



Statistiken zur Krankenversicherung

# Kennzahlen der Schweizer Spitäler

2024

5/2026



## **Impressum**

### **© Herausgeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Tarife und Grundlagen

### **Kontakt**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Postfach

CH-3003 Bern

[KUV-DMS@bag.admin.ch](mailto:KUV-DMS@bag.admin.ch) / <https://www.bag.admin.ch>

### **Kontakt Presse und Medien**

+41 58 462 95 05

[Media@bag.admin.ch](mailto:Media@bag.admin.ch)

### **Publikationszeitpunkt**

05.2026

### **Sprach- und digitale Versionen**

Diese Publikation ist auf Französisch, Italienisch und Deutsch verfasst.

### **Abdruck**

Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe gestattet.

Statistiken zur Krankenversicherung

# Kennzahlen der Schweizer Spitäler

## 2024

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Tarife und Grundlagen  
Sektion Datenmanagement und Statistik

Publikation: 05.2026

## Abkürzungen

AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
BAG	Bundesamt für Gesundheit, Bern
BFS	Bundesamt für Statistik, Neuenburg
BGs	Berufe im Gesundheitssektor
CC	Gamma Camera (inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner)
CMI	Casemix Index
CT	Computertomograph
DMI	DMI Day Mix Index
FMH	Verbindung der Schweizer Ärzte
H+	Die Spitäler der Schweiz
IPS	Intensivpflegestation
KS	Krankenhausstatistik
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LB	Linearbeschleuniger (Radiotherapie)
LITO	Lithotriptor
MRI	Magnetresonanztomograph
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
MSt	Medizinstudenten
NF	Notfallaufnahme
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PET	Positronen-Emissions-Tomograph
VZÄ	Vollzeitäquivalent

## Verwendete Zeichen, wenn keine Zahlenangabe erfolgt

- ... Zahl unbekannt, weil (noch) nicht erhoben oder (noch) nicht berechnet
- \* entfällt, weil trivial oder Begriffe nicht anwendbar (Ausnahme für die Kosten aus universitärer Lehre und Forschung: Zahl unbekannt, weil [noch] nicht erhoben)
- wird bei gerundeten Zahlen verwendet und steht hier für den Wert absolut null

# Inhalt

<b>1</b>	Einleitung	1
<b>2</b>	Inhalt der Erhebungen und Bemerkungen zur Publikation	2 – 5
<b>3</b>	Der stationäre Bereich im Überblick	6 – 15
<b>4</b>	Beschreibung der Kennzahlen	16 – 40
<b>5</b>	Bemerkungen und Kommentare der Spitäler	41 – 43
<b>6</b>	Kennzahlen der Schweizer Spitäler	–
<b>7</b>	Index der Spitäler nach Kanton	–
<b>8</b>	Index der Spitäler nach Betriebstyp	–



# 1 Einleitung

In der zwanzigsten Ausgabe der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebenen «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» werden Informationen über 270 Betriebe veröffentlicht. Die Angaben basieren auf den vom Bundesamtes für Statistik (BFS) erhobenen Daten aus der Krankenhausstatistik (KS) und SpiGes für das Datenjahr 2024. Diese Angaben geben einen Überblick über Struktur, Patienten, Leistungen, Angebot, Personal und finanzielle Situation sowie den mittleren Schweregrad der Hospitalisierungen von Akutpatienten der Spitäler. 269 Betriebe hatten für das Jahr 2024 ihre KS-Daten via designierte kantonale Stellen an das BFS übermittelt, das heisst 255 Spitäler und 14 Geburtshäuser. Ein Geburtshaus hat keine KS-Daten übermittelt. Dieser Betrieb sowie zwei weitere haben auch keine SpiGes-Daten übermittelt.

Artikel 59a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) stellt in Verbindung mit Artikel 31 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) die gesetzliche Grundlage dieser Publikation dar.

## 2 Inhalt der Erhebungen und Bemerkungen zur Publikation

### Disclaimer für das Datenjahr 2024

Die vorliegende Ausgabe ist insofern besonders, als sie nicht wie üblich alle Kennzahlen enthält.

Die Einführung der SpiGes-Erhebung sowohl bei der Lieferung gewisser Daten als auch bei der konzeptionellen Definition einiger Kennzahlen zu Schwierigkeiten geführt hat. Während der Erarbeitung der Publikation wurde das BAG vom Bundesamt für Statistik (BFS) darüber informiert, dass nicht alle Betriebe die gesamten Daten mithilfe der neuen Teile des SpiGes-Fragebogens übermitteln konnten. Die Daten zu den Kosten und Erlösen auf Ebene Standort und Unternehmen wurden nicht von allen Spitälern geliefert und auch von denjenigen, die diese Daten liefern konnten, nicht immer vollständig. Nach der Berechnung der Kennzahlen und der Kontrolle der Ergebnisse stellte das BAG tatsächlich fest, dass bei vielen Betrieben die Kennzahlen 2024 im Vergleich zu den Kennzahlen 2023 nicht konsistent waren.

Die Qualität der für das Datenjahr 2024 erhaltenen Daten sowie die verschiedenen konzeptionellen Anpassungen im Zusammenhang mit den Erhebungen SpiGes und KS, die noch nicht rechtzeitig umgesetzt werden konnten, erlaubten es nicht, alle Kennzahlen der Schweizer Spitäler in befriedigender Weise zu ermitteln. Auch ein Vergleich mit den Kennzahlen des Vorjahres ist nicht aussagekräftig. Aus diesem Grund hat das BAG beschlossen, eine reduzierte Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2024» (reduzierte Publikation 2024) zu veröffentlichen, die sich auf eine Auswahl von Kennzahlen konzentriert, ausschliesslich im Excel-Format vorliegt und keinen Vergleich mit den Kennzahlen 2023 bietet. Die Liste der Kennzahlen, die in der vorliegenden reduzierten Publikation 2024 veröffentlicht wurden, ist im Kapitel «Beschreibung der dargestellten Kennzahlen» aufgeführt.

### Daten

Jedes Jahr führt das BFS die Krankenhausstatistik und die SpiGes-Erhebung durch. Diese Zahlen bilden die Grundlage für die Kennzahlen der Schweizer Spitäler. Die zur Berechnung der Kennzahlen der Schweizer Spitäler erforderlichen Daten werden dem BAG gemäss Artikel 59a KVG zur Verfügung gestellt. Daten, die dem BFS von Spitälern und Kliniken übermittelt werden und die die Spezifikationsanforderungen der Erhebung nicht erfüllen, werden vom BFS nicht importiert und somit auch nicht an das BAG zur Berechnung der Kennzahlen bereitgestellt. Es obliegt die Spitalbetriebe, sicherzustellen, dass die übermittelten Daten die erwarteten Spezifikationsanforderungen der Erhebung erfüllen

### Spitaltypologie zur Bildung von Vergleichsgruppen

Im Rahmen der Standardauswertungen der Spital- und Heimstatistiken wurde vom BFS eine Typologie der Betriebe entwickelt, die sich hauptsächlich am Tätigkeitsbereich (Anzahl Fachabteilungen) und an den geleisteten Pflegetagen je Fachabteilung orientiert. Die Tätigkeit der Fachabteilung in der Weiterbildung (sogenannte FMH-Weiterbildungskategorien) ist ein weiterer Aspekt, der zu berücksichtigen ist. Daraus ergibt sich eine Einteilung der Spitalbetriebe nach Spitaltyp, wobei zwischen «Allgemeinspitäler» (K1) und «Spezialkliniken» (K2) unterschieden wird. Spitäler der Kategorie «Allgemeinspitäler» werden weiter in «Betriebe der Zentrumsversorgung» (K11) und «Betriebe der Grundversorgung» (K12) unterteilt. Zur Zentrumsversorgung zählten die Universitätsspitäler (Versorgungsniveau 1, K111) sowie andere grosse Betriebe, in der Regel Kantonsspitäler (Versorgungsniveau 2, K112). Spitäler der Kategorie «Betriebe der Grundversorgung» werden zur Hauptsache entsprechend den Fallzahlen in drei Versorgungsstufen aufgegliedert (Versorgungsniveau 3 (K121), 4 (K122) und 5 (K123)).

Im Jahr 2024 werden fünf Universitätsspitäler (Versorgungsniveau 1, Zentrumsversorgung) und 38 andere grosse Betriebe (Versorgungsniveau 2) gezählt.

Zu den Spezialkliniken gehören psychiatrische Kliniken (K21), Rehabilitationskliniken (K22) sowie andere Spezialkliniken (K23). Letztere werden ihrer Spezialisierung gemäss aufgeteilt<sup>1</sup>. Die integrierten Geburtshäuser gehören zu den Spezialkliniken für Gynäkologie/Neonatologie.

Als Akutspitäler gelten sämtliche allgemeinen Krankenhäuser sowie die Spezialkliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie. Die Spitäler, die sich auf Psychiatrie, Rehabilitation, Geriatrie und Palliativbehandlungen sowie Suchtmittelbehandlung spezialisiert haben, zählen somit nicht zu den Akutspitälern.

Der Vorteil der Einteilung in Spitaltypen ist die Möglichkeit, gesamtschweizerische Vergleichsgruppen zu bilden (Tabelle 1). So werden der Median und die Verteilung der Kennzahlen (Kapitel «Tabellenteil») jeweils innerhalb der betreffenden Gruppe ermittelt. Zwischen Spitalbetrieben derselben Typologie können jedoch wesentliche Unterschiede in der Organisation, beim Versorgungsauftrag, beim Mix der Angebotsstrukturen und bei den betreuten Patienten bestehen, was den direkten Vergleich unter den betroffenen Häusern erschwert. Zudem werden im Zuge der Restrukturierung von Spitälern durch die

<sup>1</sup> Die detaillierten Kriterien für die Zuordnung der Betriebe zu den verschiedenen Kategorien sind im Konzept der Krankenhaustypologie des BFS beschrieben. BFS: [Krankenhaustypologie, Version 5.3, 2022](#)

Kantone statistische Einheiten gebildet (Spitalregionen und -gruppen), die teilweise mehrere Spitäler zusammenfassen. Die Unterschiede zwischen Spitalbetriebe derselben Gruppe sowie die Zusammenfassung in statistische Einheiten erschweren den Vergleich zwischen den Betrieben einer Gruppe. In diesen Fällen ist daher bei Vergleichen innerhalb der Gruppen nach Spitaltyp Vorsicht geboten. Bei Auflösungen und Umgruppierungen entstehen zudem Brüche in den Zeitreihen.

Im Jahr 2024 wurden 82,7 % aller stationären Fälle in den Allgemeinspitälern behandelt; in den Spezialkliniken der Psychiatrie waren es 4,3% und in den Rehabilitationskliniken 4,2 % aller Fälle.

### Rechtsform der Spitäler

Seit der Einführung der Fallpauschalenfinanzierung im Jahr 2012 zur Vergütung von stationären Leistungen in der somatischen Akutversorgung wird die rechtlich-wirtschaftliche Ausrichtung eines Unternehmens durch die im Unternehmens- und Betriebsregister (REE) eingetragene Rechtsform bestimmt. Die Rechtsformen sind «AG / GmbH», «Verein / Stiftung», «Einzelunternehmen / Gesellschaft» und «öffentliche Unternehmen». Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 für die Abgeltung der Leistungen im stationären akutsomatischen Bereich wird als Angabe zur rechtlich wirtschaftlichen Orientierung der Unternehmen die Rechtsform aus dem Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) verwendet. Die Rechtsformen werden in vier Gruppen zusammengefasst: «AG / GmbH», «Verein / Stiftung», «Einzelfirma / Gesellschaft» und «Öffentliches Unternehmen». Die Gruppe «AG / GmbH» mit Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), die Gruppe «Verein / Stiftung» mit Genossenschaft, Verein, Stiftung, die Gruppe «Einzelfirma / Gesellschaft» mit Einzelfirma oder einfache Gesellschaft und die Gruppe «Öffentliches Unternehmen» mit Verwaltung Bund / Kanton / Bezirk / Gemeinde oder anderer öffentlich-rechtlicher Körperschaft, öffentliche Unternehmen Bund / Kanton / Bezirk / Gemeinde oder anderer Körperschaft. 2024 waren 40 der 270 Spitäler öffentliche Unternehmen, in denen 39 % aller stationären Fälle behandelt wurden (Tabelle 1).

### Durchschnittliche Kostengewichte: Case Mix Index und Day Mix Index

Seit der Ausgabe zu den 2021 berechnet das BFS die durchschnittlichen Kostengewichte Case Mix Index brutto ( CMIb ) und Case Mix Index netto ( CMI<sub>n</sub>) für den stationären akutsomatischen Bereich sowie den Day Mix Index (DMI) für die stationäre Psychiatrie und die stationäre Rehabilitation basierend auf den in SpiGes erhobenen Informationen zum Abrechnungstarif (SpiGes-Variablenname: tarif). Diese Berechnungsmethode ermöglicht es, diese Kennzahlen pro Aktivitätstyp auszuweisen und sie unter «Leistungen und Behandlungen pro Aktivitätstyp A/P/R/B» darzustellen. In der Ausgabe zu den Daten 2022 wurden erstmals die Werte für die DMI in der stationären Psychiatrie und in der stationären 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 stationären Rehabilitation darin nicht angegeben. Bis zu den Daten für 2023 wurde der Abrechnungstarif aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS, Variable 4.8.V01) bezogen. Ab der Ausgabe zu den Daten 2024 ist der Abrechnungstarif im SpiGes-Erhebung (Variable *tarif*) vorhanden.

Die in der Publikation der Kennzahlen der Schweizer Spitäler dargestellten CMI und DMI werden vom BFS berechnet. Die Datengrundlage, die das BFS für die Gruppierung der Fälle verwendet, unterscheidet sich von derjenigen, die von der SwissDRG AG zur Bestimmung der Kostengewichte und zur Berechnung der CMI oder DMI für die Spitalabrechnung verwendet wird. Daher,

sind die in der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» dargestellten durchschnittlichen Kostengewichte ein Indikator für den durchschnittlichen Schweregrad der in einem Spital behandelten Fälle, und in diesem Sinne dient ihr Wert nicht für Tarifverhandlungen.

Ab der Ausgabe zu den Daten 2018 setzt das BFS den SwissDRG-Groupen. Die Falldaten 2024 wurden mit der Abrechnungsversion SwissDRG v13.0/2024 zur Berechnung der CMI gruppiert.

### Anmerkung

Für die Daten des Jahres 2024 stellt das BFS fest, dass bei einigen Spitalbetrieben nicht alle Fälle gruppiert werden können, da die Daten unvollständig sind. Daher weisen einige Spitäler eine geringere Anzahl gruppierter Fälle auf als die Anzahl der gelieferten Fälle. Für diese Fälle kann kein Gruppierungsergebnis generiert werden. Dies wirkt sich somit nachteilig auf die für den Betrieb berechneten durchschnittlichen Kostengewichte aus, da diese auf einer unvollständigen Grundlage ermittelt werden, bei der nur die Fälle berücksichtigt wurden, die gruppiert werden konnten.

## Vom BFS berechnete und dem BAG bereitgestellte Kennzahlen

Seit mehreren Jahren werden bestimmte Kennzahlen vom BFS direkt auf der Grundlage der vorliegenden Daten berechnet und dem BAG bereitgestellt. Im Sinne der Kontinuität gegenüber früheren Publikationen hat das BAG gewünscht, dass das BFS diese Kennzahlen weiterhin ermittelt und dem BAG zur Verfügung stellt. Derzeit handelt es sich um folgende Kennzahlen:

- Anzahl Patientenkontakte, ambulant *AmbPatKont*
- Anzahl Pflagetage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag) – *PflegetageT* und *PflegetageA/PIR/B*
- Anzahl Pflagetage (Langzeitbehandlung) – *PTageLangT*
- Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung) – *AustritteT* und *Austritte A/PIR/B*
- Austritte (Langzeitbehandlung) – *AustLangT*
- Anzahl gesunde Neugeborene – *NeugT*
- Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (% , stationäre Behandlung) – *pPatWAU*
- Anteil ausserkantonale Patienten (% , stationäre Behandlung) – *pPatWAK*
- Anteil Patienten privat oder halbprivat (% , stationäre Behandlung) – *pPatLKP*
- Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (% , stationäre Behandlung) – *pPatHOK*
- Casemix Index (CMI) brutto für Betriebe des Aktivitätstyps A und B – *CMlba/B*
- Casemix Index (CMI) netto für Betriebe des Aktivitätstyps A und B – *CMlna/B*
- Day Mix Index (DMI) für Betriebe des Aktivitätstyps P und R – *DMI\_P* und *DMI\_R*

Ab den Daten 2024 werden die Kosten und Erlöse aus den Spitalleistungen nicht mehr in der Krankenhausstatistik erhoben. Diese werden 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.

### Anmerkung

Die Pflagetage werden vom BFS auf der Grundlage der Aufenthaltsdauer LOS aus der Fallgruppierung (Output des SwissDRG-Grouper) berechnet. Kann die Fallgruppierung nicht durchgeführt werden, beispielsweise wenn die Daten Fehler enthalten, wird für die fehlerhaften Fälle kein Grouper-Output ermittelt. In diesem Fall ist die Aufenthaltsdauer LOS nicht verfügbar. Um jedoch die Berechnung der Pflagetage und der auf den

Pflagetagen basierenden Kennzahlen zu ermöglichen, nimmt das BFS eine Schätzung der Aufenthaltsdauer LOS vor, indem es die Differenz zwischen dem Austrittsdatum und dem Eintrittsdatum heranzieht. Bei dieser Schätzung werden Zwischenaustritte, Wiedereintritte und Urlaube nicht abgezogen. Diese Schätzung führt somit zu einer längeren Aufenthaltsdauer als die tatsächliche Aufenthaltsdauer, die sich aus der Gruppierung aller Fälle ergibt.

## Bemerkungen und Kommentare der Spitäler

Bei jeder Ausgabe der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» haben die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit, einen Kommentar zu ihren Kennzahlen abzugeben. Die Kommentare sollen die Besonderheiten der Kennzahlen erläutern. Möglicherweise ergeben in einzelnen Fällen Kennzahlen durch uneinheitliche Kodierungen oder Definitionen ein verzerrtes Bild. Die allfälligen erklärenden Bemerkungen zu diesen Ergebnissen werden in der Publikation veröffentlicht.

Unterschiede bei den Werten der Kennzahlen, die sich aus der Anwendung einer anderen Berechnungsmethode als derjenigen des BAG ergeben, sind nicht Gegenstand eines Kommentars. Ebenso erklären Meinungsäusserungen zu den Kennzahlen im Allgemeinen, zur Einführung von SpiGes, zu Prozessen oder Bemerkungen zu einzelnen Kennzahlen, die für mehrere Spitäler gelten, keine kennzahlen- und spitalspezifischen Besonderheiten. Solche Angaben entsprechen somit nicht dem Sinn und Zweck der Kommentare und werden in der Publikation generell nicht veröffentlicht.

Sofern die eingereichten Kommentare die festgelegten Kriterien erfüllen, werden sie unverändert übernommen – lediglich Tipp- und Rechtschreibfehler werden korrigiert – und im Kapitel «Bemerkungen» veröffentlicht.

## Neu in der vorliegenden Ausgabe

Die in dieser Ausgabe vorgenommenen Anpassungen an den Kennzahlen sind in Kapitel «Beschreibung der Kennzahlen».

Tabelle 1: Spitäler nach Typologie und Rechtsform im Jahr 2024<sup>2</sup>

Typologie		AG / GmbH	Verein / Stiftung	Einzelfirma / Gesellschaft	Öffentliches Unternehmen	Total
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital)	Betriebe	1	-	-	4	5
	Stationäre Fälle	49'394	-	-	193'791	243'185
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2)	Betriebe	21	5	-	12	38
	Stationäre Fälle	384'244	69'756	-	305'642	759'642
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3)	Betriebe	11	2	-	5	18
	Stationäre Fälle	86'414	14'670	-	34'262	135'346
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4)	Betriebe	16	4	-	2	22
	Stationäre Fälle	65'820	16'293	-	10'224	92'337
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5)	Betriebe	5	7	-	3	15
	Stationäre Fälle	8'072	3'759	-	2'032	13'863
Psychiatrische Klinik (Niveau 1)	Betriebe	9	-	-	7	16
	Stationäre Fälle	25'402	-	-	22'122	47'524
Psychiatrische Klinik (Niveau 2)	Betriebe	17	12	-	3	32
	Stationäre Fälle	10'019	3'574	-	3'345	16'938
Rehabilitationsklinik	Betriebe	35	12	-	2	49
	Stationäre Fälle	41'896	18'383	-	2'793	63'072
Spezialklinik: Chirurgie	Betriebe	35	2	-	-	37
	Stationäre Fälle	67'530	16'477	-	-	84'007
Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	Betriebe	12	3	-	-	15
	Stationäre Fälle	6'117	933	-	-	7'050
Spezialklinik: Pädiatrie	Betriebe	-	2	-	1	3
	Stationäre Fälle	-	13'933	-	6'256	20'189
Spezialklinik: Geriatrie	Betriebe	2	1	-	1	4
	Stationäre Fälle	3'988	2'739	-	5'854	12'581
Spezialklinik: Diverse	Betriebe	10	5	1	-	16
	Stationäre Fälle	6'411	2'041	-	-	8'452
Total	Betriebe	174	55	1	40	270
	Stationäre Fälle	755'307	162'558	-	586'321	1'504'186

<sup>2</sup> Stationäre Fälle: Anzahl Austritte während des Jahres basierend auf den SpiGes-Daten (Kennzahl AustritteT aggregiert nach Typologie und Rechtsform)

## 3 Der stationäre Bereich im Überblick

### Kosten des stationären Bereichs

Die Kosten des Gesundheitswesens stiegen von 91,8 Milliarden Franken im Jahr 2022 auf 94 Milliarden Franken im Jahr 2023, was einem Anstieg von 2,4 % entspricht. Die Versorgung durch die Krankenhäuser trug im Jahr 2023 mit einem Anteil von 36,3 % resp. mit 34,1 Milliarden Franken zu den Kosten im Gesundheitswesen bei<sup>3</sup>.

Mit 62 % des Betriebsaufwandes ist 2024 der Personalaufwand der grösste Aufwandsposten der Spitäler.

Im Jahr 2024 sind die von den Spitalern an das BFS übermittelte Daten zu Kosten und Erlöse für die Bereiche ambulant, stationär und der Langzeitpflege unzuverlässig. Aus diesem Grund können die Investitionskosten, die Erlöse aus medizinischen Leistungen und Pflege sowie die Erlöse der drei Bereiche hier nicht mit Sicherheit angegeben werden.

### Betriebe, Betten und Fälle

1997, ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes über die obligatorische Krankenversicherung, zählte die Krankenhausstatistik 406 Betriebe. Seitdem sinkt die Zahl der Betriebe stetig. Im Jahr 2024 gab es noch 255 Spitäler und 15 Geburtshäuser, das heisst 270 Betriebe (Tabelle 3). Im Vergleich zum Vorjahr stehen neun Betriebe nicht mehr auf der Liste der Betriebe, die Daten für die Krankenhausstatistik und SpiGes liefern (Schliessung, Fusion, Übernahme, Rechtsformänderung, Trennung in mehrere Fragebögen oder keine stationären Leistungen mehr) und vier sind neu dazugekommen. Die zwischen 2023 und 2024 beobachteten Mutationen sind in Tabelle 2 dargestellt. Allgemeinspitäler und Spezialkliniken zusammen betrachtet ist die Anzahl Betten im Vergleich zu 2018 um 0,7 % zurückgegangen (Tabelle 4). In den Schweizer Spitalern wurden im Jahr 2024 rund 1,5 Mio. Patienten stationär behandelt. Die Anzahl der stationären Fälle (Austritte gemäss SpiGes) nahm im Vergleich zum Vorjahr um 1,7 % zu (Tabelle 5).

### Personal

Die Angaben zum Personal beziehen sich auf das gesamte Personal, ohne Aufschlüsselung nach dessen Einsatzfeld im ambulanten Bereich, in Lehre und Forschung, in Unterricht oder Weiterbildung oder für sonstige öffentliche Aufgaben. Die Anzahl Beschäftigter in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) in den Schweizer Spitalern stieg zwischen 2023 und 2024 um 1,7 %.

Im 2024 erreicht sie 189'008 Personen (Tabelle 6). 39 % der VZÄ entfielen auf Pflegepersonal im Pflegebereich, 14 % auf Personal in anderen medizinischen Fachbereichen und 15 % auf Ärzte. Von letzteren waren 7 % in Weiterbildung.

<sup>3</sup> BFS, Swiss Stats Explorer – interaktive Tabellen: Kosten des Gesundheitswesens, 2022 und 2023

Tabelle 2: Mutationen 2023 – 2024

Betriebe	Mutationen 2023 – 2024
Spital Walenstadt	Standort beim Stiftung Kantonsspital Graubünden
Gruppo ospedaliero Moncucco Clinica Santa Chiara	Fusion mit Gruppo ospedaliero Moncucco / gleiches Unternehmen, 1 ITAR_K
ZURZACH Care Klinik für Schlafmedizin	kein stationäres Angebot mehr
Spital Thurgau AG Klinik St. Katharinental	Fusion mit Spital Thurgau AG / gleiches Unternehmen, 1 ITAR_K
Spital Thurgau AG Psychiatrische Klinik Münsterlingen	Fusion mit Spital Thurgau AG / gleiches Unternehmen, 1 ITAR_K
Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	Fusion mit Hôpital du Valais / gleiches Unternehmen, 1 ITAR_K
Zurzach Care Rehaklinik Kilchberg	Betrieb geschlossen
ZURZACH Care Rehaklinik Glarus	Betrieb geschlossen
Bürgenstock Hotels AG Waldhotel Health & Medical Excellence Rehaklinik	keine stationäre Aktivität mehr
ZURZACH Care Rehaklinik Baden-Dättwil	neuer Betrieb
Zurzach Care Rehaklinik Limmattal	Neueröffnung
SMN Ambulatory Services SA La Chaux-de-Fonds	Betriebsübertragung
Rehazentrum Chur	neuer Betrieb

Tabelle 3: Anzahl Krankenhäuser nach Rechtsform

	2021	2022	2023	2024
AG / GmbH	173	177	178	174
Verein / Stiftung	54	56	55	55
Einzelfirma / Gesellschaft	2	1	1	1
Öffentliches Unternehmen	47	44	41	40
Total	276	278	275	270

**Tabelle 4: Bettenzahlen (stationär, ohne gesunde Neugeborene)<sup>4</sup>**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Allgemeinspital	24'226	24'414	23'948	23'930	23'231	23'232	23'361
Spezialklinik	13'825	13'643	13'663	13'915	14'739	14'693	14'431
<b>Total</b>	<b>38'051</b>	<b>38'057</b>	<b>37'611</b>	<b>37'845</b>	<b>37'970</b>	<b>37'925</b>	<b>37'792</b>

4 [BFS, STAT-TAB – interaktive Tabellen: Kube «Angebot der Krankenhäuser nach Grossregion, Kanton und Betriebstyp», 2024](#)

**Tabelle 5: Fälle stationär<sup>5</sup>**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Allgemeinspital	1'204'632	1'213'698	1'143'267	1'199'526	1'204'248	1'219'626	1'244'373
Spezialklinik	238'994	233'415	227'983	240'447	260'968	259'335	259'813
<b>Total</b>	<b>1'443'626</b>	<b>1'447'113</b>	<b>1'371'250</b>	<b>1'439'973</b>	<b>1'465'216</b>	<b>1'478'961</b>	<b>1'504'186</b>

5 Ab den Daten für 2024 stellt das BFS keine Unterteilung nach Spitälern und Fachkliniken mehr bereit, da die Möglichkeit einer Reidentifizierung besteht. Die Daten wurden auf der Grundlage von SpiGes 2024 berechnet

**Tabelle 6 : Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten<sup>6</sup>**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Allgemeinspital	130'814	134'179	136'922	139'738	140'117	144'950	147'731
Spezialklinik	37'558	36'749	37'671	38'144	40'701	40'825	41'276
<b>Total</b>	<b>167'873</b>	<b>170'928</b>	<b>174'593</b>	<b>177'882</b>	<b>180'818</b>	<b>185'775</b>	<b>189'008</b>

6 [BFS, STAT-TAB – interaktive Tabellen: Kube «Personal der Krankenhäuser nach Funktion, Betriebstyp, Grossregion und Kanton des Betriebes, Geschlecht und Staatsangehörigkeit \(Auswahl\)», 2024](#)

Tabelle 7A: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben allgemein

	2023	2024
<b>Leistungen und Behandlungen</b>		
Anzahl Patientenkontakte, ambulant	-	24'945'657
Anzahl Pflgetage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)	-	-
Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung)	-	1'504'186
Anzahl gesunde Neugeborene	-	68'057
Anzahl Operationssäle	-	1'044
Anzahl Gebärsäle	-	357
Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (% , stationäre Behandlung)	-	3,3%
Anteil ausserkantonale Patienten (% , stationäre Behandlung)	-	19,4%
Anteil Patienten privat oder halbprivat (% , stationäre Behandlung)	-	20,3%
Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (% , stationäre Behandlung)	-	93,1%
<b>Langzeitbehandlungen</b>		
Anzahl Pflgetage (Langzeitbehandlung)	-	-
Austritte (Langzeitbehandlung)	-	-
Gesamtkosten der Langzeitbehandlungen, in 1000 Fr.	-	-
Gesamterlös der Langzeitbehandlungen, in 1000 Fr.	-	-
<b>Allgemeine Angaben - Medizinisch-technische Infrastruktur, Anzahl Untersuchungen pro Gerät</b>		
MRI, ambulant	-	2'988
MRI, stationär	-	425
CT, ambulant	-	3'488
CT, stationär	-	1'765
Angiografien, ambulant	-	403
Angiografien, stationär	-	438
Dialysen, ambulant	-	306
Dialysen, stationär	-	26
<b>Personal</b>		
Ärzte	-	28'945
- davon Ärzte in Weiterbildung	-	12'790
Pflegepersonal	-	74'554
Übriges medizinisches Personal	-	27'312
Gesamtes Personal	-	189'008
Belegärzte (Stunden)	-	2'242'637
Übriges Belegpersonal (Stunden)	-	243'520

Tabelle 7A: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben allgemein (Fortsetzung)

	2023	2024
<b>Finanz und Betriebsdaten, in Tausend Franken</b>		
Personalaufwand	-	22'983'791
Investitionsaufwand	-	2'952'527
Übriger Betriebsaufwand	-	10'864'220
Total Aufwand	-	36'945'573
Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege	-	31'152'771
Übriger Betriebsertrag	-	2'423'076
Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung	-	3'192'976
- davon Total Defizitdeckung (Reserven und priv. Rechsträger, öff. Hand)	-	316'654
Total Ertrag	-	36'598'675
Jahresergebnis	-	-346'899
Kosten Ausbildung	-	-
Kosten Weiterbildung	-	-
Kosten Forschung	-	-
<b>Kosten und Erlöse in ambulantem Bereich, in Tausend Franken</b>		
Gesamtkosten ambulant	-	-
- davon Kosten ambulant zu Lasten der OKP	-	-
Gesamterlös ambulant	-	-
- davon Erlös ambulant Bereich zu Lasten der OKP	-	-

Tabelle 7B: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben für den Aktivitätstyp A und B

	Akutbehandlung A		Geburtshaus B	
	2023	2024	2023	2024
<b>Leistungen und Behandlungen</b>				
Anzahl Pflgetage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)	-	-	-	-
Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung)	-	1'312'413	-	7'050
Betten (stationäre Behandlung)	-	22'090	-	22'090
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationäre Behandlung)	-	-	-	-
Belegungsgrad der Betten (% , stationäre Behandlung)	-	-	-	-
Casemix Index (CMI) brutto	-	1,10	-	1,10
Casemix Index (CMI) netto	-	1,13	-	1,13
<b>Finanz- und Betriebsdaten (stationär), in Tausend Franken</b>				
Gesamtkosten stationär	-	-	-	-
- davon Kosten OKP stationär, nur Grundversicherte nach KVG	-	-	-	-
- davon Anlagenutzungskosten (VKL)	-	-	-	-
- davon Kosten OKP stationär, Zusatzversicherte	-	-	-	-
- davon Anlagenutzungskosten (VKL)	-	-	-	-
Gesamterlös stationär	-	-	-	-
- Erlös OKP stationär, nur Grundversicherte nach KVG	-	-	-	-
- davon Anteil Versicherer (%)	-	-	-	-
- davon Erlös OKP stationär, Zusatzversicherte	-	-	-	-
- davon Anteil Versicherer (%)	-	-	-	-

Tabelle 7B: Kennzahlen Übersicht ganze Schweiz – Angaben für den Aktivitätstyp P und R

	Psychiatrie P		Rehabilitation P	
	2023	2024	2023	2024
<b>Leistungen und Behandlungen</b>				
Anzahl Pflage tage (stationäre Behandlung, ohne Austrittstag)	-	-	-	-
Austritte während des Jahres (stationäre Behandlung)	-	86449	-	98273
Betten (stationäre Behandlung)	-	8809	-	6892
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationäre Behandlung)	-	-	-	-
Belegungsgrad der Betten (% , stationäre Behandlung)	-	-	-	-
Day Mix Index (DMI)	-	1,04	-	0,99
<b>Finanz- und Betriebsdaten (stationär), in Tausend Franken</b>				
Gesamtkosten stationär	-	-	-	-
- davon Kosten OKP stationär, nur Grundversicherte nach KVG	-	-	-	-
- davon Anlagenutzungskosten (VKL)	-	-	-	-
- davon Kosten OKP stationär, Zusatzversicherte	-	-	-	-
- davon Anlagenutzungskosten (VKL)	-	-	-	-
Gesamterlös stationär	-	-	-	-
- Erlös OKP stationär, nur Grundversicherte nach KVG	-	-	-	-
- davon Anteil Versicherer (%)	-	-	-	-
- davon Erlös OKP stationär, Zusatzversicherte	-	-	-	-
- davon Anteil Versicherer (%)	-	-	-	-

## Patientenklassifikationssystem

Patientenklassifikationssysteme (DRGs) wurden schon Mitte der 1970-er Jahre in den USA<sup>7</sup>. In der Schweiz ist die erste wichtige Arbeit in diesem Bereich 1990 publiziert worden<sup>8</sup>. EAuf Initiative des ISPM in Lausanne und des ISE Suisse (Institut de la santé et de l'économie) wurden in den Jahren ab 1998 die Vorarbeiten zur Adaptation des amerikanischen AP-DRG Systems für die Schweiz geleistet. Dazu gehören die Erhebung der Kosten, die Adaptation des Mechanismus zur Bildung der Patientengruppen an Schweizer Verhältnisse und die Aufstellung von Regeln und Definitionen für die Rechnungstellung nach DRG. Ab dem Jahr 2002 entschlossen sich die Kantone Waadt, Wallis und Zürich als erste, die AP-DRG als Hilfsmittel bei der Abgeltung der Spitalleistungen und für die Berechnung der Subventionen und Globalbudgets einzusetzen.

In der Schweiz wird die Vergütung der stationären Spitalleistungen durch drei Tarifstrukturen geregelt. Das SwissDRG-Fallpauschalensystem (Swiss Diagnosis Related Groups »)<sup>9</sup> für die Abgeltung der Leistungen im stationären akutsomatischen Bereich wurde schweizweit am 1. Januar 2012 eingeführt. Es stützt sich auf das in Deutschland verwendete Patientenklassifikationssystem G-DRG und regelt einheitlich die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen gemäss der letzten Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Das SwissDRG-System wurde zunächst für die stationären Aktivitäten der akutsomatischen Spitäler und Abteilungen eingeführt und später auf die stationären Leistungen der Psychiatrie und Rehabilitation ausgeweitet. Die am 1. Januar 2018 eingeführte Tarifstruktur TARPSY deckt alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die tarifarische Anwendung ab 1. Januar 2019 verbindlich. Die Tarifstruktur für die stationären Leistungen in der Rehabilitation ST Reha ist seit dem 1. Januar 2022 in Kraft.

Im SwissDRG-System wird jeder behandelte Fall mittels eines Algorithmus aufgrund der Diagnosen und Behandlungen einer spezifischen Gruppe (Diagnosis Related Groups, DRG) zugeordnet. Als zusätzliche Merkmale werden Alter, Geschlecht und Aufenthaltsmerkmale berücksichtigt. Dabei werden Fallgruppen gebildet, deren Spitalaufenthalte aus medizinischer Sicht und auch hinsichtlich der verursachten Kosten vergleichbar sind. Die Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha funktionieren

nach denselben Prinzipien. Im Bereich der Psychiatrie werden die Fallgruppen als Psychiatric Cost Groups (PCG) bezeichnet, und im Bereich der Rehabilitation nennt man sie Rehabilitation Cost Groups (RCG). Im Gegensatz zum SwissDRG-System wird bei TARPSY und ST Reha die Aufenthaltsdauer des Patienten berücksichtigt.

Die Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY oder ST Reha sind für stationäre Spitalleistungen vorgesehen. Als solche schliessen sie die Vergütung von Pflegeleistungen aus, die in Pflegeheimen oder durch einen Spitex-Dienst erbracht werden sowie von Leistungen für Patienten, die am Ende eines Aufenthalts im Spital auf eine Pflegeheimplatzierung oder auf die Spitexbetreuung zu Hause warten.

## Berechnung des Case Mix Index (CMI) und Day Mix Index (DMI)

Der mittlere Schweregrad der Behandlungsfälle eines Spitals wird anhand eines Indexes gemessen, der eine wichtige synthetische Messgrösse bei der Darstellung der Fallbehandlungskosten<sup>10</sup>. Im SwissDRG-System spricht man vom Der Case Mix Index (CMI) während es sich bei den Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha um den Day Mix Index (DMI) handelt.

Im SwissDRG-System werden den einzelnen Fallgruppen entsprechend der Schwere ihrer Behandlungsfälle abgestufte Kostengewichte (cost-weight) zugewiesen. Der Case Mix (CM) beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte (cost-weight) der Behandlungsfälle eines Spitals. Der Case Mix einer Gruppe von n Fällen im Spital wird wie folgt berechnet:

CM = Summe der Kostengewichte (cost-weight) der Fälle

$$CM = \sum_i^n CW_i$$

mit

i = Fall i; n: Gesamtzahl Fälle im Spital

CM = gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle

7 Thompson J D, Fetter R B, Moss C D. Case mix and resource use. Inquiry, 1975; 12: 300-12

8 Paccaud F, Schenker L, eds. D.R.G. Diagnosis Related Groups: Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten. Berne, Stuttgart, Toronto: éditions Hans Huber; Aarau: SKI, Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen, 1990

9 [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)

10 Le degré de gravité par type d'hôpital est indiqué dans la publication Actualités OFS: Hospitalisation: principaux résultats. Résultats de la statistique médicale des hôpitaux 2005, 532-0706, mars 2007, Neuchâtel

CW: Kostengewichte (cost-weight); n: Gesamtzahl Fälle im Spital  
 Der Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals wird durch Division des Case-Mix durch die Anzahl der Fälle berechnet:

$$CMI = \frac{CM}{\text{Anzahl Fälle}}$$

$$CMI = \frac{\text{Summe der Kostengewichte der Fälle}}{\text{Anzahl Fälle}}$$

Der Case Mix Index einer Gruppe von n Fällen im Spital wird wie folgt berechnet:

$$CMI = \frac{\sum_i^n CW_i}{n}$$

mit  
 i = Fall i; n: Gesamtzahl Fälle im Spital  
 CMI=Durchschnittlicher Schweregrad eines Spitals; CW: Kostengewichte (cost-weight)

In den Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha werden den einzelnen Fallgruppen entsprechend der Aufenthaltsdauer mehrere abgestufte Tageskostengewichte (cost-weight pro Tag) zugewiesen. Tageskostengewichte (Day Mix DM) sind empirisch ermittelte, relative Gewichte, die den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer gegebenen Gruppe von Patienten pro Tag beschreiben. Sie werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Fallkostendaten der Spitäler berechnet. Das Kostengewicht DM für einen Fall ergibt sich aus der Multiplikation des Tageskostengewichte mit der Aufenthaltsdauer:

DM = Tageskostengewichte \* Aufenthaltsdauer

DM = Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten Behandlungsfälle

Der Day Mix einer Gruppe von n Fällen im Spital wird wie folgt berechnet:

$$DM = \sum_i^n CWT_i * l$$

mit  
 i = Fall i; n: Gesamtzahl Fälle im Spital  
 DM= Durchschnittliches Kostengewicht; CWT: cost-weight journalier; D: Aufenthaltsdauer

Der Day Mix Index entspricht dem durchschnittlichen Kostengewicht pro Tag und kann einen Anhaltspunkt zum durchschnittlichen Schweregrad der Fälle in einem gegebenen Spital geben. Er wird berechnet, indem die Summe der effektiven Kostengewichte aller abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals (DM) durch die Summe der Verweildauer dieser Fälle dividiert wird

$$DMI = \frac{\text{Durchschnittliches Kostengewicht (DM)}}{\text{Summe der Aufenthaltsdauer}}$$

$$DMI = \frac{\text{Summe der effektiven Kostengewichte aller Fälle}}{\text{Summe der Aufenthaltsdauer}}$$

$$DMI = \frac{\text{Summe der Kostengewichte der Fälle}}{\text{Summe der Aufenthaltsdauer}}$$

Der Day Mix Index einer Gruppe von n Fällen im Spital wird wie folgt berechnet:

$$DMI = \frac{\sum_i^n CWT_i * D_i}{\sum_i^n D_i}$$

mit  
 i = Fall i; ; n: Gesamtzahl Fälle im Spital  
 CWT: Tageskostengewichte (cost-weight pro Tag); D: Aufenthaltsdauer.

### **Auf den Schweregrad der Fälle bereinigte Behandlungskosten**

Bei gewissen stationären Fällen liegt die Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen und ist deutlich kürzer oder deutlich länger als die für die jeweilige Behandlung vorgesehene Dauer. Diese Aufenthalte werden als Outliers (Ausreisser) bezeichnet. Bei der Berechnung des CMI kann die Unterscheidung zwischen Fällen innerhalb der erwarteten Aufenthaltsdauer (Normalfälle) und Ausreissern beachtet werden oder auch nicht. Bei der Berechnung des CMI netto<sup>11</sup> werden die unteren und oberen Ausreisser gesondert berücksichtigt: Den Fällen wird ein auf der tatsächlichen Aufenthaltsdauer basierender Gewichtungskoeffizient zugewiesen, und jedem Fall wird entsprechend der effektiven Aufenthaltsdauer ein gewichtetes Kostengewicht ermittelt. Der CMI netto ermöglicht somit die Darstellung der Schweregrad-adjustierten Kosten der stationären Behandlungen. Im Gegensatz dazu unterscheidet der CMI brutto nicht zwischen Normalfälle und outliers. Er entspricht daher dem durchschnittlichen Kostengewicht der im Spital behandelten Fälle ohne Gewichtung solcher Ausreisser.

<sup>11</sup> Weitergehende Beschreibungen des CMI brutto sowie des CMI netto sind in folgender BFS-Publikation zu finden: BFS: Der Case Mix Index – ein Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der Krankenhausfälle, StatSanté 3/2004

## 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 Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag)	PflegetageT Anzahl Pflgetage (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 Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag)	PflegetageA/P/R/B Anzahl Pflgetage (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 Pflgetage

Zur Berechnung der Pflgetage 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 Pflgetage 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 Spitäler<sup>12</sup> 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.

<sup>12</sup> 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 <sup>13,14</sup>
<b>KT</b> 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 <sup>13,14</sup>
<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 Lithotriptor (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><math>SUM(\min(365, LOS))</math> 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> <p><math>(\text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH}) \text{ when } (\text{WOHNLAND} \neq \text{"CHE"}) / \text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH})) * 100</math></p>
<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> <p><math>(\text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH}) \text{ when } \text{WOHNKANTON} \neq \text{KANTON}) / \text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH}) * 100</math></p>
<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> <p><math>(\text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH}) \text{ when } (\text{LIEGEKLASSE in ('2','3')}) / \text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH})) * 100</math></p>

## 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><math>(\text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH}) \text{ when GRUNDVERSICHERUNG} = "1" / \text{COUNT}(\text{FALL\_ID\_CH})) * 100</math></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><math>\text{SUM}(\text{min}(365, \text{LOS})) \text{ IF TARIF in } (7) \text{ and ABC\_FALL in } ('A', 'C')</math></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</i> <i>Ärzte in Weiterbildung</i>	<p>Anzahl der Ärzte in Weiterbildung, die Patienten in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen betreuen, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten.</p> <p>Ärzte in Weiterbildung: von Assistenzärztin/Assistenzarzt bis Chefärztin/Chefarzt</p> <p>Einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) entspricht ein 100 % besetzter Arbeitsplatz.</p> <p><math>VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}</math> (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</i> <i>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><math>VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}</math> (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><math>VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}</math> (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><math>VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100 \% Stelle}</math> (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.

# 5 Bemerkungen

## Bemerkungen und Kommentare der Spitäler

Bei jeder Ausgabe der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» haben die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit, einen Kommentar zu ihren Kennzahlen abzugeben. Die Kommentare sollen die Besonderheiten der Kennzahlen erläutern. Möglicherweise ergeben in einzelnen Fällen Kennzahlen durch uneinheitliche Kodierungen oder Definitionen ein verzerrtes Bild. Die allfälligen erklärenden Bemerkungen zu diesen Ergebnissen werden in der Publikation veröffentlicht. Unterschiede bei den Werten der Kennzahlen, die sich aus der Anwendung einer anderen Berechnungsmethode als derjenigen des BAG ergeben, sind nicht Gegenstand eines Kommentars. Ebenso erklären Meinungsäusserungen zu den Kennzahlen im Allgemeinen, zur Einführung von SpiGes, zu Prozessen oder Bemerkungen zu einzelnen Kennzahlen, die für mehrere Spitäler gelten, keine kennzahlen- und spitalspezifischen Besonderheiten. Solche Angaben entsprechen somit nicht dem Sinn und Zweck der Kommentare und werden in der Publikation generell nicht veröffentlicht.

Sofern die eingereichten Kommentare die festgelegten Kriterien erfüllen, werden sie unverändert übernommen – lediglich Tipp- und Rechtschreibfehler werden korrigiert – und in diesem Kapitel.

#### Berner Klinik Montana (Stiftung) c/o Gebert Rechtsanwälte AG

Die Kennzahlen vom Personal in Vollzeitäquivalenten weichen von unseren tatsächlichen Kennzahlen ab. Wir können jedoch nicht genau sagen, woher die Abweichung stammt. Wir werden die Exportdatei für die Lieferung nächsten Jahres überprüfen.

#### Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung

Personal in Vollzeitäquivalenten betrifft Akutspital und Arztpraxis mit Notfall. Finanz- und Betriebsdaten betreffen den Gesamtbetrieb mit Spital, Pflegeheim, Spitex, Arztpraxis, Rettungsdienst und sind daher nicht vergleichbar mit anderen Spitälern.

#### CNP Centre Neuchâtelois de psychiatrie

Le nombre de médecins en formation durant l'année 2024 se monte à 69,02 EPT et non 48 comme indiqué dans les chiffres clés, du fait d'une erreur d'encodage du côté de l'établissement. Dans la statistique 2024, les médecins chef de clinique adjoint n'ont pas été enregistrés comme médecins assistants (en formation), mais comme médecin chef de clinique, ce qui fausse le calcul du nombre de médecins en formation.

#### Geburtshaus Winterthur AG

Das Geburtshaus Winterthur AG hat im 3. Trimester 2023 den Betrieb gestartet. 2024 war das erste volle Betriebsjahr und ist daher mit 2023 nicht vergleichbar.

#### Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais

Hôpital bi-cantonal (Vaud/Valais), les hors-cantons contiennent les valaisans.

Les données manquantes en 2024 seront rectifiées dès 2025 (soumission SPIGES).

#### Klinik Im Hasel AG

Die SpiGes-Daten für 2024 konnten wir nicht ganzheitlich liefern. Das Wohnland fehlte in der Lieferung. Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland (stationär) 2024 betrug somit 0 %.

#### Klinik Lengg AG

Die Kennzahl Bettenbetriebstage wurde in der KS 2024 falsch geliefert (es wurden fälschlicherweise die Belegungstage geliefert). Die korrekten Bettenbetriebstage im 2024 wären folgende gewesen:

EPI / AKU	10'980
REHA	23'424

#### Klinik Pyramide am See AG

Der Anteil der stationären Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland wurde fehlerhaft an das BFS übermittelt. Für das Datenjahr 2024 beträgt er rund 9 %.

#### Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG

1- Nombre de nouveau-nés saints (traitement hospitalier): n'inclut pas les 63 nouveau-nés classés dans la catégorie « autres soins aigus » ; le nombre de nouveau-nés est donc de 3282.

2- Personnel en équivalents plein temps: légèrement surestimé en raison d'arrondis de calcul sur le personnel à taux d'activité variable.

#### Psychiatrische Dienste Graubünden

##### **Personal, in Vollzeitäquivalenten**

Die Werte beinhalten auch VZÄ von Personal des Ambulatoriums für opiatgestützte Behandlung; Personal der Spitex; administrativem Personal der IV-Wohnheime, IV-Werkstätten, Sonderschule und Personal für Investitions-Projekte.

#### Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG

Ab 1.1.2024 erfolgt die Abrechnung sämtlicher paraplegologischer Behandlungen unter SwissDRG. Dies ist dem Versorgungsbereich Akutsomatik zugeordnet.

#### Solothurner Spitäler AG

Die Daten wurden mit dem BFS besprochen. Es konnten nicht alle Fälle gruppiert werden, dadurch wird der CMI und DMI falsch errechnet. Weiter sind dadurch die Gesamtkosten und die Gesamterlöse unvollständig.

### Stiftung für ganzheitliche Medizin

Den Leistungsauftrag Rehabilitation hatten wir bis 30.6.24. Somit beziehen sich die Daten Rehabilitation nur auf 6 Monate.

### SMN - Clinica Ars Medica

Nous avons constaté une erreur de saisie dans les données : le nombre d'examens ambulatoires et hospitaliers ont été intervertis. Les chiffres corrects sont :

- RMI ambulatoire 7 555
- RMI Stazionario 36
- CT ambulatoire 2'201
- CT stazionario 26

### SMN - Clinique Générale - Ste-Anne SA et Clinique de Valère

Des écarts sont constatés dans les équivalents plein temps (EPT) du personnel, liés à un nombre d'heures annuelles renseigné de manière inexacte dans les statistiques OFS 2024, ce qui explique la différence avec les données réelles.

De légères différences sont constatées entre les données issues de SpiGes et celles d'ITAR\_K. Celles-ci s'expliquent par des divergences de méthodologie et de source de données, notamment pour l'ambulatoire et les CUI. Elles restent toutefois non significatives et sans impact sur l'interprétation globale des chiffres.

Ces écarts ne devraient par ailleurs plus se produire dès 2025, les données ITAR\_K étant désormais générées directement dans SpiGes.

## 6 Tabellenteil

### Kennzahlen der Schweizer Spitäler

Für das Datenjahr 2024 werden die Kennzahlen der Schweizer Spitäler nicht im Kapitel «Tabellenteil» sondern nur auf Excel Format auf der Internet-Seite des BAG veröffentlicht.