jahre hinweg konstant, d.h. B-Fall des Vorjahres hat gleiche FALL_ID_CH wie der A-Fall des Folgejahres.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl Fälle mit obligatorischer Krankenversicherung als Hauptgarant geteilt durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES</p> <p>$(\text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH}) \text{ when GRUNDVERSICHERUNG} = "1" / \text{COUNT}(\text{FALL_ID_CH})) * 100$</p>

Allgemeine Angaben – Langzeitbehandlungen

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>PTageLangT</i> Anzahl Pflgetage (Langzeitbehandlung)	<p>Gesamtzahl der Pflgetage aller administrativen Fälle A oder C in Langzeitbehandlungen.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden C-Fälle: Administrative Fälle, die vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht abgeschlossen wurden</p> <p>Der Austrittstag und ganze Urlaubstage werden nicht berücksichtigt, und die Anzahl Pflgetage ist auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Summe der Aufenthaltsdauer LOS aller Fälle A und C, für die der 7 gilt. Auch Fälle mit unbekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Die Aufenthaltsdauer LOS wird vom SwissDRG-Grouper ermittelt. Wenn die Fallgruppierung nicht durchgeführt werden konnte, wird kein Grouper-Output ermittelt. In diesem Fall ist die Aufenthaltsdauer nicht bekannt. Für die Kennzahlen, die auf PflgetageT basieren, nimmt das BFS eine Schätzung der Aufenthaltsdauer vor, indem es die Differenz zwischen dem Austrittsdatum und dem Eintrittsdatum heranzieht. Bei dieser Schätzung werden Zwischenaustritte, Wiedereintritte und Urlaube nicht abgezogen.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.GROUPER_DRG</p> <p>Schätzung wenn LOS nicht bekannt gegeben: Aufenthaltsdauer LOS = Austrittsdatum - Eintrittsdatum</p> <p>$\text{SUM}(\text{min}(365, \text{LOS})) \text{ IF TARIF in } (7) \text{ and ABC_FALL in } ('A', 'C')$</p>

Allgemeine Angaben – Langzeitbehandlungen

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>AustLangT</i> <i>Austritte (Langzeitbehandlung)</i>	<p>Gesamtzahl der administrativen Fälle A in Langzeitbehandlungen.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Gesamtzahl der Fälle A, für die der Abrechnungstarif 7 gilt.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES</p> <p>COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (7) and ABC_FALL='A'</p>
<i>KostLangT</i> <i>Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen</i>	<p>Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten der Leistungen für Patienten in Langzeitbehandlungen aller Versicherungsklassen (z. B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.</p>	<p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.</p> <p>Detaillierte Berechnung: DE_Kosten und Erloese_kzp24.pdf</p>
<i>ErlLangT</i> <i>Gesamterlös der Langzeitbehandlungen</i>	<p>Gesamterlös der Langzeitbehandlungen</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die Gesamterlöse aus Leistungen in Langzeitpflege für Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.), sowie für Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.</p>	<p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.</p> <p>Detaillierte Berechnung: DE_Kosten und Erloese_kzp24.pdf</p>

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

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>pMRI_AMB</i> <i>RMI, ambulant</i>	Anzahl MRI-Untersuchungen pro MRI-Gerät in ambulantem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl MRI-Untersuchungen im ambulanten Bereich und der Gesamtzahl der MRI-Geräte. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> <i>RMI, stationär</i>	Anzahl MRI-Untersuchungen pro MRI-Gerät, in stationärem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl MRI-Untersuchungen im stationären Bereich und der Gesamtzahl der MRI-Geräte. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> <i>CT, ambulant</i>	Anzahl CT-Untersuchungen pro CT-Scanner, in ambulantem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl CT-Untersuchungen im ambulanten Bereich und der Gesamtzahl der CT-Scanner. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> <i>CT, stationär</i>	Anzahl CT-Untersuchungen pro CT-Scanner, in stationärem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl CT-Untersuchungen im stationären Bereich und der Gesamtzahl der CT-Scanner. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> <i>Angiografien, ambulant</i>	Anzahl Angiografien pro Angiografiegerät, in ambulantem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im ambulanten Bereich und der Gesamtzahl der Angiografiegeräte. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> <i>Angiografien, stationär</i>	Anzahl Angiografien pro Angiografiegerät, in stationärem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl Angiografien im stationären Bereich und der Gesamtzahl der Angiografiegeräte. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> <i>Dialysen, ambulant</i>	Anzahl Dialysen pro Dialysegerät, in ambulantem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl Dialysen im ambulanten Bereich und der Gesamtzahl der Dialysegeräte. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.208 / KS A.13.008

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

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>pDIA_STAT</i> <i>Dialysen, stationär</i>	Anzahl Dialysen pro Dialysegerät, in stationärem Bereich. Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl Dialysen im stationären Bereich und der Gesamtzahl der Dialysegeräte. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	KS A.13.308 / KS A.13.008

Allgemeine Angaben – Personal

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
----------	-----------------------------	------------

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.

<i>PersA</i> <i>Ärzte</i>	Anzahl der Ärzte, die Patienten in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen betreuen, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht ein 100 % besetzter Arbeitsplatz. $VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}$ (Beispiel: eine Anstellung von 50 % ergibt 0,5 VZÄ). Diese Kennzahl gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder. Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04 = 1 bis 6
------------------------------	--	---

Allgemeine Angaben – Personal

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>davon PersAWB Ärzte in Weiterbildung</i>	<p>Anzahl der Ärzte in Weiterbildung, die Patienten in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen betreuen, ausgedrückt in Vollzeit-äquivalenten.</p> <p>Ärzte in Weiterbildung: von Assistenzärztin/Assistenzarzt bis Chefärztin/Chefarzt</p> <p>Einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht ein 100 % besetzter Arbeitsplatz.</p> <p>$VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}$ (Beispiel: eine Anstellung von 50 % ergibt 0,5 VZÄ).</p> <p>Diese Kennzahl gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	(KS A.14.05.02) mit KS A.14.04 = 1 bis 5 und KS A.14.09 = 1
<i>PersP Pflegepersonal</i>	<p>Anzahl des Pflegepersonals, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (VZÄ).</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die mit der Patientenpflege beschäftigten Personen, also die Pflegefachpersonen, Hebammen, Pflegeassistenten, Fachperson Gesundheit, Fachperson Betreuung usw.</p> <p>Einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht ein 100 % besetzter Arbeitsplatz.</p> <p>$VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}$ (Beispiel: eine Anstellung von 50 % ergibt 0,5 VZÄ).</p> <p>Diese Kennzahl gibt daher die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	KS A.14.05.02) mit KS A.14.04 = 7 bis 12

Allgemeine Angaben – Personal

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>PersMT</i> <i>Übriges medizinisches Personal</i>	<p>Anzahl des übrigen medizinischen Personals, ausgedrückt in Vollzeit-äquivalenten (VZÄ).</p> <p>Einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht ein 100 % besetzter Arbeitsplatz.</p> <p>$VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}$ (Beispiel: eine Anstellung von 50 % ergibt 0,5 VZÄ).</p> <p>Diese Kennzahl 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.</p> <p>Diese Kennzahl gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	(KS A.14.05.02)
<i>PersT</i> <i>Gesamtes Personal</i>	<p>Gesamtzahl der Beschäftigten, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (VZÄ).</p> <p>Diese Kennzahl umfasst Ärzte, Pflegepersonal, übriges medizinisches Personal sowie Personal aus dem Sozialdiensten (Beratung und Unterstützung), Hausdienstpersonal, Personal aus dem technischen Diensten und Administrativpersonal.</p> <p>Einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht ein 100 % besetzter Arbeitsplatz.</p> <p>$VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}$ (Beispiel: eine Anstellung von 50 % ergibt 0,5 VZÄ).</p> <p>Diese Kennzahl gibt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum wieder.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> <i>Belegärzte</i> <i>(Stunden)</i>	<p>Arbeitsstunden der frei praktizierenden Ärzte, die für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	(KS A.14.05.04) mit KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> <i>Übriges Belegpersonal</i> <i>(Stunden)</i>	<p>Arbeitsstunden der Beleghebammen und weiterer Personen, die für die Behandlung ihrer Patienten im Spital gegen Rechnung bezahlt werden.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	(KS A.14.05.04) mit KS A.14.04=34, 35

Allgemeine Angaben – Finanz- und Betriebsdaten

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>AwBesold</i> <i>Personalaufwand</i>	<p>Personalaufwand</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die gesamten Löhne des Betriebspersonals, Arzthonorare und übriger Personalaufwand, einschliesslich Sozialleistungen, entsprechend den Konten 30 (Lohnaufwand), 37 (Sozialversicherungsaufwand), 38 (Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig)) und 39 (Übriger Personalaufwand) des Kontenplans von H+.</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> <i>Investitionsaufwand</i>	<p>Investitionsaufwand</p> <p>Diese Kennzahl umfasst den Aufwand für Anlagenutzung und Kapitalzinsen, entsprechend den Konten 44 und 46 des Kontenplans von H+.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> <i>Übriger Betriebsaufwand</i>	<p>Übriger Betriebsaufwand</p> <p>Diese Kennzahl umfasst den Gesamtaufwand des Spitals für den Betrieb, ohne Besoldungen, Investitionskosten, Zinsaufwand, Steuern, ausserordentlichen und betriebsfremdem Aufwand.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	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> <i>Total Aufwand</i>	<p>Total Aufwand</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten (inkl. Steuern, ausserordentlichem und betriebsfremdem Aufwand entsprechend den Konten 77–79 des Kontenplans von H+).</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> <i>Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege</i>	<p>Gesamtbetriebsertrag aus Hospitalisierung und Pflege</p> <p>Diese Kennzahl 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+ sowie den Ertrag aus dem ambulanten Bereich.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32

Allgemeine Angaben – Finanz- und Betriebsdaten

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>EtSonst</i> <i>Übriger Betriebsertrag</i>	<p>Übriger Betriebsertrag</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die Erträge aus den übrigen Leistungen für Patienten, die in der Betriebsrechnung nicht bereits mit den Konten 60–62 gemäss H+-Kontenplan erfasst werden, die Erträge aus Miet- und Kapitalzinsen, die in direkter Beziehung zum Spitalbetrieb stehen, die Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte sowie die Bestandesänderungen.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	$KS\ A.\ 15.33 + KS\ A.\ 15.34 +$ $KS\ A.\ 15.35 + KS\ A.\ 15.42$
<i>EtSubv</i> <i>Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung</i>	<p>Beiträge, Subventionen und Defizitdeckung</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die gesamten finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen in Form von Beiträgen, Subventionen und allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	$KS\ A.\ 15.36 + KS\ A.\ 16.40$
<i>davon</i> <i>EtDef</i> <i>Total Defizitdeckung</i> <i>(Reserven und priv. Rechtsträger, öff. Hand)</i>	<p>Total Defizitdeckung</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die gesamten finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen wie Reserven, Unterstützung von den Gemeinden, Kantonen und dem Bund sowie private Rechtsträger in Form von allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	$KS\ A.\ 16.40$ $(KS\ A.\ 16.31 + KS\ A.\ 16.32 + KS$ $A.\ 16.33 + KS\ A.\ 16.34 + KS\ A.\ 16.35)$
<i>EtT</i> <i>Total Ertrag</i>	<p>Total Ertrag</p> <p>Diese Kennzahl umfasst den Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege, den übrigen Betriebsertrag, die Beiträge und Subventionen sowie die Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Ertrag).</p> <p>Diese Kennzahl ist aus der KS übernommen.</p>	$KS\ 15.50$
<i>FiErg</i> <i>Jahresergebnis</i>	<p>Jahresergebnis</p> <p>Ergebnis als Gesamtgewinn bzw. Gesamtverlust exkl. einer allfälligen Defizitdeckung.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	$KS\ A.\ 16.10 - KS\ A.\ 16.20$

Allgemeine Angaben – Finanz- und Betriebsdaten

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>KostABT</i> <i>Kosten Ausbildung</i>	Kosten Ausbildung Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten der universitären Lehre zur Ausbildung.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>KostWBT</i> <i>Kosten Weiterbildung</i>	Kosten Weiterbildung Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten der universitären Lehre zur Weiterbildung.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>KostForT</i> <i>Kosten Forschung</i>	Kosten Forschung Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten der universitären Forschung.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.

davon

Allgemeine Daten – Kosten und Erlöse in ambulantem Bereich

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>KostAmbT</i> <i>Gesamtkosten ambulant</i>	Gesamtkosten in ambulantem Bereich Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten der ambulanten Leistungen für Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.), sowie für Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>davon KostOKPAmbT</i> <i>KostOKPAmbT</i> <i>Kosten ambulant zu Lasten der OKP</i>	Kosten im ambulanten Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Diese Kennzahl ist ein Anteil an den Gesamtkosten in ambulantem Bereich. Sie umfasst die Kosten der ambulanten Leistungen zu Lasten der OKP für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind oder über eine Zusatzversicherung verfügen.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden. Derzeit enthalten die Daten, die zur Berechnung dieser Kennzahl geliefert werden, die gesamten Kosten für Leistungen für Patienten mit Zusatzversicherung und nicht nur die Kosten für Leistungen, zulasten der OKP.

Allgemeine Daten - Kosten und Erlöse in ambulantem Bereich

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>ErlAmbT</i> <i>Gesamterlös ambulant</i>	<p>Gesamterlös in ambulantem Bereich</p> <p>Diese Kennzahl umfasst den Gesamterlös aus Leistungen in ambulantem Bereich für Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.), sowie für Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz.</p>	<p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.</p>
<i>davon ErlOKPAmbT</i> <i>Erlös ambulant Bereich zu Lasten der OKP</i>	<p>Erlös in ambulantem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil an den Gesamterlösen in ambulantem Bereich. Sie umfasst den Erlös aus ambulanten Leistungen zu Lasten der OKP für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind oder über eine Zusatzversicherung verfügen.</p>	<p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.</p> <p>Derzeit enthalten die Daten, die zur Berechnung dieser Kennzahl geliefert werden, die gesamten Erlöse für Leistungen für Patienten mit Zusatzversicherung und nicht nur die Erlöse für Leistungen, zulasten der OKP.</p>

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

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<p><i>PflegetageA/P/R/B</i> Anzahl Pflegetage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)</p>	<p>Gesamtzahl der Pflegetage aller administrativen Fälle A oder C in stationärer Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden C-Fälle: Administrative Fälle, die vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht abgeschlossen wurden</p> <p>Die Pflegetage in Langzeitbehandlungen werden nicht gezählt. Der Austrittstag und ganze Urlaubstage werden nicht berücksichtigt, und die Anzahl Pflegetage ist auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Summe der Aufenthaltsdauer LOS aller Fälle A und C, für den entsprechenden Aktivitätstyp. Die Aktivitätstypen werden durch den Abrechnungstarif bestimmt. Ist dieser nicht bekannt, wird die Hauptkostenstelle herangezogen. Auch Fälle mit unbekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp A gilt der Abrechnungstarif 1 oder 2. Ist dieser nicht bekannt, werden andere Hauptkostenstellen als «M950» und «M500» berücksichtigt. Für diesen Aktivitätstyp werden nur Betriebe berücksichtigt, die kein Geburtshaus sind, da diese separat aufgeführt werden. Für den Aktivitätstyp P gilt der Abrechnungstarif 5 oder 6. Ist er nicht bekannt, wird die Hauptkostenstelle «M500» berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp R gilt der Abrechnungstarif 3 oder 4. Ist er nicht bekannt, wird die Hauptkostenstelle «M950» berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp B gilt der Abrechnungstarif 1 oder 2, und es werden nur Betriebe berücksichtigt, die ein Geburtshaus sind, d. h. Betriebe, die durch die Variable AKTIVITAET='1001' gekennzeichnet sind. Ist der Abrechnungstarif nicht bekannt, werden andere Hauptkostenstellen als «M950» und «M500» berücksichtigt. Die Aufenthaltsdauer LOS wird vom SwissDRG-Grouper ermittelt. Wenn die Fallgruppierung nicht durchgeführt werden konnte, wird kein Grouper-Output ermittelt. In diesem Fall ist die Aufenthaltsdauer nicht bekannt. Für die Kennzahlen, die auf PflegetageA/P/R/B basieren, nimmt das BFS eine Schätzung der Aufenthaltsdauer vor, indem es die Differenz zwischen dem Austrittsdatum und dem Eintrittsdatum heranzieht. Bei dieser Schätzung werden Zwischenaustritte, Wiedereintritte und Urlaube nicht abgezogen.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.GROUPER_DRG.</p> <p>Schätzung wenn LOS nicht bekannt gegeben: Aufenthaltsdauer LOS = Austrittsdatum - Eintrittsdatum</p> <p>Für den Aktivitätstyp A: SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL in ('A','C')</p> <p>Für den Aktivitätstyp P: SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF in (5,6) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE=') and ABC_FALL in ('A','C')</p> <p>Für den Aktivitätstyp R: SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF in (3,4) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M950')) and ABC_FALL in ('A','C')</p> <p>Für den Aktivitätstyp B: SUM(min(365,LOS)) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and ABC_FALL in ('A','C') and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001')</p>

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

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>AustritteA/P/R/B</i> <i>Austritte während des Jahres</i> <i>(stationäre Behandlung)</i>	<p>Gesamtzahl der administrativen Fälle A in stationärer Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>A-Fälle: Administrative Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember abgeschlossen wurden.</p> <p>Die Fälle in Langzeitbehandlungen werden nicht berücksichtigt</p> <p>Diese Kennzahl ergibt sich aus der Gesamtzahl der Fälle A für den entsprechenden Aktivitätstyp. Das Aktivitätstyp wird durch den Abrechnungstarif bestimmt. Ist dieser nicht bekannt, wird die Hauptkostenstelle herangezogen. Auch Fälle mit unbekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp A gilt der Abrechnungstarif 1 oder 2. Ist dieser nicht bekannt, werden andere Hauptkostenstellen als «M950» und «M500» berücksichtigt. Für diesen Aktivitätstyp werden nur Betriebe berücksichtigt, die nicht ein Geburtshaus sind, da diese separat aufgeführt werden. Für den Aktivitätstyp P gilt der Abrechnungstarif 5 oder 6. Ist dieser nicht bekannt, wird die Hauptkostenstelle «M500» berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp R gilt der Abrechnungstarif 3 oder 4. Ist dieser nicht bekannt, wird die Hauptkostenstelle «M950» berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp B gilt der Abrechnungstarif 1 oder 2, und es werden nur Betriebe berücksichtigt, die ein Geburtshaus sind, d. h. Betriebe, die durch die Variable AKTIVITAET='1001' gekennzeichnet sind. Ist der Abrechnungstarif nicht bekannt, werden andere Hauptkostenstellen als «M950» und «M500» berücksichtigt.</p> <p>Diese Kennzahl wird vom BFS auf der Grundlage der SpiGes-Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt.</p>	<p>SpiGes.ADMINISTRATIVES</p> <p>Für den Aktivitätstyp A:</p> <pre> COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL='A' </pre> <p>Für den Aktivitätstyp P:</p> <pre> COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF in (5,6) OR (TARIF=0 AND ID_ HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M500')) and ABC_FALL='A' </pre> <p>Für den Aktivitätstyp R:</p> <pre> COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF in (3,4) OR (TARIF=0 AND ID_ HAUPTLEISTUNGSSTELLE='M950')) and ABC_FALL='A' </pre> <p>Für den Aktivitätstyp B:</p> <pre> COUNT(FALL_ID_CH) IF (TARIF IN (1,2) OR (TARIF=0 AND ID_HAUPTLEISTUNGSSTELLE NOT IN ('M950','M500'))) and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITAET='1001') and ABC_FALL in ('A') </pre>

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

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i> BettenStatA/P/R/B Betten (stationäre Behandlung)</i>	<p>Durchschnittliche Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl Bettenbetriebstage für den entsprechenden Aktivitätstyp geteilt durch die Anzahl der Tage im Jahr. Die Anzahl der Tage im Jahr beträgt in der Regel 365 und in Schaltjahren 366.</p> <p>Bettenbetriebstag: Ein Tag, an welchem ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht. Über das Jahr hinweg kann ein einzelnes Bett entsprechend 365 Tage betrieben werden, in einem Schaltjahr 366 Tage. Die Tage, an denen ein Bett wegen Betriebsferien, Bauarbeiten etc. nicht im Einsatz steht, sind abzuziehen.</p> <p>Rechenbeispiel: 3 Betten * 365 Tage – 1 Monat Betriebsferien = 1005 Bettenbetriebstage.</p> <p>Diese Kennzahl wird auf der Grundlage der Daten der KS berechnet.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.GROUPER_DRG ; KS KS A.21.xx /365 oder KS A.21.xx /366 KS A.21: Bettenbetriebstage Aktivitätstyp A: xx = 01 Bettenbetriebstage «Akutpflege» Aktivitätstyp P: xx = 02 Bettenbetriebstage «Psychiatrie» Aktivitätstyp R: xx = 03 Bettenbetriebstage «Rehabilitation»</p> <p>Die Durchschnittliche Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten für den Aktivitätstyp B errechnet sich unter Berücksichtigung nur der Betriebe mit AKTIVITÄT='1001' in den KS-Daten.</p>
<i> DADA/P/R/B Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationäre Behandlung)</i>	<p>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer; ausgewiesen pro Aktivitätstyp</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der der Anzahl Pflgetage geteilt durch die Austritte während des Jahres, für den entsprechenden Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Zahl wird auf der Grundlage der Anzahl Pflgetage und der Anzahl Austritte während des Jahres (SpiGes-Daten) berechnet, die das BFS dem BAG bereitstellt.</p>	<p>PflgetageA/P/R/B / AustritteA/P/R/B</p>
<i> pBettenBelStatA/P/R/B Belegungsgrad der Betten (% , stationäre Behandlung)</i>	<p>Belegungsgrad der Betten; ausgewiesen pro Aktivitätstyp</p> <p>Diese Zahl ergibt sich aus der Anzahl Pflgetage geteilt durch die Anzahl Bettenbetriebstage, für den entsprechenden Aktivitätstyp. Gesunde Neugeborene sowie die Pflgetage in Langzeitbehandlung werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p> <p>Bettenbetriebstag: Ein Tag, an welchem ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht. Über das Jahr hinweg kann ein einzelnes Bett entsprechend 365 Tage betrieben werden, in einem Schaltjahr 366 Tage. Die Tage, an denen ein Bett wegen Betriebsferien, Bauarbeiten etc. nicht im Einsatz steht, sind abzuziehen.</p> <p>Rechenbeispiel: 3 Betten * 365 Tage – 1 Monat Betriebsferien = 1005 Bettenbetriebstage.</p> <p>Diese Zahl wird auf der Grundlage der Anzahl Pflgetage von SpiGes, die das BFS dem BAG bereitstellt, und der Anzahl Bettenbetriebstage für den entsprechenden Aktivitätstyp nach KS, berechnet.</p>	<p>PflgetageAPRB / KS A.21.xx* 100</p> <p>Aktivitätstyp A: xx = 01 Bettenbetriebstage «Akutpflege» Aktivitätstyp P: xx = 02 Bettenbetriebstage «Psychiatrie» Aktivitätstyp R: xx = 03 Bettenbetriebstage «Rehabilitation»</p> <p>Die Durchschnittliche Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten für den Aktivitätstyp B errechnet sich unter Berücksichtigung nur der Betriebe mit AKTIVITÄT='1001' in den KS-Daten.</p>

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

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>CMlba/B</i> <i>Casemix Index (CMI) brutto</i>	<p>Rohwert des mittleren Schweregrads der stationär behandelten A-Fälle, wird nur für den Aktivitätstyp A ermittelt.</p> <p>Die Zahl ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte ohne Gewichtung der Outlier geteilt durch die Anzahl Fälle A. In der Berechnung werden die Fälle mit einer Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen nicht berücksichtigt. Somit wird der Schweregrad nicht Outlier-korrigierter.</p> <p>Nur Fälle mit bekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp A gilt der Abrechnungstarif 1 oder 2. In der Publikation werden die Geburtshäuser durch AKTIVITAET='1001' gekennzeichnet und getrennt vom Aktivitätstyp A unter dem Aktivitätstyp B aufgeführt.</p> <p>Der CMI wird vom BFS durch Gruppierung der Fälle mit dem Grouper von SwissDRG AG nach der Tarifstruktur für stationäre akutsomatische Spitalleistungen SwisssDRG und auf der Grundlage der SpiGes-Daten ermittelt</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG ; MS.MAS_SWISSDRG_2024</p> <p>Für den Aktivitätstyp A: SUM(KOSTENGEWICHT)/ COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITA- ET='1001')</p> <p>Für den Aktivitätstyp B: SUM(KOSTENGEWICHT)/ COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITA- ET='1001')</p>
<i>CMIna/B</i> <i>Casemix Index (CMI) netto</i>	<p>Nettowert des mittleren Schweregrads der stationär behandelten Fälle wird nur für den Aktivitätstyp A ermittelt.</p> <p>Die Zahl ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte mit Gewichtung der Outlier geteilt durch die Anzahl Fälle A. In der Berechnung werden die Fälle mit einer Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen berücksichtigt. Somit wird der Schweregrad unter Berücksichtigung der Outlier korrigierter. Der CMI netto ermöglicht somit die Darstellung der Schweregrad-adjustierten Kosten der stationären Behandlungen.</p> <p>Nur Fälle mit bekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp A gilt der Abrechnungstarif 1 oder 2. In der Publikation werden die Geburtshäuser durch AKTIVITAET='1001' gekennzeichnet und getrennt vom Aktivitätstyp A unter dem Aktivitätstyp B aufgeführt.</p> <p>Der CMI wird vom BFS durch Gruppierung der Fälle mit dem Grouper von SwissDRG AG nach der Tarifstruktur für stationäre akutsomatische Spitalleistungen SwisssDRG und auf der Grundlage der SpiGes-Daten ermittelt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG</p> <p>Für den Aktivitätstyp A: SUM(ECW)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR NOT IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITA- ET='1001')</p> <p>Für den Aktivitätstyp B: SUM(ECW)/COUNT(FALL_ID_CH) IF TARIF in (1,2) and ABC_FALL='A' and BUR IN (SELECT BUR FROM KS.ALLG WHERE AKTIVITA- ET='1001')</p>
<i>DMI_P/R</i> <i>Day Mix Index (DMI)</i>	<p>Mittlerer Schweregrad der stationär behandelten Fälle, wird nur für die Aktivitätstypen P und R ermittelt.</p> <p>Die Zahl ergibt sich aus der Summe der effektiven Kostengewichte geteilt durch die Summe der Aufenthaltsdauer der Fälle A. Der DMI ermöglicht somit die Darstellung der Schweregrad-adjustierten Behandlungskosten.</p> <p>Nur Fälle mit bekanntem Abrechnungstarif werden berücksichtigt. Für den Aktivitätstyp R beträgt der Abrechnungstarif 3 oder 4.</p> <p>Der DMI wird vom BFS durch Gruppierung der Fälle mit dem Grouper von SwissDRG AG nach der stationären Tarifstruktur für die Rehabilitation ST-Reha oder für die Psychiatrie TARPSY und auf der Grundlage der SpiGes-Daten ermittelt.</p>	<p>Daten aus: SpiGes.ADMINISTRATIVES ; SpiGes.GROUPER_DRG</p> <p>Für den Aktivitätstyp P: SUM(ECW)/SUM(LOS) IF TARIF in (5,6) and ABC_FALL='A'</p> <p>Für den Aktivitätstyp R: SUM(ECW)/SUM(LOS) IF TARIF in (3,4) and ABC_FALL='A'</p>

Daten pro Aktivitätstyp A/P/R/B - Finanz- und Betriebsdaten in stationärem Bereich

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>KostStatA/P/R/B</i> <i>Gesamtkosten stationär</i>	<p>Gesamtkosten in stationärem Bereich</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die Gesamtkosten der stationären Leistungen für Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.), sowie für Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p>	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>davon KostKVGStatA/P/R/B</i> <i>Kosten OKP stationär, nur Grundversicherte nach KVG</i>	<p>Kosten in stationärem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil an den Gesamtkosten in stationärem Bereich. Sie umfasst die Kosten der stationären Leistungen zu Lasten der OKP für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind, für jeden berücksichtigten Aktivitätstyp.</p>	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>davon AnlKVGStatA/P/R/B</i> <i>Anlagenutzungskosten (VKL)</i>	<p>Anlagenutzungskosten gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL); ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil an den Kosten in stationärem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind. Sie umfasst die Kosten zu Lasten der OKP durch Anlagenutzung im Rahmen stationärer Leistungen für diese Patienten; ausgewiesen pro Aktivitätstyp, für jeden berücksichtigten Aktivitätstyp.</p>	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>davon KostZvOKPStatA/P/R/B</i> <i>Kosten OKP stationär, Zusatzversicherte</i>	<p>Kosten in stationärem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil an den Gesamtkosten in stationärem Bereich. Sie umfasst die Kosten der stationären Leistungen zu Lasten der OKP für Patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen, für jeden berücksichtigten Aktivitätstyp.</p>	<p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.</p> <p>Derzeit enthalten die Daten, die zur Berechnung dieser Kennzahl geliefert werden, die gesamten Kosten für Leistungen für Patienten mit Zusatzversicherung und nicht nur die Kosten für Leistungen, zulasten der OKP.</p>
<i>davon AnlZvOKPStatA/P/R/B</i> <i>Anlagenutzungskosten (VKL)</i>	<p>Anlagenutzungskosten gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL); ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil an den Kosten in stationärem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen. Sie umfasst die Kosten zu Lasten der OKP durch Anlagenutzung im Rahmen stationärer Leistungen für diese Patienten; ausgewiesen pro Aktivitätstyp, für jeden berücksichtigten Aktivitätstyp.</p>	<p>Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.</p> <p>Derzeit enthalten die Daten, die zur Berechnung dieser Kennzahl geliefert werden, die gesamten Kosten für Leistungen für Patienten mit Zusatzversicherung und nicht nur die Kosten für Leistungen, zulasten der OKP.</p>

Daten pro Aktivitätstyp A/P/R/B - Finanz- und Betriebsdaten in stationärem Bereich

Kennzahl	Definition und Beschreibung	Berechnung
<i>ErlStatA/P/R/B</i> Gesamterlös stationär	<p>Gesamterlös in stationärem Bereich; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl umfasst die Gesamterlöse aus Leistungen in stationärem Bereich für Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.), sowie für Selbstzahlenden und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz; für jeden berücksichtigten Aktivitätstyp.</p>	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>davon ErlKVGStatA/P/R/B</i> Erlös OKP stationär, nur Grundversicherte nach KVG	<p>Erlös in stationärem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil am Gesamterlös in stationärem Bereich. Sie umfasst die Erlöse aus stationären Leistungen zu Lasten der OKP für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; für jeden berücksichtigten Aktivitätstyp.</p> <p>Der Erlös umfasst hier den Anteil Versicherer und den Anteil Kanton.</p>	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden.
<i>davon ErlKVGStatVA/P/R/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus stationären Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die ausschliesslich nach KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden. Laut BFS kann der Anteil Versicherer anhand der Rechnungen ermittelt werden. Dies wird im Laufe des Jahres geschehen.
<i>davon ErlZvOKPStatA/P/R/B</i> Erlös OKP stationär, Zusatzversicherte	<p>Erlös in stationärem Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.</p> <p>Diese Kennzahl ist ein Anteil am Gesamterlös in stationärem Bereich. Sie umfasst die Erlöse aus stationären Leistungen zulasten der OKP für Patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen.</p> <p>Der Erlös umfasst hier den Anteil Versicherer und den Anteil Kanton.</p>	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden. Derzeit enthalten die Daten, die zur Berechnung dieser Kennzahl geliefert werden, die gesamten Erlöse für Leistungen für Patienten mit Zusatzversicherung und nicht nur die Erlöse für Leistungen, zulasten der OKP.
<i>davon ErlZvOKPStatVA/P/R/B</i> Anteil Versicherer (%)	Anteil der Versicherer am Erlös aus stationären Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für Patienten, die über eine Zusatzversicherung verfügen; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Diese Zahl wird auf der Grundlage von Fallkosten in SpiGes berechnet, die vom BFS auf Spitalebene (BUR-GESV) für das BAG aggregiert werden. Laut BFS kann der Anteil Versicherer anhand der Rechnungen ermittelt werden. Dies wird im Laufe des Jahres geschehen.