

## 4 Beschreibung der dargestellten Kennzahlen

Im Tabellenteil sind ausgewählte Kennzahlen der Schweizer Spitäler dargestellt. Die einzelnen Betriebe sind in folgender Reihenfolge geordnet aufgeführt: Alphabetisch nach Kanton, nach Spitaltyp und absteigend nach der Anzahl Pflgetage, die im Jahr 2015 erbracht wurden. Bei den allgemeinen Angaben Betrieb sind neben Name und Adresse des Betriebs sowie dem Kanton, unter dessen Verwaltungshoheit er steht, auch der Spitaltyp, der Aktivitätstyp sowie Hinweise zur Ausstattung der Institution und zum Weiterbildungsauftrag aufgeführt.

Die Kennzahlen werden für jeweils zwei Jahre dargestellt. In der vorliegenden Ausgabe wurden die Angaben für 2014 und 2015 berücksichtigt. Bei Betrieben mit Mutationen wie Umstrukturierung oder Fusion sind die Abweichungen in den Zeitreihen mit Vorsicht zu bewerten. In Tabelle 2 sind die Mutationen angegeben. Die Spalte «Differenz %» zeigt den prozentualen Unterschied der jeweiligen Kennzahl zwischen den beiden Jahren.

### Einige Kennzahlen werden ab den Daten 2014 auf neue Art ermittelt und/oder neu ausgewiesen:

- Die Anzahl Pflgetage, Austritte während des Jahres und die Anzahl gesunder Neugeborener werden ab den Daten 2014 für alle Spitäler einheitlich basierend auf den Angaben in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser berechnet. Dabei werden bei den Austritten und Pflgetagen im Gegensatz zu den früher verwendeten Variablen «KS X1.01.01» und «KS X1.01.02» auch die gesunden Neugeborenen mitberücksichtigt. Handelt es sich nicht um Geburtshäuser werden bei der Differenzierung nach Aktivitätstyp Fälle mit Hauptkostenstelle M000, M050, M100, M200, M300, M400, M600, M700, M800, M850 oder M990 der Akutbehandlung, M500 der Psychiatrie sowie M900 oder M950 der Rehabilitation / Geriatrie zugerechnet.
- Als Pflgetag gelten der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag; vollständige Urlaubstage zählen nicht zur Aufenthaltsdauer. Bei Zwischenaustritten werden die Tage bis zum Wiedereintritt ebenfalls nicht der Aufenthaltsdauer zugerechnet.
- Die Definition der gesunden Neugeborenen wird nun derjenigen von SwissDRG angeglichen; sie schliesst somit alle Fälle mit den SwissDRG Codes P66D und P67D ein.
- Vom Belegpersonal wird neu die Summe der geleisteten Stunden nach Belegärzten und übrigen Belegpersonal ausgewiesen.

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

Die Box-Plot Darstellung gibt die Zahlen aus dem Jahr 2015 wieder. In der Vergleichsgruppe wurden jeweils die Schweizer Spitäler des gleichen Spitaltyps zusammengefasst.

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

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

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

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

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

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

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

Die Auswertungen in den Spalten «Median» und «Verteilung» beziehen sich nur auf das Jahr 2015. Beim Median besteht die Vergleichsgruppe aus den Schweizer Spitälern des gleichen Spitaltyps. So kann der Wert eines Betriebs mit den Angaben einer vergleichbaren Gruppe in Bezug gebracht werden. Der Box-Plot in der Spalte «Verteilung» gibt diesen Bezug zur Vergleichsgruppe anschaulich wieder; die Grafik ist in Abbildung 1 näher erläutert.

Nachfolgend werden die einzelnen Kennzahlen detailliert beschrieben. Dabei wird Bezug genommen auf die Erhebungen der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. «KS A.06.01.05» bedeutet beispielsweise die Variable Nummer A.06.01.05 des Fragebogens der revidierten Krankenhausstatistik (KS) und «MS 0.1.V04» die Variable Nummer 0.1.V04 des Fra-

gebogens der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS). Die Angabe «BFS» bedeutet, dass dieses Merkmal nicht direkt aus einem Fragebogen stammt, sondern vom BFS ermittelt wird. Tabelle 7 stellt die Kennzahlen im Überblick für die Gesamtheit der Schweizer Spitäler dar.

### Allgemeine Angaben Betrieb

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel <sup>10</sup>
<i>KT</i> <b>Kanton</b>	Kanton unter dessen administrativer Zugehörigkeit sich das Spital befindet.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> <b>Betrieb und Adresse</b>	Name und Adresse des Betriebs.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> <b>Spitaltyp, gemäss BFS Spitaltypologie</b>	Spitaltyp gemäss BFS Spitaltypologie. Unterschieden werden Universitätsspitäler, Zentrumsversorger (Kantonsspitäler), Grundversorger und Spezialkliniken (Psychiatrie, Rehabilitation, Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie, Geriatrie, Pädiatrie und diverse). <sup>11</sup>	KS A.02.08 / BFS
<i>RForm</i> <b>Rechtsform</b>	Einteilung entsprechend der Nomenklatur der Rechtsformen des BFS. Die Rechtsformen werden in vier Gruppen zusammengefasst: «AG / GmbH» mit Aktiengesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), «Verein / Stiftung» mit Genossenschaft, Verein, Stiftung, «Einzelfirma / Gesellschaft» mit Einzelfirma, Einfache Gesellschaft sowie «Öffentliches Unternehmen» mit Verwaltung Bund / Kanton / Bezirk / Gemeinde, Öffentlich-rechtliche Körperschaft Verwaltung, Öffentliche Unternehmen Bund / Kanton / Bezirk / Gemeinde oder einer Körperschaft	«Einzelfirma / Gesellschaft»: KS A.03 = 1, 2 «AG / GmbH»: KS A.03 = 3 bis 7 «Verein / Stiftung»: KS A.03 = 8 bis 10 «Öffentliches Unternehmen»: KS A.03 = 20 bis 34
<i>Akt</i> <b>Aktivitätstyp</b>	Zuteilung zu Aktivitätstypen gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen. Spitäler können die Aktivitätstypen «Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P) und «Rehabilitation / Geriatrie» (R) aufweisen, von klinischen Institutionen unabhängige Geburtshäuser (B) werden in einem eigenen Aktivitätstyp erfasst.	«A»: KSA.01.01 = 1 «P»: KSA.01.02 = 1 «R»: KSA.01.03 = 1 «B»: KSA.01.04 = 1
<i>SL</i> <b>Spezifische Leistungen</b>	Information, ob das Spital eine anerkannte Notfallaufnahme (NF) oder eine Intensivpflegestation (IPS) unterhält.	«NF»: KSA.06.01.01 = 1 «IPS»: KSA.06.01.05 = 1
<i>WB</i> <b>Aus- und Weiterbildung</b>	Information, ob das Spital Aus- bzw. Weiterbildungsplatz für Medizinstudenten (MSt), Ärzte (Arzt) oder weitere Berufe im Gesundheitssektor (BGs) ist.	«MSt»: KSA.06.01.08 = 1 «Arzt»: KSA.06.01.09 = 1 «BGs»: KSA.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> <b>Anzahl Standorte</b>	Anzahl der geografischen Niederlassungen, an welchen ein Mehrstandort-Spitalzentrum als rechtliche Einheit mit zentraler Leitung seine Aktivitäten organisiert.	KSA.11.00
<i>SA</i> <b>Spezialausrüstung</b>	Angabe, ob sich im Spital spezielle Geräte und Infrastruktureinrichtungen befinden. Zu den genannten Geräten gehören: Magnetresonanztomograph (MRI), Computertomograph (CT), Positronen-Emissions-Tomograph (PET), Gamma Camera inkl. Szintigraphie und SPECT-Scanner (CC), Linearbeschleuniger (LB) und Lithotripter (LITO).	«MRI»: KSA.13.01 «CT»: KSA.13.02 «PET»: KSA.13.03 «CC»: KSA.13.04 «LB»: KSA.13.05 «LITO»: KSA.13.06

<sup>10</sup> BFS: Krankenhausstatistik Detailkonzept Version 1.1, 2011

<sup>11</sup> BFS: Krankenhaustypologie 2006

## Allgemeine Angaben Leistungen und Behandlungen

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>PtageStatMST</i> <b>Anzahl Pflgetage</b> (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflgetage aller administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden (Typ A Fälle) oder vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht geschlossen wurden (Typ C Fälle), ohne Berücksichtigung des Austrittstages und ganzer Urlaubstage, auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres) OR «C» (Eintritt vor dem 1.1. und Austritt nach dem 31.12.): Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle (ohne Austrittstag, ohne ganze Urlaubstage, auf maximal 365 Tage begrenzt)
<i>AustStatMST</i> <b>Austritte während des Jahres</b> (stationär)	Gesamtzahl der administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember bei allen Aktivitätstypen beendet wurden.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): Anzahl Fälle insgesamt
<i>NeugStatMST</i> <b>Anzahl gesunde Neugeborene</b> (stationäre Behandlung)	Entspricht der Gesamtzahl der Austritte gesunder Neugeborener zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember, gemäss Definition SwissDRG.	Aus MS mit SwissDRG Code = «P66D» OR «P67D»: Anzahl Fälle insgesamt
<i>Ops</i> <b>Anzahl Operationssäle</b>	Anzahl Operationssäle, die im Spital in Betrieb sind.	KS A.13.09
<i>GebS</i> <b>Anzahl Gebärsäle</b>	Anzahl Gebärsäle, die in Betrieb sind.	KS A.13.11
<i>CMlB</i> <b>Casemix Index (CMI) brutto</b>	Roher mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle, ohne Kompensation der Outlier, welche eine Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Grenzen haben. Die Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik (MS) und erfolgt durch das BFS.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): $\Sigma$ (Kostengewichte) / Fallzahl
<i>CMIn</i> <b>Casemix Index (CMI) netto</b>	Outlier-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle. Bei Spitalaufenthalten mit einer Aufenthaltsdauer ausserhalb der erwarteten Limiten werden die Kostengewichte entsprechend gewichtet. Die Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik und erfolgt durch das BFS.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär) AND MS 0.2.V02 = «A» (Austritt innerhalb des Jahres): $\Sigma$ (outlier-korrigierte Kostengewichte) / Fallzahl
<i>pPatWAU</i> <b>Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland</b> (%, stationär)	Der Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Anzahl der Fälle, die stationär behandelt wurden und im Ausland wohnen, dividiert durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.1.V04 Wohnregion Ausland / Anzahl Fälle insgesamt * 100
<i>pPatWAK</i> <b>Anteil ausserkantonale Patienten</b> (%, stationär)	Prozentualer Anteil der aus einem anderen Kanton stammenden Patienten. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl in der Schweiz ausserhalb des Standortkantons wohnenden stationär behandelten Fälle durch die Anzahl der stationär behandelten Fälle mit Wohnsitz in der Schweiz.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.1.V04 ausserhalb MS 0.1.V04 (Schweizer Wohnregion ausserhalb Standortkanton) / Anzahl Fälle Wohnregion Schweiz * 100
<i>pPatLKP</i> <b>Anteil Patienten halbprivat oder privat</b> (%, stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, welche während dem Spitalaufenthalt ein Bett in der halbprivaten oder privaten Klasse belegen. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle in der halbprivaten und privaten Liegeklasse durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (Liegeklasse halbprivat oder privat) / Anzahl Fälle insgesamt * 100
<i>pPatHOK</i> <b>Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant</b> (%, stationär)	Prozentualer Anteil der Patienten, bei welchen die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthaltes im Wesentlichen durch die obligatorische Krankenversicherung beglichen werden. Die Angabe wird aus der Medizinischen Statistik ermittelt und ergibt sich aus der Division der Anzahl Fälle mit obligatorischer Krankenversicherung als Hauptgarant durch die Gesamtzahl der stationär behandelten Fälle.	Aus MS mit MS 1.3.V01 = 3 (Behandlungsart stationär): Anzahl Fälle mit MS 1.4.V02 = 1 (obligatorische Krankenversicherung als Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen) / Anzahl Fälle insgesamt * 100

Allgemeine Angaben Personal

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

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

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

## Allgemeine Angaben Finanz- und Betriebsdaten

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

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

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> <b>Anzahl Pflegetage</b> (stationär, ohne Austrittstag)	Gesamtzahl der Pflegetage aller administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden (Typ A Fälle) oder vor dem 1. Januar eröffnet und bis zum 31. Dezember noch nicht geschlossen wurden (Typ C Fälle), ohne Berücksichtigung des Austrittstages und ganzer Urlaubstage, auf maximal 365 Tage pro Fall begrenzt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Aus MS mit $MS\ 1.3.V01 = 3$ (Behandlungsart stationär) AND $MS\ 0.2.V02 = \text{«A»}$ (Austritt innerhalb des Jahres) OR $\text{«C»}$ (Eintritt vor dem 1.1. und Austritt nach dem 31.12.): Summe der Aufenthaltsdauer aller Fälle (ohne Austrittstag, ohne ganze Urlaubstage, auf maximal 365 Tage begrenzt)
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> <b>Austritte während des Jahres</b> (stationär)	Gesamtzahl der administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember beendet wurden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	Aus MS mit $MS\ 1.3.V01 = 3$ (Behandlungsart stationär) AND $MS\ 0.2.V02 = \text{«A»}$ (Austritt innerhalb des Jahres): Anzahl Fälle insgesamt
<i>BettenStatA/P/R/B</i> <b>Betten</b> (stationär)	Die durchschnittliche Anzahl der zur Bewirtschaftung zur Verfügung stehenden Betten entspricht der Anzahl Bettenbetriebstage dividiert durch 365 resp 366; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	$KS\ X1.02.01 / 365$ resp. $366$
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> <b>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer</b> (Tage, stationär)	Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ergibt sich aus der der Anzahl Pflegetage dividiert durch die Anzahl Austritte im Jahr; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	$PtageStatMSA/P/R/B / AustStatMSA/P/R/B$
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> <b>Belegungsgrad der Betten</b> (%, stationär)	Der Belegungsgrad der Betten (ohne gesunde Neugeborene, ohne Langzeitpflege) ergibt sich aus der Anzahl Pflegetage dividiert durch die Anzahl Bettenbetriebstage; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	$KS\ X1.01.01 / KS\ X1.02.01 * 100$

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

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

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

Kennzahl	Erläuterung	Quelle/Formel
davon <i>AnIzVOKPStatA/P/R/B</i> <b>Anlagenutzungskosten</b>	Kosten zulasten der OKP aus Anlagenutzung durch zusatzversicherte Patienten mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.39.10
<i>KostLangA/P/R/B</i> <b>Gesamtkosten Langzeitpflege</b>	Kosten sämtlicher Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.50.03
<i>AuftragLFA/P/R/B</i> <b>Auftrag Lehre und Forschung</b>	Kosten aus universitärer Lehre und Forschung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.01.601 + KS X2.01.602
<i>ErlAmbA/P/R/B</i> <b>Gesamterlös ambulant</b>	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.00
davon <i>ErlOKPAmbA/P/R/B</i> <b>Erlös OKP</b>	Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten (ausschliesslich grundversichert KVG oder zusatzversichert) in ambulanter Behandlung; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.03 + KS X2.02.30.10
<i>ErlStatA/P/R/B</i> <b>Gesamterlös stationär</b>	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz mit stationärem Aufenthalt; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.01
davon <i>ErlKVGStatA/P/R/B</i> <b>Erlös OKP, nur Grund- versicherte KVG</b>	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche ausschliesslich KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05
davon <i>ErlKVGStatVA/P/R/B</i> <b>Anteil Versicherer (%)</b>	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen zulasten der OKP an Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche ausschliesslich KVG grundversichert sind; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.04 / (KS X2.02.30.04 + KS X2.02.30.05) * 100
davon <i>ErlZvOKPStatA/P/R/B</i> <b>Erlös OKP, Zusatzversicherte</b>	Erlös (Anteil Versicherer und Anteil Kanton) aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12
davon <i>ErlZvOKPStatVA/P/R/B</i> <b>Anteil Versicherer (%)</b>	Anteil der Versicherer am Erlös aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten mit stationärem Aufenthalt, welche zulasten der OKP abgerechnet werden; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.11 / (KS X2.02.30.11 + KS X2.02.30.12) * 100
<i>ErlLangA/P/R/B</i> <b>Gesamterlös Langzeitpflege</b>	Erlös aus Leistungen an sämtlichen Patienten aller Versicherungsklassen (z.B. Grund-, Zusatz-, Militär-, Invalidenversicherung etc.) einschliesslich der Selbstzahler und Patienten mit ausländischem Versicherungsschutz in Langzeitpflege; ausgewiesen pro Aktivitätstyp.	KS X2.02.30.02

## Angaben pro Aktivitätstyp

«Akutbehandlung» (A), «Psychiatrie» (P), «Rehabilitation/Geriatrie» (R) und/oder «Geburtshaus» (B): Für jeden dem Betrieb zugewiesenen Aktivitätstyp werden Angaben zu Leistungen und Behandlungen sowie Finanz- und Betriebsdaten neu teilweise getrennt erhoben.