



Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Krankenhausstatistik

Detailkonzept gültig ab der Einführung von
SpiGes (Daten 2024)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Rechtliche Grundlagen	6
3	Organisation der Datenerhebung	7
3.1	Bereich und Form der Erhebung	7
3.1.1	Definition der Spitäler	7
3.1.2	Definition der Geburtshäuser	7
3.1.3	Erfassungseinheit	7
3.1.4	Klassifizierung	8
3.1.5	Form der Datenerfassung	8
3.2	Aufgaben der Erhebungspartner	8
3.2.1	Bundesamt für Statistik BFS	8
3.2.2	Kantone	8
3.2.3	Betriebe	9
3.3	Ablauf der Erhebung	9
3.4	Eckdaten	10
3.5	Datenschutz und Datenzugriff	10
3.5.1	Datensicherheit	10
3.5.2	Datenweitergabe zu statistischen Zwecken	10
3.5.3	Datenweitergabe zu administrativen Zwecken	11
3.6	Publikation und statistische Analysen	11
4	Beschreibung der Variablen der Erhebung	12
4.1	Allgemeine Angaben	13
4.1.1	Betrieb	13
4.1.1.1	Status des Spitals (A.04)	13
4.1.1.2	Art des öffentlichen Beitrages (A.05)	13
4.1.1.3	Gemeinwirtschaftliche und andere spezifische Leistungen (A.06)	14
4.1.2	Standorte	15
4.1.2.1	Aktivitätstyp (A.01)	15
4.1.2.2	Betriebsidentifikation (A.02)	16
4.1.2.3	Rechtsform (A.03)	17
4.1.2.4	Unternehmen unter staatlicher Kontrolle	17
4.1.2.5	Standorte und Angebot (A.11)	18
4.1.3	Betten	18
4.1.3.1	Bettenbetriebstage (A.21)	19
4.1.3.2	Planbetten (A.22)	19
4.1.4	Medizinisch-technische Infrastruktur (A.13)	19
4.1.4.1	Geräte und Ausrüstung	19
4.1.4.2	Anzahl Untersuchungen	20
4.2	Beschäftigung	20
4.2.1	VZÄ - Berechnung der Vollzeitäquivalente (A.07)	20
4.2.2	Personal (A.14)	21
4.2.2.1	Internes Personal	21
4.2.2.2	Externes Personal	21

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

4.2.2.3	<i>Anonyme Identifikationsnummer der Mitarbeiter</i>	22
4.2.2.4	<i>Die Global Location Number (GLN)</i>	22
4.2.2.5	<i>Geburtsjahr</i>	22
4.2.2.6	<i>Geschlecht</i>	22
4.2.2.7	<i>Funktion</i>	22
4.2.2.8	<i>Beschäftigungsgrad</i>	23
4.2.2.9	<i>Leistungsstelle</i>	24
4.2.2.10	<i>Standorte</i>	25
4.2.2.11	<i>Herkunft des Diploms</i>	25
4.2.2.12	<i>Personal in Ausbildung</i>	25
4.2.2.13	<i>Nationalität</i>	26
4.3	Buchhaltung	26
4.3.1	Personalaufwand	26
4.3.1.1	<i>Lohnbuchhaltung (A.18)</i>	26
4.3.1.2	<i>Honorare für medizinische, diagnostische und therapeutische Leistungen</i>	27
4.3.2	Finanzbuchhaltung (A.15).....	27
4.3.2.1	<i>Aufwand</i>	28
4.3.2.2	<i>Ertrag</i>	29
4.3.3	Jahresergebnis (A.16)	29
4.3.4	Abstimmungsbrücke (A.17)	30
4.3.5	Anlagebuchhaltung (A.19)	31
	Krankenhausstatistik: Veränderung der Variablen	35
	Literaturverzeichnis	38
	Abkürzungsverzeichnis	39
	Anhangverzeichnis	40

1 Einleitung

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt seit 1997 im Rahmen der jährlichen Krankenhausstatistik (KS) Informationen bei den Spitälern in der Schweiz. Diese obligatorische Vollerhebung basiert auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)¹ und dem Bundesstatistikgesetz (BStatG)².

Die Daten der Krankenhausstatistik können auf Basis von Art. 59a Abs. 3 KVG in nicht anonymisierter Form den gesetzlich bestimmten Organen³ zwecks Erfüllung des jeweiligen Gesetzauftrags zur Verfügung gestellt werden. Dadurch ist die Krankenhausstatistik nicht nur Instrument der statistischen Dokumentation für Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit, sondern auch integraler Bestandteil der administrativen Planung, Leitung und Kontrolle des schweizerischen Gesundheitswesens.

Die Erhebung erfolgt in Zusammenarbeit mit den kantonalen Behörden, welche die von den Betrieben bereit gestellten Datensätze kontrollieren, nötigenfalls retournieren und an das BFS weiterleiten. Die Daten werden via Web-Applikation erhoben und zentral beim Bundesamt für Informatik und Telekommunikation (BIT) gespeichert. Während des ganzen Erhebungsprozesses bleiben sie physisch am gleichen Ort, einzig die Zugriffsrechte werden weitergereicht. Alle an der Evaluation, bzw. später bei der Auswertung beteiligten Personen sind an die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG)⁴ gebunden. Für die Datensicherheit, insbesondere die gesicherte Internetverbindung, ist das BIT zuständig.

Geschichte:

Aufgrund des dynamischen Wandels im Gesundheitsbereich benötigten sowohl die politischen Entscheidungsträger als auch die administrativen Verwaltungsorgane zusätzlich zu den seit 1997 erhobenen Daten neue Informationen. Mit der Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)⁵ sowie der seit 1. Januar 2009 gültigen Revision des KVG und den dazugehörigen Verordnungen wurden die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen hierfür formuliert. Zudem wurden für die Partizipation der Schweiz an verschiedenen internationalen Statistiken von Eurostat und der OECD neue Daten verlangt.

Deshalb überarbeitete das BFS den Inhalt der Krankenhausstatistik im Hinblick auf die Erfüllung sämtlicher neuen gesetzlichen Bestimmungen. So wurden ab den Daten 2010 unter anderem die Geburtshäuser in die Statistik integriert, die wissenschaftlichen Grundlagen für die gesetzlich vorgesehenen Betriebsvergleiche geschaffen sowie der Bereich der Finanz- und Betriebsdaten erweitert. Die Interpretation der Gesetzestexte, sowie die Konkretisierung der Bedürfnisse erfolgten in Zusammenarbeit mit den Datenverwendern und Datenproduzenten im Rahmen einer Begleitgruppe.

2013 kam es zu einer Teilrevision, in der rein ambulante Standorte in die KS aufgenommen wurden. Zusätzlich wurde der Teil des externen Personals ausgebaut, die Global Location Number (GLN) und die ambulanten Konsultationen erfasst und die Anzahl Untersuchungen der medizinisch-technischen Gerätschaften eingeführt.

Weitere inhaltliche Änderungen gab es sukzessive auf Wunsch unserer Partner im Bereich der Assistenzärzte, der Definition der Vollzeitäquivalente, des juristisch wirtschaftlichen Status und der

¹ SR 832.10

² SR 431.01

³ Namentlich handelt es sich um das Bundesamt für Gesundheit (BAG), den Eidgenössischen Preisüberwacher, das Bundesamt für Justiz (BJ), die Kantone, die Versicherer sowie die in Art. 84a KVG genannten Organe.

⁴ SR 235.1

⁵ SR 832.104

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Standortangaben. Ab den Daten 2019 referenziert sich die KS auf REKOLE® von H+ und deren Kontierungsrichtlinien, inkl. Kontenrahmen.

Ab den Daten 2024 wurden im Rahmen des Projekts SpiGes⁶ Änderungen vorgenommen. Die Zahl der Austritte und Pflgetage sowie die Kostenrechnung werden nicht mehr in der KS, sondern in SpiGes erfasst. Um den Anforderungen der Partner zu entsprechen, wurde die Abstimmungsbrücke vollständig überarbeitet und mithilfe der Instrumente von H+ (ITAR_K®) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) der REKOLE®-Abstimmungsbrücke angeglichen. Zwischen den beiden Statistiken KS und SpiGes wurde eine direkte Verbindung hergestellt, damit SpiGes Zugriff auf die zur Erstellung der Outputs nötigen Finanzdaten hat.

⁶ [Stationäre Spitalaufenthalte: Mehrfachnutzung der Daten \(Projekt SpiGes\) | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

2 Rechtliche Grundlagen

Neben den rechtlichen Grundlagen gemäss BStatG muss die Krankenhausstatistik auch den Bestimmungen im KVG entsprechen. Art. 59a KVG beauftragt das BFS mit der Erhebung der Daten, welche die zuständigen Behörden benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. In Zusammenhang mit der Erfüllung von Art. 59a KVG und den dazugehörigen Verordnungen wird von der sog. administrativen Verwendung der Daten der Krankenhausstatistik gesprochen.

In Art. 23 KVG wird als Ergänzung zu Art. 3 BStatG das BFS mit der Erarbeitung der statistischen Grundlagen zur Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des KVG beauftragt. Dabei wird für die Bearbeitung der Daten explizit auf die Bestimmungen des BStatG verwiesen. Nach Art. 23 KVG und dem BStatG werden die Daten auch für statistische Zwecke verwendet.

Die Leistungserbringer (natürliche und juristische Personen) sind für beide Verwendungszwecke zur Auskunft verpflichtet.

Aufgrund der auf Verordnungsstufe (Art. 2 VKL) geregelten Absicht, Vergleiche zwischen den einzelnen Betrieben vorzunehmen, muss die Datenbasis so gegliedert werden, dass dies korrekt erfolgen kann. Zwischen dem juristischen Akt der Selbstdeklaration für die administrative Verwendung und der Normierung im Sinne einer wissenschaftlichen Erhebungsmethode können Zielkonflikte bestehen. Die Krankenhausstatistik erfüllt sowohl administrative als auch statistische Anforderungen.

Rechtliche Grundlagen der statistischen Verwendung:

- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).
- Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BstatG; SR 431.01).
- Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung; SR 431.012.1).
- Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Organisation der Bundesstatistik (SR 431.011).
- Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1).

Wichtige rechtliche Grundlagen der administrativen Verwendung (Liste nicht abschliessend):

- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).
- Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104).
- Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).
- Preisüberwachungsgesetz vom 20. Dezember 1985 (PüG; SR 942.20).
- Verschiedene kantonale Gesetze und Verordnungen.

3 Organisation der Datenerhebung

Die Erhebung der Daten ist grundsätzlich im Zuständigkeitsbereich des BFS,⁷ wird aber den Kantonen für die konkrete Durchführung in den Betrieben ihres Gebietes übertragen.⁸ Entsprechend stellen sie die hierfür notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung. Die Kantone haben zudem die Aufgabe, die Weitergabe der Informationen an das BFS zu gewährleisten.

3.1 Bereich und Form der Erhebung

Die Krankenhausstatistik ist eine obligatorische Vollerhebung bei allen Kranken- und Geburtshäusern unter Mithilfe der Kantone.⁹ Die Erhebung erfolgt jährlich für die Daten eines ganzen Geschäftsjahres.

3.1.1 Definition der Spitäler

Anstalten, welche stationäre Behandlungen akuter Krankheiten oder stationäre Massnahmen der medizinischen Rehabilitation durchführen, gelten gemäss Artikel 39 Absatz 1 KVG als Spitäler. Sie sind alle verpflichtet, dem BFS die in der Krankenhausstatistik verlangten Informationen kostenlos bekannt zu geben, unabhängig davon, ob sie auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, bzw. einen Vertrag mit den Versicherern zur Verrechnung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) besitzen oder nicht.¹⁰

Gemeinhin erkennt man Spitäler daran, dass sie rund um die Uhr von qualifiziertem Personal und unter ärztlicher Leitung in gesonderten Räumlichkeiten stationäre und ambulante Behandlung, Pflege und Diagnosen durchführen

3.1.2 Definition der Geburtshäuser

Anstalten, welche Schwangere und Paare während der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Zeit mit dem Säugling umfassend begleiten und betreuen, gelten als Geburtshäuser. Sie zeichnen sich insbesondere durch Ihre Unabhängigkeit von klinischen Institutionen aus. Hebammen tragen in der Regel die geburtshilfliche Leitung, wobei die angebotenen Leistungen durch professionelle Zusammenarbeit im medizinischen und psychosozialen Bereich vervollständigt werden kann. Alle Geburtshäuser haben dem BFS die in der Krankenhausstatistik verlangten Informationen kostenlos bekannt zu geben.¹¹

3.1.3 Erfassungseinheit

Für die Erhebung der Krankenhausstatistik gilt der Grundsatz, dass die Spitäler und Geburtshäuser (vgl. Kapitel 3.1.1 und 3.1.2) für jeden Betrieb, verstanden als juristische Einheit, einen Fragebogen auszufüllen haben. Wenn ein Spital mehrere Standorte aufweist, entsprechen die geforderten Angaben der Summe über alle deklarierten Standorte (vgl. Kapitel 4.1.2). Die Informationen werden in der Krankenhausstatistik pro Betrieb geliefert. Die Patientendaten der Medizinischen Statistik und der Erhebung «Patientendaten Spital ambulant» werden pro Standort geliefert. Eine Differenzierung der Informationen nach Standort ist, sofern nicht ausdrücklich anders verlangt, nicht vorgesehen.

Ausnahmen sind nur möglich, wenn ITAR_K® nicht auf Ebene der juristischen Einheit (Unternehmen), sondern auf Ebene des Standorts oder mehrerer Standorte etabliert ist. In diesem Fall ist pro ITAR_K®-Betrieb ein KS-Fragebogen auszufüllen.

⁷ Art. 59a Abs.3 und Art. 23 Abs. 1 KVG

⁸ Anhang zur Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes

⁹ Anhang zur Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes

¹⁰ Art. 23 Abs. 2 und Art. 35 Abs. 2 Bst. h KVG

¹¹ Art. 23 Abs. 2 und Art. 35 Abs. 2 Bst. i KVG

3.1.4 Klassifizierung

Um die gesetzlich angestrebten Betriebsvergleiche¹² anhand der Daten der Krankenhausstatistik vornehmen zu können, werden die Betriebe auf Basis ihres Leistungsangebots unterschieden. Mit der Zuteilung der Aktivitätstypen («Akutpflege», «Psychiatrie», «Rehabilitation») wird ersichtlich, welche Leistungen von einem Betrieb erbracht werden (vgl. Kapitel 4.1.1.1). [Geburtshäuser sind Teil der «Akutpflege»](#).

In Ergänzung beschreibt die bereits bisher bestehende Krankenhaustypologie zusätzliche Eigenschaften des Betriebs. Um die Vergleichbarkeit der Daten der Kranken- und Geburtshäuser mit den Daten aus anderen Statistiken des Bundes gewährleisten zu können, definiert der NOGA-Code die wirtschaftliche Tätigkeit (vgl. Kapitel 4.1.1.2).

3.1.5 Form der Datenerfassung

Die Daten sind dem BFS anhand der von ihm zur Verfügung gestellten Web-Applikation zu übermitteln. Für die hierfür notwendige technische Infrastruktur in den Betrieben und Kantonen kommen diese selber auf.¹³

Den kantonalen Statistikproduzenten steht die Möglichkeit zu, die im Rahmen der Krankenhausstatistik verlangten Informationen mit einem kantonalen Datensatz zu ergänzen, resp. eine eigene Erhebung durchzuführen, welche die vom BFS verlangten Informationen in der vorgegebenen Form generiert. In beiden Fällen müssen die Daten in das vom BFS vorgegebene Format übertragen werden.

3.2 Aufgaben der Erhebungspartner

Die Erhebungsorganisation weist den Partnern folgende Aufgaben zu:

3.2.1 Bundesamt für Statistik BFS

Das BFS ist für das Führen eines zentralen Adressenregisters, die Koordination der Datenerhebung sowie das Erfassen, die Kontrolle und die Auswertung der Daten für statistische und administrative Zwecke in der ganzen Schweiz verantwortlich. Das BFS verwaltet den Zugriff der Kantone auf die Web-Applikation. Zudem erarbeitet es Vorschläge zur Kategorisierung der Betriebe.

3.2.2 Kantone

Die Kantone melden dem BFS Aufhebungen und Neugründungen von Betrieben. Sie verwalten mit Unterstützung des BFS den Zugang zur Web-Applikation für die Betriebe. Sie sorgen dafür, dass die Erhebungen in den Betrieben innerhalb ihres Zuständigkeitsgebiets durchgeführt werden. Sie führen Eingangskontrollen sowie Rückfragen durch und besorgen das Mahnwesen. Darüber hinaus befassen sie sich mit der Validierung der Daten (erste Phase der Plausibilisierung) und sind für deren Auswertung auf kantonomer Ebene verantwortlich. Sie leiten die validierten Daten via Web-Applikation an das BFS weiter.

Die kantonalen Instanzen können die Aufgabe der Erhebungsdurchführung anderen (privaten) Institutionen übertragen. Diese Organisationen unterstehen dann ebenfalls dem BStatG und müssen den Anforderungen des Datenschutzes¹⁴ gerecht werden.

¹² Art. 2 Abs. 2 Bst. b VKL

¹³ Art. 23 Abs. 2 KVG

¹⁴ Art. 14 bis 17 BStatG

3.2.3 Betriebe

Die der Auskunftspflicht unterstehenden Betriebe müssen alle verlangten Informationen im elektronischen Fragebogen korrekt und vollständig¹⁵ angeben und diesen fristgerecht mittels Web-Applikation der zuständigen kantonalen Behörde weiterleiten.¹⁶

3.3 Ablauf der Erhebung

Die Krankenhausstatistik wird anhand eines elektronischen Fragebogens, der via Web-Applikation bereitgestellt wird, erfasst. Alle Daten sind während des ganzen Erhebungsprozesses auf einem Server des Bundesamts für Informatik und Telekommunikation (BIT), welches mit seiner Infrastruktur auch für eine angemessene Datensicherheit sorgt, gespeichert. Im Verlaufe der Evaluation ändern sich jedoch die Zugriffsrechte darauf. Eigentümerin sämtlicher erfassten Informationen ist das BFS, auch wenn dieses nicht in alle Phasen Zugriff darauf hat.

Die Erhebung erfolgt in vier Etappen:

- **Initialisierung:** Das BFS erfasst für jeden Betrieb die kennzeichnenden Informationen im System (Name, Adresse, Klassifizierungen etc.). Hierfür klärt es in Rücksprache mit den kantonalen Stellen Fragen wie Betriebsschliessungen, Klassifizierungseinteilungen und Erfassungseinheiten (juristische Einheiten oder Standorte). Diese eingegebenen Informationen können im späteren Verlauf der Erhebung durch die Kantone oder die Betriebe nicht mehr modifiziert werden.
- **Erfassung durch die Betriebe**¹⁷: Im elektronischen Fragebogen erfassen die Betriebe die von ihnen zu deklarierenden Informationen. Dabei kann die Dateneingabe direkt in den Tabellen des Programms oder via Datenimport anhand eines TXT-Files erfolgen. In dieser Phase haben ausschliesslich die Betriebe Zugriff auf die Daten. Das Programm nimmt erste Plausibilisierungsschritte vor und macht anhand von Fehler- und Warnhinweisen darauf aufmerksam. Nach Abschluss der Datenerfassung übermittelt der Betrieb dem Kanton seinen Datensatz.¹⁸ Ab diesem Zeitpunkt kann der Betrieb die Daten nicht mehr ändern. Zuvor kann er jedoch seine gemachten Deklarationen elektronisch exportieren, bzw. auf Papier ausdrucken.
- **Validierung durch den Kanton:** Die gemachten Angaben werden von dem Kanton plausibilisiert und bei ausreichender Qualität an das BFS übermittelt. Bestehen Unklarheiten, bzw. entsprechen einige Daten nicht der notwendigen Qualität, übermittelt der Kanton den Fragebogen zurück an die Betriebe. Dadurch wird der Erhebungsprozess in die Phase «Erfassung durch die Betriebe» zurückgesetzt. Nach der Rücksendung an einen Betrieb besitzt jedoch der Kanton die Möglichkeit, die gemachten Angaben einzusehen, was die Kommunikation zwischen den beiden Partnern erleichtert.
- **Validierung durch das BFS:** Analog der Validierung durch die Kantone führt das BFS eine Qualitätsprüfung durch und schickt den Fragebogen nötigenfalls zurück an die Kantone. Erst nach der Validierung durch das BFS werden die Daten für statistische und administrative Zwecke verwendet.

¹⁵ Art. 6 Abs. 1bis BStatG

¹⁶ Sofern die kantonale Erhebungsstelle keine andere Erhebungsform bestimmt.

¹⁷ Der beschriebene Ablauf entspricht dem vom BFS vorgegebenen Standardprozess. Kantonale Instanzen können jedoch unter Achtung der gesetzlichen Bestimmungen die Daten bei ihren Betrieben in anderer Weise erheben.

¹⁸ Faktisch ändern ausschliesslich die entsprechenden Zugriffsrechte.

3.4 Eckdaten

Der Ablauf der jährlichen Erhebung der Krankenhausstatistik erfolgt anhand folgender Eckdaten:

- 31. März (des Jahres nach dem Datenjahr): Zusendung der Betriebsdaten an die Kantone.
- 30. Juni: Weiterleitung der Daten von den Kantonen an das BFS.
- August und September: Überprüfung der Resultate durch das BFS in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Stellen.
- November: Veröffentlichung der Standardtabellen und der Cubes durch das BFS.

3.5 Datenschutz und Datenzugriff

Im Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG) sind die Grundsätze zur Wahrung der Persönlichkeit und Grundrechte der Personen (sowohl natürliche als auch juristische), über die Daten bearbeitet werden, geregelt. Die im Rahmen der Krankenhausstatistik gesammelten Daten fallen gemäss Art. 2 DSG unter den Anwendungsbereich des DSG.

Zudem hat das BFS die allgemeinen Datenschutzgrundsätze in einem Papier festgelegt.¹⁹ Dabei werden die Daten in verschiedene Schutzstufen eingeteilt (Stufe 0: «Sachdaten», Stufe 1: «einfache Personendaten», Stufe 2: «qualifizierte Personendaten», Stufe 3: «besonders schützenswerte Personendaten»). Die Daten der Krankenhausstatistik sind der Stufe 2 zuzuordnen.

3.5.1 Datensicherheit

Zum Schutz der Daten vor unbefugtem Zugriff oder Bearbeiten sind gemäss Art. 7 Abs. 1 DSG und Art. 7 Statistikerhebungsverordnung angemessene technische und organisatorische Massnahmen zu treffen. Da sowohl die Datenspeicherung als auch die Web-Applikation zur Erfassung durch den Betrieb des BIT erfolgt, werden die technischen Vorkehrungen von ihm getroffen, dass unter keinen Umständen unbefugte Personen Zugang zur Datenbasis erhalten. Dies beinhaltet auch die Datenübermittlung mittels sicherer Internetverbindung. Das BIT aktualisiert hierfür seine Sicherheitskonzeption laufend.

Der Zugriff auf den elektronischen Fragebogen erfolgt über das eIAM-System, das zentrale Zugriffs- und Berechtigungsverwaltungssystem der Bundesverwaltung.²⁰ Es ist in der Obliegenheit der Benutzer (Betriebe und Kantone) die erhaltenen Zugangsdaten angemessen zu schützen. Sollte es diesbezüglich zu Unregelmässigkeiten kommen, ist das BFS unverzüglich darüber zu informieren.

Sämtliche Personen, welche mit statistischen Arbeiten betraut, bzw. zur Mitwirkung an der Erhebung beigezogen werden, sind zur Geheimhaltung der wahrgenommenen Informationen verpflichtet.²¹ Dies gilt insbesondere auch für Mitarbeiter von IT-Firmen und Angestellte der Kantone.²²

3.5.2 Datenweitergabe zu statistischen Zwecken

Das BFS analysiert die Daten der Krankenhausstatistik und veröffentlicht diese in einer Form, welche keine Rückschlüsse auf die jeweiligen juristischen und natürlichen Personen zulässt.²³ Dieser Grundsatz gilt auch bei Veröffentlichungen der kantonalen Stellen.

Die Statistikproduzenten des Bundes dürfen für nicht personenbezogene Zwecke Daten insbesondere für Forschung, Planung und Statistik an Dritte weitergeben. Hierfür sieht das BFS zwingend einen

¹⁹ Bundesamt für Statistik, Zugang zu den Mikrodaten des BFS, 2006

²⁰ [eIAM, das zentrale Zugriffs- und Berechtigungsverwaltungssystem der Bundesverwaltung — eIAM, Identity & Access Management des Bundes](#)

²¹ Art. 14 Abs. 2 BStatG

²² Art. 17 BStatG

²³ Art. 10 Statistikerhebungsverordnung und Art. 18 Abs. 3 BStatG.

Datenschutzvertrag vor, welcher die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen garantiert.²⁴ Zudem werden die Daten vor der Weitergabe anonymisiert, sofern dies der Zweck des Bearbeitens zulässt.²⁵

3.5.3 Datenweitergabe zu administrativen Zwecken²⁶

Sofern ein Bundesgesetz eine andere Verwendung der Daten neben der statistischen ausdrücklich zulässt, dürfen nicht anonymisierte Einzeldaten gemäss den entsprechenden Bestimmungen weitergegeben werden. Mit Art. 59a Abs. 3 KVG sind somit die Vorbedingungen für eine entsprechende Lieferung der Daten aus der Krankenhausstatistik für das Bundesamt für Gesundheit (BAG), den Eidgenössischen Preisüberwacher (PUE), das Bundesamt für Justiz (BJ), die Kantone, die Versicherer sowie den in Art. 84a KVG aufgeführten Organen gegeben. Die in den jeweiligen Institutionen mit der Bearbeitung der Daten beauftragten Personen unterstehen den Datenschutzbestimmungen des DSG.

Die Empfänger von nicht anonymisierten Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik verwenden diese ausschliesslich für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke. Dies beinhaltet gemäss Art. 59a Abs. 3 KVG und Art. 31 KVV eine Veröffentlichung durch das BAG.

3.6 Publikation und statistische Analysen

Die am Ende des Erhebungsprozesses vom BFS validierten Daten werden für statistische Zwecke analysiert und deren Ergebnisse veröffentlicht. Dies geschieht gemäss dem Diffusionskonzept der Sektion und beinhaltet unter anderem Standardtabellen, Newsletter, Taschenstatistiken sowie themenspezifische Analysen.²⁷

Den Grundsätzen des «Code of Practice»²⁸ wird Rechnung getragen. Die kantonalen Statistikproduzenten haben das Recht, ihre im Rahmen der Krankenhausstatistik erhobenen statistischen Daten selbstständig zu publizieren,²⁹ dürfen jedoch erst nach der Erstveröffentlichung der Daten durch das BFS eine entsprechende Referenz machen.

Publikationen von Analysen, welche auf Basis einer Datenweitergabe zu statistischen Zwecken (vgl. Kapitel 3.5.2) erfolgen, müssen zwingend einen Quellenhinweis aufweisen.

Sämtliche Publikationen von statistischen Daten haben in einer Form zu erfolgen, welche keine Rückschlüsse³⁰ auf einzelne natürliche oder juristische Personen zulassen.³¹

Publikationen von Daten der Krankenhausstatistik aus administrativer Verwendung (vgl. Kapitel 3.5.3) dürfen gemäss Art. 59a Abs. 3 KVG und Art. 31 KVV ausschliesslich durch das BAG erfolgen. Dabei werden die Angaben nach Leistungserbringer, bzw. Gruppen von Leistungserbringer unterschieden.

²⁴ Insbesondere darf eine Veröffentlichung nur in einer Form erfolgen, welche keine Rückschlüsse auf die betroffenen natürlichen und juristischen Personen zulässt.

²⁵ Art. 19 Abs. 2 BStatG

²⁶ Die beschriebene gesetzliche Regelung hat seit dem 1. Januar 2009 Gültigkeit und betrifft nur Daten, welche ab diesem Zeitpunkt vom BFS erhoben wurden. Für frühere Daten sind die damaligen Gesetzesbestimmungen anzuwenden.

²⁷ Art. 18 Abs. 1 BStatG

²⁸ Europäische Statistiken: Verhaltenskodex für europäische Statistiken die nationalen und gemeinschaftlichen statistischen stellen

²⁹ Art. 18 Abs. 2 BStatG

³⁰ Hierfür ist eine schriftliche Einverständniserklärung der betroffenen Person notwendig.

³¹ Art. 18 Abs. 3 BStatG

4 Beschreibung der Variablen der Erhebung

Ziel der Krankenhausstatistik ist es einerseits, einen Bestandteil der gemäss Art. 59a KVG benötigten Daten zur Überwachung der Anwendung der Bestimmungen des KVG bereitzustellen. Die exakte Form der Informationen, wie sie der sog. administrativen Verwendung dienen, muss den Regelungen entsprechen, wie sie im KVG sowie den Verordnungen VKL und KVV, beschrieben werden.

Andererseits sind die Daten der Krankenhausstatistik Element der in Art. 23 KVG festgelegten sog. statistischen Verwendung. Um die in Art. 23 Abs. 3 KVG vorgeschriebene Bearbeitung gemäss BStatG, insbesondere die in Art. 10 Abs. 2 BStatG verlangte nationale und internationale Vergleichbarkeit der statistischen Grundlagen, gewährleisten zu können, erlässt das BFS Hinweise zur Form der zu machenden Angaben, welche über die Bestimmungen von KVG, KVV und VKL hinausgehen.

Die Auskunft ist für beide Verwendungszwecke gemäss Art. 59a Abs. 2 KVG und Art. 23 Abs. 2 KVG verpflichtend. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, werden beide Verpflichtungen mit der einmaligen Deklaration einer Variablen im Fragebogen des BFS erfüllt.

Die Betriebe sind verpflichtet, sämtliche Kapitel zu beantworten. Die bisherigen Kapitel pro Aktivitätstyp, in denen nach der Anzahl Austritte, der Anzahl Pflgetage und der Kostenrechnung gefragt wurde, sind nicht mehr Gegenstand dieser Statistik.

Die Kapitel sind wie folgt aufgebaut:

Allgemeine Angaben	Beschäftigung	Buchhaltung
Betrieb	VZÄ	Lohnbuchhaltung
Standorte	Personal	Finanzbuchhaltung
Betten ³²		Jahresergebnis
Med.-techn. Infrastruktur ³³		Abstimmungsbrücke
		Anlagebuchhaltung

³² früher in den Kapiteln Leistungen und Behandlungen nach Aktivitätstyp enthalten

³³ früher im Kapitel Leistungen und Behandlungen enthalten

4.1 Allgemeine Angaben

In der Initialisierungsphase der Erhebung (September des Datenjahres) schickt das BFS den kantonalen Erhebungsstellen die Betriebslisten ihres Kantons zu. Diese Listen enthalten folgende Vorjahresangaben oder Vorschläge (Berechnungen Typologie, Registerangaben) zu den Betrieben: Kanton, ENT-ID, BURGESHV³⁴, Typologie, Aktivitätstyp, Name, Adresse, PLZ, Ort, Gemeindenummer, Sprache, Erste Erhebung, Ambulantes Leistungsangebot, Stationäres Leistungsangebot, staatliche Kontrolle, Rechtsform.

Folgende Angaben zu den Standorten sind ebenfalls durch die kantonalen Gesundheitsämter zu aktualisieren: Kanton Standort, Standort-BUR, Standortnummer, Name Standort, Adresse Standort, PLZ Standort, Ort Standort, Aktivität pro Standort

4.1.1 Betrieb

Die Fragen 4.1.1.1 - 4.1.1.3 in Teil «Betrieb» werden von den Spitälern und Geburtshäusern ausgefüllt.

4.1.1.1 Status des Spitals (A.04)

Gemäss den Bestimmungen des KVG³⁵ erstellen die Kantone eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Betriebe können sowohl auf der Spitalliste des Standortkantons (**Zugehörigkeit zur kantonalen Spitalliste des Standortkantons**), als auch eines oder mehrerer anderer Kantone (**Zugehörigkeit zur kantonalen Spitalliste anderer Kantone**) geführt werden. Mit der Nennung auf einer Liste ist ein öffentlicher Leistungsauftrag mit entsprechendem kantonalem Beitrag zu den Vollkosten (Betriebs- und Investitionskosten) verbunden.

Spitäler, welche nicht auf einer kantonalen Krankenhausliste aufgeführt sind und den Anforderungen nach den Artikeln 38 und 39 Abs. 1 Bst. a-c rev. KVG gerecht werden, können mit den Versicherern einen Vertrag über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen (**Bestehender Vertrag mit Versicherer über die Vergütung von Leistungen aus der OKP (Vertragsspital)**).

Die Spitalliste gibt zwar abschliessend Auskunft darüber, welche Betriebe Leistungen teilweise vom Kanton erstattet erhalten, muss jedoch um die Spitäler mit Vergütungsvertrag ergänzt werden, um einen Überblick über die Betriebe zu bekommen, welche gemäss OKP verrechnen dürfen.

Mit der Deklaration der **Zahlstellenregisternummer(n) (ZSR)** wird das Verhältnis zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer dokumentiert.

4.1.1.2 Art des öffentlichen Beitrages (A.05)

Mit der Nennung eines Spitals auf einer kantonalen Spitalliste ist zwar die Frage geklärt, ob ein Betrieb öffentliche Unterstützung erhält oder nicht, offen ist jedoch die Form, in welcher dies geschieht. Neben **leistungsbezogenen Pauschalen** (kantonale Beiträge an den behandelten Fall im Akut-, Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich), **Beiträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen** und einer **Defizitdeckung**, kann dies über ein **Globalbudget des Standortkantons**, bzw. über ein **Globalbudget eines anderen Kantons** erfolgen. Dabei wird in der Krankenhausstatistik nicht unterschieden, ob es sich beim Globalbudget um ein langfristiges³⁶ oder ein kurzfristiges³⁷ Steuerungsinstrument handelt. Zudem sind **weitere Vergütungsformen** denkbar.

³⁴ früher BUR-Nummer - auch Spital_ID genannt

³⁵ Art. 49a Abs. 4 KVG und Art. 58b Abs. 2 KVV

³⁶ Art. 51 KVG

³⁷ Art. 54 KVG

4.1.1.3 Gemeinwirtschaftliche und andere spezifische Leistungen (A.06)

Gemäss KVG dürfen die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht in die Berechnung zur Festlegung der einheitlichen Pauschalen (in der Regel Fallpauschalen) mit einfließen.³⁸ Dies betrifft insbesondere Kapazitäten, welche aus regionalpolitischen und nicht ökonomischen Gründen angeboten werden, Forschung sowie die universitäre Lehre. Die Kantone können über den öffentlichen Leistungsvertrag, der mit der Aufnahme eines Betriebes auf die kantonale Spitalliste verbunden ist, ein entsprechendes Angebot sicherstellen.

Im Fragebogen sind neben Forschung und universitärer Lehre die wichtigsten Leistungen aufgeführt, welche aus regionalpolitischen Gründen angeboten werden. Dabei gilt es einerseits zu deklarieren, ob die entsprechende **Leistung angeboten** wird und ob dies aufgrund eines **Vertrages zur Erbringung mit dem Kanton** (insbesondere auch in Zusammenhang mit der Aufnahme auf eine Spitalliste³⁹) geschieht.

Die Nennung einer entsprechenden Leistung bedeutet jedoch nicht automatisch, dass es sich effektiv um eine gemeinwirtschaftliche Leistung aus regionalpolitischen Gründen handelt.

Liste der erfragten Leistungen

1. Anerkannte Notfallaufnahme⁴⁰

Neben einem kantonal vorgeschriebenen Notfallversorgungsauftrag mit allgemeiner Aufnahmepflicht von Patienten zeichnet sich eine anerkannte Notfallaufnahme unter anderem durch einen 24-Stundenbetrieb aus, welcher während 365 Tagen im Jahr aufrechterhalten wird. Zudem muss jederzeit bei notfallmässigem Eintritt eines Patienten die ärztliche Versorgung sichergestellt sein und je Notfallbett 0.5 Stellenprozente diplomiertes Pflegepersonal mit Zusatzausbildung zur Verfügung stehen. Neben dem öffentlichen Zugang (Pforte) besteht ein Notfalleingang mit Rettungsvorfahrt, welche von der Notfallstation bettengängig (stufenlos) erreicht werden kann.

2. Nicht anerkannte Notfallaufnahme

Für die nicht anerkannten Notfallaufnahmen sind, neben der gesetzlichen allgemeinen Aufnahmepflicht von Patienten, keine ausdrücklichen Anforderungen vorgegeben.

3. Sanitätsnotrufzentrale (SNZ)

Der Betrieb stellt rund um die Uhr eine Notfallnummer (wie beispielsweise 144) zur Verfügung, die von qualifiziertem Personal betrieben wird.

4. Rettungsdienst

Betrieb eines Rettungsdienstes mit qualifiziertem Personal, das auf Rettungsdienstleistungen spezialisiert ist (Rettungssanitäter und Pflegepersonal, das auf Anästhesie und Intensivpflege spezialisiert ist).

5. Intensivpflegestation (von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin anerkannt)

Betrieb von umschriebenen und für die Intensivmedizin geeigneten Räumlichkeiten. Die Intensivmedizin umfasst die Diagnose, die Prävention sowie die kurz-, mittel- und langfristige Behandlung aller Formen des Versagens von vitalen Funktionen bei lebensbedrohlich gefährdeten Patienten mit potenziell guter Prognose. Sie wird durch ein Team betrieben, welches aus entsprechend geschulten ärztlichen, pflegerischen und technischen Mitarbeitern verschiedener Fachrichtungen zusammengesetzt ist.

6. Lagerung von Medikamenten und Medizinprodukten

³⁸ Art. 49 Abs. 3 KVG

³⁹ Art. 58e Abs. 2 KVV

⁴⁰ Definition gemäss «Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED» vom Juni 2007

Im Rahmen der Pandemiepläne muss das Spital die erforderlichen Medikamente und Medizinprodukte lagern.

7. Geschützte Spitalbereiche

Damit die Gesundheitsversorgung in ausserordentlichen Situationen und bei Katastrophen sichergestellt ist, muss der Betrieb die Bereitstellung von «geschützten» Infrastrukturen wie Spitalbereiche oder Operationsabteilungen gewährleisten.

8. Ausbildung der Medizinstudentinnen und –Studenten

Die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms.

9. Weiterbildung der Ärzteschaft

Die Weiterbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes nach dem Erwerb des eidgenössischen Diploms und bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

10. Aus- und Weiterbildung der Berufe im Gesundheitssektor ohne Ärzteschaft

Die theoretische und praktische Ausbildung bis zum Abschluss der ersten Berufsausbildung sowie die anschliessende Weiterbildung der nicht im Bundesgesetz über die Medizinalberufe geregelten Berufe, welche im Gesundheitssektor tätig sind.

11. Forschung

Die Forschung umfasst sämtliche systematischen schöpferischen Arbeiten und experimentelle Entwicklungen zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

12. Familienplanung

Beratungsarbeit und Hilfeleistung im Bereich Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung der von den gesetzlich vorgeschriebenen Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen⁴¹ angeboten wird.

Referenzperson (A.08)

Die Angabe einer **Referenzperson** erleichtert es den Kantonen und dem BFS bei allfälligen Rückfragen Kontakt aufzunehmen. Daher sollte es sich im Idealfall um diejenige Person handeln, welche den Fragebogen selber ausgefüllt hat, bzw. die Verantwortung hierfür trägt.

Bemerkungen zuhanden des Kantons oder des BFS (A.09)

In diesem Feld besteht für die Betriebe die Möglichkeit, Bemerkungen zu hinterlassen, welche direkt bei den für die Verarbeitung der Daten zuständigen Personen ankommen.

4.1.2 Standorte

Die Betriebsangaben (Kapitel 4.1.2) werden vom BFS ausgefüllt, nachdem diese durch die kantonalen Erhebungsstellen in Absprache mit den Gesundheitsämtern validiert wurden.

4.1.2.1 Aktivitätstyp (A.01)

Das BFS weist in Absprache mit den Kantonen gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen die Aktivitätstypen zu. Die möglichen Aktivitätstypen der Spitäler sind «Akutpflege», «Psychiatrie» und

⁴¹ Art. 1 Bundesgesetz vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5)

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

«Rehabilitation». Geburtshäuser gehören nun zu den «Akutpflege», im Kapitel «Standorte» werden sie allerdings differenziert.

Die medizinischen Leistungs-, resp. Kostenstellen des BFS werden wie folgt den einzelnen Aktivitätstypen zugewiesen:⁴²

Akutflege:

M000	Medizinische Fachgebiete allgemein, Patienten aus verschiedenen Fachbereichen
M050	Intensivmedizin
M100	Innere Medizin
M200	Chirurgie
M300	Gynäkologie und Geburtshilfe
M400	Pädiatrie
M600	Ophthalmologie
M700	Otorhinolaryngologie (ORL)
M800	Dermatologie und Venereologie
M850	Medizinische Radiologie
M900	Geriatric und subakute Pflege
M960	Notfallzentrum
M970	Ärztenotfallpraxis
M990	Weitere Tätigkeitsbereiche

Psychiatrie:

M500	Psychiatrie und Psychotherapie
------	--------------------------------

Rehabilitation:

M950	Rehabilitation und physikalische Medizin
------	--

4.1.2.2 Betriebsidentifikation (A.02)

Mit den Angaben zur Betriebsidentifikation wird ersichtlich, zu welchem Betrieb der vorliegende Fragebogen, resp. Datensatz gehört.

Die **Adresse** gibt Auskunft, wie die den Fragebogen betreffende betriebliche Einheit postalisch erreicht werden kann. Bei Mehrstandort-Spitalzentren wird der Name der entsprechenden zentralen Verwaltungsstelle angegeben, welche sich um die Angelegenheiten der juristischen Einheit als solches kümmert. Dabei kann es sich in der Realität auch um eine fiktive Anschrift handeln.

Die Unternehmens-Identifikationsnummer (ENT-ID) definiert das Unternehmen, verstanden als juristische Einheit.

Mit der Nummer des Betriebs- und Unternehmensregisters (**BURGESV**) wird zusätzlich der einzelne Betrieb bestimmt. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn eine juristische Einheit mehrere Fragebogen für ihre Betriebe ausfüllt. In diesen Fällen ist jeweils die ENT-ID- nicht aber die **BURGESV**-Nummer identisch.

Das BFS weist jedem Betrieb einen **NOGA-Code** zu. Dieser ist Grundlage für die einheitliche Klassifizierung der Betriebe in allen Statistiken des Bundes aufgrund der wirtschaftlichen Tätigkeit.

Die **Krankenhaustypologie**⁴³ teilt die Betriebe gemäss folgenden Kriterien in vergleichbare Kategorien ein: NOGA, FMH-Kategorien, Leistungsvolumen und Diversität der erbrachten Leistung Jeder Betrieb wird vom BFS in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Stellen einem Betriebstyp zugeordnet.

Die **Gemeindenummer** und der **Kantonscode** entsprechen den Nomenklaturen des BFS. Bei **interkantonalen Spitälern** wird der Kanton des Hauptstandorts unter «Kanton» eingetragen. Die

⁴² Anhang II enthält weiterführende Angaben zu den einzelnen medizinischen Leistungsstellen

⁴³ BFS, Krankenhaustypologie, Neuenburg

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Variable «Kanton Standort» (vgl. Kapitel 4.1.2) zeigt die beteiligten Kantone an. Die Daten in der KS - ausser im Personal – werden nicht nach Standort erfasst. Um die Daten dieser Mehrkantonbetriebe nach KVG auf die beteiligten Kantone aufzuteilen, ist ein Verteilschlüssel notwendig. Hierfür müssen die beteiligten kantonalen Gesundheitsämter kontaktiert werden.

Die Angabe der **Sprache** erfasst die Sprache, die im Betrieb hauptsächlich gesprochen wird.

Der **kalkulatorische Zinssatz der Anlagebuchhaltung** wird gemäss Art. 10a Abs. 4 VKL gesetzlich vorgeschrieben und muss in den Angaben der Anlagebuchhaltung integriert sein. Um mögliche Fehler zu vermeiden und um die Betriebe zu entlasten, wird der durch den Bundesrat beschlossene Zinssatz an dieser Stelle vom BFS eingefügt und erscheint im elektronischen Fragebogen selbstständig an entsprechender Stelle.

Schliesslich werden die Jahresdaten der **ersten und der letzten Erhebung** erfasst, welche der Betrieb übermittelt hat.

4.1.2.3 Rechtsform (A.03)

Entsprechend der Nomenklatur der **Rechtsformen** des BFS⁴⁴ wird jede Organisationseinheit, welche einen Fragebogen ausfüllt (juristische Einheit oder Betrieb), eingeteilt. Basis der einzelnen Kategorien sind die Rechtsformen, die im Schweizer Handelsregister verwendet werden.

Zwischen folgenden Rechtsformen wird gemäss BUR-Register des BFS unterschieden:

Privatrechtlich:

- | | |
|---------------------------------|---|
| - 1 Einzelfirma | - 6 Aktiengesellschaft |
| - 2 Einfache Gesellschaft | - 7 Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| - 3 Kollektivgesellschaft | - 8 Genossenschaft |
| - 4 Kommanditgesellschaft | - 9 Verein |
| - 5 Kommanditaktiengesellschaft | - 10 Stiftung (ZGB Art. 80 u. ff.) |

Öffentlich-rechtlich:

- | | |
|--|---|
| - 17 Institut des öffentlichen Rechts | |
| - 20 Verwaltung Bund | - 28 Ausländischer Staat / Botschaft |
| - 21 Verwaltung Kanton | - 29 Internationale Organisation |
| - 22 Verwaltung Bezirk | - 30 Öffentliche Unternehmen des Bundes |
| - 23 Verwaltung Gemeinde | - 31 Öffentliche Unternehmen des Kantons |
| - 24 Öffentlich-rechtliche Körperschaften Verwaltung | - 32 Öffentliche Unternehmen des Bezirks |
| - 25 Staatlich anerkannte Kirche | - 33 Öffentliche Unternehmen der Gemeinde |
| - 27 Ausländische Rechtsform (Filiale) | - 34 Öffentliche Unternehmen einer Körperschaft |

4.1.2.4 Unternehmen unter staatlicher Kontrolle

Die Kategorie Unternehmen «unter staatlicher Kontrolle», ⁴⁵ umfasst gemäss europäischer Rechtsprechung jedes Unternehmen, auf das die öffentliche Hand aufgrund Eigentums, finanzieller Beteiligung, Satzung oder sonstiger Bestimmungen, die die Tätigkeit des Unternehmens regeln, unmittelbar oder mittelbar einen beherrschenden Einfluss ausüben kann. Von einem beherrschenden Einfluss (oder einer Kontrolle) ist auszugehen, wenn die öffentliche Hand unmittelbar oder mittelbar:

- die Mehrheit des gezeichneten Kapitals des Unternehmens (> 50 %) besitzt

⁴⁴ BFS, Nomenklatur der Rechtsformen, 2001

⁴⁵ Verordnung (EG) Nr. 1738/2005 der Kommission vom 21. Oktober 2005

oder

- über die Mehrheit der mit den Anteilen des Unternehmens verbundenen Stimmrechte verfügt

oder

- mehr als die Hälfte der Mitglieder des Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgans des Unternehmens bestellen kann.

Eine ausgeglichene Verteilung öffentlicher und privater Eigentumsanteile (50/50; «gemeinsame Kontrolle») kommt in der Praxis sehr selten vor. Diese Fälle sind daher nicht getrennt auszuweisen, sondern - sofern sie auftreten - der Kategorie «private Kontrolle» zuzuordnen.

4.1.2.5 Standorte und Angebot (A.11)

Ein Mehrstandort-Spitalzentrum bildet eine rechtliche Einheit mit einer zentralen Leitung, die seine Aktivitäten an mehreren geographischen Niederlassungen organisiert. Da in der Regel die Angaben zur Krankenhausstatistik nach juristischer Einheit und nicht nach Standort erhoben werden, sind Informationen zu den einzelnen geographischen Standorten und den dort erbrachten Leistungen erforderlich, damit die Kantone die regionale Planung sicherstellen können.

Die kantonalen Erhebungsstellen aktualisieren in Absprache mit den Gesundheitsämtern in der Initialisierungsphase die Angaben der einzelnen Standorte. Zudem sind die dort jeweils angebotenen Aktivitätstypen zu deklarieren. Den Standorten wird eine Standort-BUR-Nummer aus dem Register zugeteilt.

Die Daten zu den Standorten (4.1.2) werden vom BFS ausgefüllt, nachdem diese durch die kantonalen Erhebungsstellen in Absprache mit den Gesundheitsämtern validiert wurden.

Die Aktivitäten der Standorte sind wie folgt gegliedert:

- stationäre und/oder ambulante Akutpflege
- stationäre und/oder ambulante Psychiatrie
- stationäre und/oder ambulante Rehabilitation
- Geburtshaus
- andere Aktivitäten
- reiner Verwaltungsstandorte

«Geburtshaus» und «andere Aktivitäten» können zusätzlich zu den anderen Spitalleistungen angekreuzt werden. «Andere Aktivitäten» umfassen alle am Standort durchgeführten Aktivitäten, die nicht unter die Akutpflege, die Psychiatrie oder die Rehabilitation fallen. «Andere Aktivitäten» ist nur anzukreuzen, wenn der Betrieb die Daten zur anderen Aktivität⁴⁶ in der Statistik angegeben hat.

4.1.3 Betten

Die Anzahl Betten, welche in einem Spital in Betrieb stehen, ist ein international genutzter statistischer Indikator und berechnet sich wie folgt:

Anzahl Betten = Anzahl Bettenbetriebstage / Kalendertage pro Jahr

⁴⁶ Der Betrieb, der SOMED/SPITEX-Erhebung ausfüllt, sollte diese Angaben zur Vermeidung von Doppelzählungen nicht in der KS erfassen. In diesem Fall müssen die entsprechenden Standorte nicht in der KS gemeldet werden.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

In Betrieb stehende Betten sind Betten, in denen Pflege an Patienten im stationären Bereich erbracht wird. Die Aufenthaltstage in diesen Betten können als Pfl egetage gezählt und gemäss den gängigen Tarifsystemen abgerechnet werden.

4.1.3.1 Bettenbetriebstage (A.21)

Ein Tag, an welchem ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht, entspricht einem Bettenbetriebstag. 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.⁴⁷

Davon ausgenommen sind Spezialbetten, wie zum Beispiel:

- Aufwachbetten (postoperativ, bis zum Nachlassen der Anästhesie-Wirkung);
- Notfallbetten (Aufnahme);
- speziell für ambulante Behandlungen vorgesehene Betten (z.B. Dialysebetten);
- Isolationsbetten;
- Betten für den Zivilschutz;
- Betten für gesunde Neugeborene und gesunde Personen.

4.1.3.2 Planbetten (A.22)

Anzahl der in der Spitalplanung für den Betrieb vorgesehenen Betten.

4.1.4 Medizinisch-technische Infrastruktur (A.13)

Die medizinisch-technische Infrastruktur umfasst Instrumente, Geräte und Systeme zur Prävention, Diagnose, Behandlung, Pflege und Rehabilitation in den Spitälern und Geburtshäusern. Als Angaben zur Ausstattung werden ebenfalls die Anzahl Operations- und Geburtssäle und die Schnitt-Naht-Zeit erfasst. Für folgende medizinisch-technische Infrastruktur wird die Anzahl Geräte und die getätigten Untersuchungen oder Behandlungen im stationären respektive ambulanten Bereich erfragt:

1. Geräte und Ausrüstung

- MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- Computertomograph (CT-Scanner)
- PET-Scanner (Positronen-Emissions-Tomographie)
- Gamma-Camera (einschliesslich Szintigraphie und SPECT-Scanner)
- Linearbeschleuniger (Radiotherapie)
- Lithotriptor
- Angiographiegerät
- Dialysegerät

2. Räume für spezielle Zwecke

- Operationssaal
- Gebärsaal

4.1.4.1 Geräte und Ausrüstung

In der Erhebung ist die **Anzahl** sämtlicher Geräte zu deklarieren, welche sich am Stichtag 31. Dezember in den Räumlichkeiten des Betriebes (unabhängig von den jeweiligen Eigentumsverhältnissen) befinden. Kombigeräte, welche mehrere auf der Liste stehende Apparate in sich vereinen, sind mehrmals entsprechend den jeweiligen Funktionen anzugeben.

⁴⁷ Rechenbeispiel: 3 Betten * 365 Tage – 1 Monat Betriebsferien = 1005 Bettenbetriebstage

4.1.4.2 Anzahl Untersuchungen

Es werden die Anzahl Patientenkontakte pro Gerät erfasst. Die Einheit einer Untersuchung resp. Behandlung ist gemäss dem Perimeter der Codierung zu erfassen (wenn möglich für stationär CHOP, für ambulant Tarmed). Perspektive ist die Verwendung der Geräte. Muss derselbe Patient am selben Tag zweimal im selben Gerät untersucht/behandelt werden (zeitlich getrennte Einheiten, z.B. früher Morgen und Nachmittag), sind zwei Einheiten zu zählen, da die Apparatur wie für zwei unterschiedliche Patienten jeweils vorbereitet und gereinigt werden muss. Bei Kombigeräten wird die Untersuchung der Hauptfunktion zugeordnet. Ein kombiniertes PET/CT Gerät wird beispielsweise einem PET-Scanner zugeordnet. Die CT-Bildgebung visualisiert in diesem Fall bloss die Morphologie und erhöht dadurch die Lesbarkeit der Bilder des PET-Scanners, welcher Bereiche mit physiologischen Aktivitäten abbildet. Dieser Ansatz ist auch in internationalen Erhebungen gebräuchlich. Werden Geräte für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Lehre und Forschung oder Nutzung durch Dritte) eingesetzt, werden diese Untersuchungen dem Total hinzugefügt.

Total Untersuchungen = Anzahl Untersuchungen ambulant + stationär + zusätzliche Nutzungen

Bemerkungen zu Dialyse: Zu erfassen sind Behandlungen mit Hämodialyse-Geräten (siehe entsprechende CHOP-Codes 39.95 - Hämodialyse). Auch Behandlungen mit «kontinuierlicher Hämodialyse» in der Intensivpflegestation (IPS) sind anzugeben. Peritonealdialyse (CHOP-Code 54.98) und Plasmapherese-Behandlungen sind nicht unter «Anzahl Untersuchungen Dialysegeräte» zu erfassen.

Operationssäle: Ein OP-Saal ist ein von den übrigen Einrichtungen des Spitals abgetrennter Raum, in welchem chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. Da in diesem Raum spezielle Hygienevorschriften gelten, ist er nur durch eine Personenschleuse zu erreichen. In einem Operationssaal können sich mehrere Operationstische befinden. Neben der **Anzahl** ist die darin erbrachte Leistung gemessen anhand der **Schnitt-Naht-Zeit (SNZ)** als Summe aller Operationssäle in Stunden zu deklarieren.

Gebärsäle: Räume deren Infrastruktur auf den primären Verwendungszweck des Gebärens ausgerichtet sind, gelten als Gebärsäle. Ihre **Anzahl** ist zu deklarieren.

4.2 Beschäftigung

4.2.1 VZÄ - Berechnung der Vollzeitäquivalente (A.07)

Die VZÄ eines Beschäftigten berechnet sich wie folgt:

$VZÄ = \text{Anzahl bezahlter Arbeitsstunden} / \text{Anzahl Arbeitsstunden einer 100\% Stelle}$

Damit der elektronische Fragebogen diesen Wert im Kapitel Personal für jede Person einzeln berechnen kann und dies nicht durch die Betriebe geschehen muss, ist für jede Funktion (vgl. Kapitel 4.2.2.7) die **Gesamtzahl der Stunden anzugeben, welche eine Person mit Beschäftigungsgrad 100% pro Jahr leisten sollte.**

Ferien, Überstunden oder Absenzen (Krankheit, Ausbildung, usw.) zählen zur bezahlten Arbeitszeit. Feiertage sind gemäss dem Arbeitsgesetz Art. 20a den Sonntagen gleichgestellt und keine Arbeitszeit. Die jährlichen Arbeitsstunden einer 100% Stelle werden wie folgt festgelegt:

52 Wochen x Stundenanzahl/Woche, abzüglich der Summe der Stunden pro Jahr, die auf Feiertage (Mo-Fr) fallen

Gemäss dem Arbeitsgesetz (ArG) Art. 2 Abs. 1 und der Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz (ArGV 1) Art. 4a Abs. 1 gilt die Höchstarbeitszeit von 50 Stunden für sämtliche Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, auch wenn das Spital, in dem sie beschäftigt sind, dem ArG nicht unterstellt ist.

4.2.2 Personal (A.14)

Die Erfassung der Zahl und Struktur der beschäftigten Personen⁴⁸ erfolgt für den ganzen Betrieb. Um dennoch genügend Informationen für themenbezogene Datenanalysen zu erhalten, werden die Angaben in Form von individuellen Datensätzen erhoben. Konkret bedeutet dies, dass für jede einzelne Person sämtliche Fragen zum Personal beantwortet werden müssen. Die Vollzeitäquivalente (VZÄ) sind definiert als das Total der tatsächlich bezahlten jährlichen Arbeitsstunden dividiert durch die Arbeitsstunden des Jahres einer Vollzeiterwerbstätigkeit.

4.2.2.1 Internes Personal

Alle während eines Jahres beschäftigten Personen, welche über einen Arbeitsvertrag mit den Betrieben verfügen, müssen erfasst werden. Als entscheidendes Kriterium gilt hier, dass für die Arbeitnehmer anfallenden Kosten über das Konto Nr. 30 Lohnaufwand⁴⁹ verbucht wurden. Über ein Temporärbüro oder ein anderes Unternehmen (z. B. ein anderes Spital) angestellte Personen sind anzugeben, nicht aber ehrenamtliche Mitarbeitende. Für Temporärpersonal sind vollständige Angaben erwünscht, aber nicht obligatorisch. Da für die Personalverwaltung von ehrenamtlichen Mitarbeitenden ein anderes Unternehmen zuständig ist, verfügen die Betriebe unter Umständen nicht über die entsprechenden Informationen. Für die anderen internen Mitarbeitenden müssen alle Felder ausgefüllt werden.

Für beschäftigte Personen, die an mehreren *Standorten* oder *Leistungsstellen* mehrere *Funktionen* oder *Vertragstypen* ausgeübt haben oder im Betrieb während des Erhebungsjahrs teilweise in *Ausbildung* mit möglicherweise einen Wechsel der *Herkunft des Diploms* waren, können die Daten entweder:

- konsequent einzeln, d. h. detailliert aufgeführt mit der Verteilung der Arbeitszeit werden (mehrere Zeilen pro Mitarbeiter/-in möglich);
- gruppiert dort angegeben werden, wo die meisten Stunden geleistet wurden.

Bei einer detaillierten Erfassung ist darauf zu achten, dass alle Zeilen zur Mitarbeiterin oder zum Mitarbeiter die gleiche krankenhausspezifische anonyme Identifikationsnummer enthalten. Die anderen Informationen zur Mitarbeiterin oder zum Mitarbeiter müssen identisch sein und die Summe der VZÄ darf nicht mehr als 1 betragen.

4.2.2.2 Externes Personal

Ein nicht unwesentlicher Teil der medizinischen Leistungen wird durch Personal erbracht, welches über kein festes Arbeitsverhältnis mit den Betrieben verfügt, sondern für bestimmte Tätigkeiten gegen Rechnung bezahlt wird. Wenn folgende Bedingungen erfüllt sind, gilt das Personal als extern:

- kein Arbeitsvertrag mit Betrieb vorhanden (Lohn nicht über Konto 30 verbucht);
- keine Anstellung über Temporärbüro;
- keine im Spital eingemieteten Arztpraxen, welche ihre Leistungen dem Patienten selber verrechnen.

In der KS wird nur externes Personal erfasst, welches medizinische, diagnostische und therapeutische Leistungen erbringt. Dies entspricht folgenden Funktionen:

- 33 Externe Ärztin / externer Arzt
- 34 Externe Hebamme

⁴⁸ Art. 59a Abs. 1 Bst b KVG, Anhang der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes

⁴⁹ Gemäss Kontierungsrichtlinien, inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe, 2014

35 Externes medizinisches Personal

Unter «Externes medizinisches Personal» sind Personen der Kategorien «Pflegepersonal» (ohne Hebammen), «Medizinisch-technisches Personal» und «Medizinisch therapeutisches Personal» anzugeben.

Auch das externe Personal wird in einem individuellen - aber reduzierten - Datensatz wie das interne Personal erfasst. Dabei müssen folgende Angaben gemacht werden:

- Laufnummer
- Anonyme Identifikationsnummer
- GLN
- Geleistete Arbeitsstunden pro Jahr
- Code der Leistungsstelle
- Standort

4.2.2.3 Anonyme Identifikationsnummer der Mitarbeiter

Jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter ist eine **anonyme Identifikationsnummer** zuzuordnen. Diese Information dient ausdrücklich nicht zur Identifizierung der Person, welche hinter den deklarierten Daten sich befindet, sondern soll das Auffinden einer Einzeleingabe im Gesamtdatensatz, beispielsweise zur Korrektur einer Fehleingabe, erleichtern. Diese Nummer muss für jede Zeile einer Person identisch sein. Diese Nummer darf keine persönlichen Merkmale (AHV-Nummer, Passnummer etc.) enthalten und darf jährlich verändert werden. Zudem weist das Programm jedem Einzelrecord eine **Laufnummer** zu.

4.2.2.4 Die Global Location Number (GLN)

Die GLN ist eine öffentlich zugängliche Identifikationsnummer für Medizinalpersonal. Sie wird gleich bei der Erteilung eines eidg. Diploms oder bei der Anerkennung eines ausländischen Diploms zugeteilt und bleibt immer gültig, auch wenn beispielsweise der Name ändert. Das BFS erfasst diese Nummer ab den Daten 2013 für Hebammen und Ärztinnen und Ärzte, um zukünftig Angaben direkt aus dem Medizinalberuferegister (MedReg) zu beziehen und gemäss dem Registerharmonisierungsgesetz die Leistungserbringer zu entlasten.

Die GLN sind öffentlich zugänglich im Medizinalberuferegister zu finden:

[Gesundheitsberufeplattform \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/de/infomation/gesundheitsberuferegister)

4.2.2.5 Geburtsjahr

Für jede Person wird das **Geburtsjahr** erfasst. Diese Variable erlaubt die Bildung von Altersgruppen, was Grundlage für die Analyse der Struktur der Beschäftigten ist.⁵⁰

4.2.2.6 Geschlecht

Gleich wie das Geburtsjahr ist auch das **Geschlecht** ein wichtiges Element zur Darstellung des Personalbestands. Entscheidend für die Einteilung ist der Eintrag im Zivilstandsregister.

4.2.2.7 Funktion

Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird die verrichtete **Funktion** anhand vorgegebener Personalkategorien erfasst. Folglich ist nicht die Ausbildung, sondern die tatsächlich erbrachte Arbeit entscheidend.

Personal, welches sich in Ausbildung befindet und für welches keine entsprechende Bezeichnung als Antwortkategorie vorhanden ist, ist gemäss der künftigen Funktion zu benennen. In diesen Fällen sind

⁵⁰ Art. 59a Abs. 1 Bst. b KVG

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

die präzisierenden Angaben bei Frage «Personal in Ausbildung» (vgl. Kapitel 4.2.2.12) zu machen. Gleiches gilt für das Personal ohne Berufsabschluss und der Frage «Herkunft des Diploms» (vgl. Kapitel 4.2.2.11).

Die einzelnen Funktionskategorien, werden in acht Hauptgruppen eingeteilt, wobei eine Feingliederung in den Kategorien «Ärztinnen und Ärzte»,⁵¹ «Pflegepersonal», «Medizinisch-technisches Personal» und «Medizinisch-therapeutisches Personal» vorgenommen wird:⁵²

1. Ärztinnen und Ärzte
2. Pflegepersonal
3. Medizinisch-technisches Personal
4. Medizinisch-therapeutisches Personal
5. Sozialdienste (Beratung und Unterstützung)
6. Hausdienstpersonal
7. Technische Dienste
8. Administrativpersonal

4.2.2.8 Beschäftigungsgrad

Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des BFS gilt als erwerbstätig, wer mindestens eine Stunde als Angestellter oder Selbstständigerwerbender gegen Bezahlung gearbeitet hat. Entsprechend wird in der Krankenhausstatistik der Beschäftigungsgrad anhand der **bezahlten Arbeitsstunden (inkl. Überstunden)** während eines Geschäftsjahres gemäss Lohnbuchhaltung ermittelt. Nicht geleistete Stunden werden mitgezählt, wenn sie vom Betrieb bezahlt werden und für die Person keine Minderung des ausbezahlten Lohnes darstellen (Krankheit, Ausbildung, Militär, Schwangerschaft usw.).

Für Anstellungsverhältnisse mit gleitender Arbeitszeit bedeutet dies, dass Überstunden, bzw. Minusstunden nicht verbucht werden, wenn sie später gegen Freizeit, resp. Mehrarbeit ausgeglichen werden. Werden sie aber nachträglich monetär abgegolten (z.B. am Ende des Arbeitsverhältnisses), sind sie im Jahr der Entschädigung zu verrechnen.

Alle Stunden werden gleichermassen verbucht, ungeachtet wie sie entlöhnt werden (Nachtarbeit, Pikett, Überstunden, Wochenende, usw.), bzw. ob sie von der Person effektiv geleistet wurden oder nicht.

Auf Basis dieser deklarierten Stunden berechnet der elektronische Fragebogen selbstständig eine Vergleichsgrösse mit der deklarierten Standardanzahl bezahlter Arbeitsstunden, welche einer 100%-Beschäftigung entsprechen (vgl. Kapitel 4.2.1). Diese sog. **Vollzeitäquivalente (VZÄ)** nimmt beispielsweise den Wert 0.5 ein, wenn exakt die Hälfte der Stunden der Standardanzahl geleistet wurde.

Mit der Frage, ob die Person **am 31.12. unter Vertrag** steht oder nicht, wird die Fluktuation des Personals dokumentiert.

Temporärpersonal ist zur eindeutigen Unterscheidung zwingend im Feld «Temporärpersonal» anzugeben. Darunter fallen alle Personen, die von einem anderen Unternehmen, egal, ob von einem Stellenvermittlungsbüro oder einer anderen Gesundheitseinrichtung, ausgeliehen wurden. Temporärpersonal ist über einen Basisvertrag bei einem Drittunternehmen angestellt. Zusätzlich kann der **Vertragstyp** angegeben werden.

⁵¹ Hier sind nur Funktionen enthalten, welche im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) geregelt werden.

⁵² In Anhang III werden die genauen Unterteilungen der sieben Hauptfunktionskategorien sowie Beispiele der zuzuordnenden Berufsfunktionen aufgeführt.

4.2.2.9 Leistungsstelle

Zur genaueren Klassifizierung ist für jede Person die BFS-**Leistungsstelle** anzugeben. Die einzelnen Funktionshauptkategorien lassen sich grob auf die verschiedenen Leistungsstellen⁵³ zuteilen, wobei dies nicht für jeden Einzelfall zwingend zutreffen muss:⁵⁴

Ärztinnen und Ärzte / Pflegepersonal

M000	Medizinische Fachgebiete allgemein, Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Fachbereichen
M050	Intensivmedizin
M100	Innere Medizin
M200	Chirurgie
M300	Gynäkologie und Geburtshilfe
M400	Pädiatrie
M500	Psychiatrie und Psychotherapie
M600	Ophthalmologie
M700	Otorhinolaryngologie (ORL)
M800	Dermatologie und Venereologie
M850	Medizinische Radiologie
M900	Geriatric und subakute Pflege
M950	Rehabilitation und physikalische Medizin
M960	Notfallzentrum
M970	Ärztenotfallpraxis
M990	Weitere Tätigkeitsbereiche

Medizinisch-technisches Personal / Medizinisch-therapeutisches Personal / Sozialdienste

T100	Spezielle Infrastruktur
T200	Radiologie und Nuklearmedizin
T300	Strahlentherapie
T400	Diagnostische Dienste
T500	Übrige therapeutische Dienste
T600	Beratungs- und Sozialdienste
T700	Körperpflege

Hausdienstpersonal / Technische Dienste / Administrativpersonal

I100	Verwaltung
I200	Apotheke
I300	Küche
I400	Hausdienst
I500	Technischer Dienst und Unterhalt
E100	Schule(n)
E200	Übrige Nebenbetriebe

⁵³ Anhang V enthält weiterführende Informationen zu den Leistungsstellen der Kategorien T, I und E.

⁵⁴ So kann beispielsweise ein Apotheker, welcher gemäss Anhang III in der Funktionshauptkategorie « Medizinisch-technisches Personal » zu kategorisieren ist, die Hauptleistungsstelle I200 « Apotheke » besitzen.

Personal, welches keiner aufgeführten spezifischen Leistungsstelle zugeteilt werden kann, wird in der Kategorie M000 «Medizinische Fachgebiete allgemein, Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Fachbereichen» zugeteilt.

4.2.2.10 Standorte

Zur korrekten Erfassung des Personals von Unternehmen mit mehreren Standorten ist für jede Person die Nummer des Standorts anzugeben, an dem sie arbeitet.

Wenn das Unternehmen nur einen Standort hat, beantwortet der elektronische Fragebogen die Frage automatisch.

4.2.2.11 Herkunft des Diploms

Diese Variable definiert das Land, in welchem das **zuletzt erhaltene Diplom** erworben wurde. Nur die Herkunft von Diplomen, welche für Ausbildungen oder Weiterbildungen erlangt wurden und in Zusammenhang mit der angegebenen Funktion stehen, sind zu berücksichtigen. Die Variable «Herkunft des Diploms» bezieht sich auf eidgenössisch anerkannte Ausbildungen oder Weiterbildungen, welche für die verschiedenen Berufsgruppen definiert wurden, gemäss Medizinalberufegesetz MedBG, Psychologieberufegesetz PsyG, Berufsbildungsgesetz BBG und Fachhochschulgesetz FHSG.

Die Variable wird entsprechend den folgenden acht Kategorien erfasst:

Schweiz	Übrige EU⁵⁵
Deutschland	USA / Kanada
Frankreich	Übrige
Italien	Kein Diplom

4.2.2.12 Personal in Ausbildung

Die Frage, ob sich eine **Person in Ausbildung** befindet oder nicht, umfasst sämtliche Funktionsgruppen (vgl. Kapitel 4.2.2.7). Eine hier zu deklarierende Ausbildung muss erstens in direkten Zusammenhang mit der im persönlichen Datensatz genannten Funktion stehen und zweitens auf einem gültigen Arbeits- oder Ausbildungsvertrag mit dem Spital oder dem Spital angegliederten Schule respektive Betrieb beruhen. Gleiches gilt für Geburtshäuser.

Für die **Ärztenschaft** ist hier sowohl Aus- als auch Weiterbildung im Rahmen des eidgenössischen Weiterbildungstitels gemäss Art. 7 Abs. 1 VKL zu deklarieren.

Im Anhang III Personalfunktionen der KS ist eine Assistenzärztin als «Medizinerin mit Staatsexamen in Weiterbildung zur Erlangung eines eidg. Weiterbildungstitels» und ein Assistenzarzt als «Mediziner mit Staatsexamen in Weiterbildung zur Erlangung eines eidg. Weiterbildungstitels» definiert. Es ist in der Praxis jedoch möglich, dass sich eine Assistenzärztin und ein Assistenzarzt nicht bzw. eine Oberärztin und ein Oberarzt sich noch in Weiterbildung befindet.

Deshalb muss bei der Funktion «Assistenzärztin und Assistenzarzt» die Variable «in Ausbildung» (A.14.09) mit «JA» beantwortet werden, wenn sich die besagte Person in Weiterbildung befindet.

Alle Ärztinnen und Ärzte ab der Funktion Assistenzärztin und Assistenzarzt und höher (Spitalärztin und Spitalarzt, Oberärztin und Oberarzt usw.) können mit der Variable «in Ausbildung= JA» als eine Ärztin oder ein Arzt in Weiterbildung erfasst werden. Unterassistentärztinnen und Unterassistentärzte sind immer als in Ausbildung zu erfassen.

Als Medizinerin oder Mediziner in ärztlicher Weiterbildung gilt eine Ärztin oder ein Arzt, wenn sie oder er sich während eines Kalenderjahres mindestens 3 Monate in ärztlicher Weiterbildung befindet (1. Januar bis 31. Dezember).

⁵⁵ Alle Staaten der Europäischen Union (EU) mit Ausnahme von Deutschland, Frankreich und Italien, sowie die Mitgliedsstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) mit Ausnahme der Schweiz

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Nur der erste angestrebte Facharztstitel wird als Weiterbildung berücksichtigt. In begründeten Fällen wird auch ein zweiter FMH-Titel als Weiterbildung anerkannt.⁵⁶

4.2.2.13 Nationalität

Aufgrund von doppelten Staatsbürgerschaften sind bei der Variable **Nationalität** Mehrfachantworten möglich. Sie wird anhand der gleichen Kategorien erfasst, wie die Frage «Herkunft des Diploms».

Schweiz	Übrige EU
Deutschland	USA / Kanada
Frankreich	Übrige
Italien	

4.3 Buchhaltung

4.3.1 Personalaufwand

Da mehr als die Hälfte der Aufwände eines Spitals oder eines Geburtshauses durch das Personal erzeugt wird, sind hierfür präzisierende Angaben zu machen.⁵⁷ In diesem Sinne stellen die hier verlangten Informationen eine Präzisierung der Aufwände der Finanzbuchhaltung (vgl. Kapitel 4.3.2) dar.

Es wird zwischen fest angestelltem Personal, für deren Sozialversicherungsleistungen der Betrieb aufkommt, und externem Personal, welches für den Betrieb gegen Honorar medizinische, diagnostische und therapeutische Leistungen⁵⁸ erbringt (vgl. Kapitel 4.3.1.2), unterschieden.

4.3.1.1 Lohnbuchhaltung (A.18)

Für die Angaben das angestellte Personal betreffend sind folgende Kontenhauptgruppen gemäss Kontierungsrichtlinien, Inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe, 2014 zu unterscheiden:

- 30 Lohnaufwand⁵⁹
- 37 Sozialversicherungsaufwand
- 38 Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig)
 - 380 Arzthonorare, Spitalärzte
 - 381 Arzthonorare, Belegärzte
- 39 Übriger Personalaufwand

Die Ausweisung der Aufwände in Konto 30 Lohnaufwand erfolgt zusätzlich anhand der Funktionshauptgruppen (vgl. Kapitel 4.2.2.7):

⁵⁶ Das Spital liefert der Gesundheitsdirektion seines Kantons eine jährliche Bestätigung der betrieblichen Notwendigkeit dieser Weiterbildungen mit Angaben der Anzahl und der Facharztstitel-Kombination.

⁵⁷ Art. 10 Abs. 2 und 3 VKL, Art. 59a Abs. 1 KVG

⁵⁸ Als medizinische Leistungen gelten Arbeiten, welche von den Funktionshauptkategorien «Ärztinnen und Ärzte», «Pflegepersonal», «Medizinisch-technisches Personal» und «Medizinisch-therapeutisches Personal» erbracht wird.

⁵⁹ Gemäss REKOLE® sind die Kosten des Temporärpersonals unter der Kontohauptgruppe 30 Lohnaufwand zu verbuchen.

- 1. **Ärztinnen und Ärzte**
- 2. **Pflegepersonal**
- 3. **Medizinisch-technisches Personal**
- 4. **Medizinisch-therapeutisches Personal**
- 5. **Sozialdienste (Beratung und Unterstützung)**
- 6. **Hausdienstpersonal**
- 7. **Technische Dienste**
- 8. **Administrativpersonal**

4.3.1.2 Honorare für medizinische, diagnostische und therapeutische Leistungen

Die für den Betrieb erbrachten **medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen** des externen selbständigen Personals werden durch **Honorare** abgegolten, für deren Sozialversicherungspflicht das Spital oder das Geburtshaus nicht aufkommt. Diese Honorare⁶⁰ werden in drei Kategorien unterteilt:

- 1. **Ärztinnen und Ärzte**
- 2. **Hebammen**
- 3. **Übrige**

Die externe Ärzteschaft wird meist als Belegärzte bezeichnet. Allerdings wird dieser Begriff nicht einheitlich verwendet, so dass zur Unterscheidung zwischen den Variablen «Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig)» und «Honorare für medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen (nicht sozialversicherungspflichtig)» das Kriterium der Sozialversicherungspflicht zur Anwendung kommt.

Verrechnet ein Belegarzt seine im Auftrag des Spitals erbrachte Leistung direkt mit der Sozialversicherung, ohne dass das Spital dabei involviert ist, gilt dieser Betrag zur Gruppe der nicht sozialversicherungspflichtigen Honorare anzurechnen.

4.3.2 Finanzbuchhaltung (A.15)

Das KVG definiert den gesetzlichen Rahmen bezüglich der zu erhebenden Finanz- und Betriebsdaten mit administrativem Verwendungszweck. Die einzelnen Bestimmungen werden in der VKL präzisiert.

Um den Erhebungsaufwand für die Betriebe so gering als möglich zu halten, dient in der Krankenhausstatistik REKOLE®⁶¹ als Hilfsinstrument zur Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen.

Durch die zeitlich geordnete Erfassung aller unternehmensbezogenen Vorgänge, welche sich in Zahlenwerten ausdrücken lassen, sind Spitäler und Geburtshäuser in der Lage, am Ende einer Rechnungsperiode ihr finanzielles Jahresergebnis zu bestimmen. Die hierfür notwendige Finanzbuchhaltung⁶² ist ebenso wie die Deklaration der darin enthaltenen Aufwände und Erträge gesetzlich vorgeschrieben.⁶³

Für die Krankenhausstatistik sind die Aufwände und Erträge der Nebenbetriebe in der Finanzbuchhaltung mit auszuweisen. Als Nebenbetriebe gelten organisatorische Einheiten, welche die Prozesse der Spitäler, resp. der Geburtshäuser unterstützen. Nebenbetriebe entsprechen oft sogenannten Profitcentern, also organisatorischen Einheiten, für deren Gewinn oder Verlust, bei gegebener Kapazität, der Leiter verantwortlich ist. Daraus erfolgt, dass die Kostenstellen der

⁶⁰ Die Honorare entstammen sämtlicher Leistungskategorien (OKP, Zusatzversicherung, Selbstzahler, ausländische Patienten etc.).

⁶¹ vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz, REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital

⁶² Art. 10 Abs. 1 VKL

⁶³ Art. 59a Abs. 1 Bst. e KVG

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Nebenbetriebe verursachergerecht belastet bzw. entlastet werden. Die Erträge sowie Verlust und Gewinn der Nebenbetriebe werden separat ausgewiesen.⁶⁴ Ihr Kundenkreis besteht weitgehend aus externen Kunden, welche mit dem Behandlungsprozess der Patienten höchstens in einem indirekten Zusammenhang stehen. Einige nicht abschliessende Beispiele für Nebenbetriebe sind Blumenläden, Coiffeurgeschäfte und Restaurationsbetriebe.

4.3.2.1 Aufwand

Der Aufwand stellt gemäss Definition den Wertverzehr aller verbuchten Güter und Dienstleistungen einer Periode dar. Er wird anhand von drei Hauptgruppen erfasst, wobei die Angaben zu den Nebenbetrieben jeweils in die Deklaration zu integrieren sind.⁶⁵

Personalaufwand

- **3 Personalaufwand:** Summe der Kontenhauptgruppen 30 Lohnaufwand, 37 Sozialversicherungsaufwand, 38 Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig) und 39 Übriger Personalaufwand.

Aufwand für Material, Waren, Dienstleistungen, Drittleistungen und sonstiger Betriebsaufwand

- **40 Medizinischer Bedarf**
 - 40 **Medizinischer Bedarf (exkl. 405)**
 - 405 **Honorare für medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen**
- **41 Lebensmittelaufwand**
- **42 Haushaltsaufwand**
- **43 Unterhalt und Reparaturen**
- **44 Aufwand für Anlagenutzung**
 - 440 **Investitionen (< VKL Wert)**
 - 441 **Übrige Investitionen**
 - 442 **Abschreibungen**
 - 443 **Mietzinse (< VKL Wert)**
 - 444 **Übrige Mietzinse (inkl. operatives Leasing)**
- **45 Energieaufwand und Wasser**
- **46 Finanzaufwand**
 - 460 **Kreditzinsaufwand**
 - 461 **Darlehenszinsaufwand**
 - 463 **Hypothekarzinsaufwand**
 - 466 **Zinsaufwand auf finanzielles Leasing**
 - 469 **Übriger Zinsaufwand**
- **47 Verwaltungs- und Informatikaufwand**
- **48 Übriger patientenbezogener Aufwand**
- **49 Übriger nicht patientenbezogener Aufwand**

Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Aufwand

- **Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Aufwand:** Dies betrifft die Kontenhauptgruppen 77 Steuern, 78 Ausserordentlicher Aufwand und 79 Betriebsfremder Aufwand, separat erhoben.

⁶⁴ vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz, REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital.

⁶⁵ Die angegebenen Zahlen entsprechend den jeweiligen Kontenhauptgruppennummern gemäss Kontierungsrichtlinien, Inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe, 2014.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Die Summe der gemachten Deklarationen zu den Aufwänden wird im **Total Aufwand** vom Programm selbstständig berechnet, sowie die Zwischensummen der Kontengruppen.

4.3.2.2 Ertrag

Als Gegenstück zum Aufwand stellt der Ertrag den Wertzuwachs, bzw. Substanzzufluss in einer Periode dar. Die Erträge der Nebenbetriebe sind integriert zu erfassen.

Betriebsertrag

- 60 **Erträge aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten**
- 61 **Ärztliche Einzelleistungen**
- 62 **Übrige Spitaleinzelleistungen**
- 65 **Übrige Erträge aus Leistungen an Patienten**
- 66 **Finanzertrag**
- 67 **Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie an unverrechneten Lieferungen und Leistungen**
- 68 **Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte**
- 69 **Beiträge und Subventionen**⁶⁶
 - 690 **Beiträge von Gemeinden**
 - 695 **Beiträge von Kantonen**
 - 696 **Beiträge vom Bund**
 - 697 **Beiträge von Korporationen, Stiftungen und Privaten**

Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Ertrag

- **Steuern, ausserordentlicher und betriebsfremder Ertrag:** Dies betrifft die Kontenhauptgruppen 77 Steuern, 78 Ausserordentlicher Ertrag und 79 Betriebsfremder Ertrag, separat erhoben.

Die Summe der gemachten Deklarationen zu den Erträgen wird im **Total Ertrag** vom Programm selbstständig berechnet, sowie die Zwischensummen der Kontengruppen.

4.3.3 Jahresergebnis (A.16)

Das Jahresergebnis ist Teil der Gewinn- und Verlustrechnung und beruht auf dem Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag in einem bestimmten Zeitraum, in diesem Fall einem Geschäftsjahr.⁶⁷

Das Jahresergebnis in Form eines **Gesamtgewinns** bzw. eines **Gesamtverlusts** wird anhand der Summe der Finanzbuchhaltungsdaten (vgl. Kapitel 4.3.2) berechnet. Mit anderen Worten handelt es sich um die Differenz zwischen Aufwand und Ertrag, einschliesslich Steuern sowie ausserordentliche und betriebsfremde Aufwände und Erträge, aber ohne Berücksichtigung einer allfälligen Defizitdeckung. Da die Betriebe meldepflichtig sind, führt das Programm diese Berechnung nicht automatisch durch.⁶⁸

Im Falle eines Gesamtverlusts ist die Höhe einer allfälligen **Defizitdeckung**⁶⁹ anzugeben. Dabei ist wichtig, dass die Beiträge zur Defizitdeckung nicht mit den staatlichen und privaten Beiträgen und Subventionen (Kontonummer 69 der Kontierungsrichtlinien H+) verwechselt oder vermischt werden. Im

⁶⁶ Die Unterscheidung zwischen staatlichen Beiträgen und Subventionen (Konto 69) und Erträgen des Kontos 60 erfolgt aufgrund des Kriteriums der Fallabhängigkeit eines Ertrages.

⁶⁷ Art. 59a Abs. 1 Bst. e KVG

⁶⁸ Art. 59a Abs. 1 Bst. e KVG

⁶⁹ Anhang der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Gegensatz zu den Subventionen hängt die Defizitdeckung von der Höhe des Gesamtverlusts ab. Beide Ertragskategorien sind fallunabhängig und unterscheiden sich von den Erträgen, die unter der Kontonummer 60 «Erträge / Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten» erfasst werden.

Wenn das Defizit vollständig oder teilweise abgedeckt werden kann, muss die Quelle anhand folgender Kategorien bestimmt werden:

- **Reserven:** selbstfinanzierte Eigenmittel
- **Gemeinde(n):** von der Gemeinde bzw. den Gemeinden zugesprochene Mittel
- **Kanton(e):** vom Kanton bzw. den Kantonen zugesprochene Mittel
- **Bund:** vom Bund zugesprochene Mittel
- **Private Mittel:** von privaten externen Quellen zugesprochene Mittel

Wenn das Defizit nicht oder nur teilweise abgedeckt werden kann, ist der Rest unter **Nicht gedecktes Defizit** zu erfassen.

4.3.4 Abstimmungsbrücke (A.17)

Während in der Finanzbuchhaltung (vgl. Kapitel 4.3.2) der Aufwand des gesamten Betriebs ausgewiesen wird, werden in der Kostenträgerrechnung die Kosten für jede Patientin und jeden Patienten erfasst (d. h. für jeden Kostenträger). [Die Kostenrechnung wird neu direkt in SpiGes auf Fallebene erhoben.](#)

Die durch den systematischen Aufbau der Buchhaltung sichergestellte Konkordanz der beiden Instrumente lässt sich durch die Korrektur der (Ermessens-)Differenzen zwischen Aufwand und Kosten weiter verfeinern. Hierzu dient die Abstimmungsbrücke. [Die Abstimmungsbrücke wird weiterhin von der Krankenhausstatistik erhoben, allerdings auf einer detaillierteren Ebene. Anschliessend werden diese Informationen zur Kontrolle und Erstellung verschiedener Dateien wie ITAR_® über einen Webservice an SpiGes übermittelt.](#)

Abgrenzungen:

In der Krankenhausstatistik wird [zur Berechnung der Gesamtkosten pro Kostenträger nach SpiGes](#) der **Gesamtaufwand der Finanzbuchhaltung** (Total) um Steuern, den ausserordentlichen und betriebsfremden Aufwand sowie den kalkulatorischen Aufwand (Anderskosten und Zusatzkosten) bereinigt.

- **Zusatzkosten:** Kosten, welche für den administrativen Fall und / oder Auftrag relevant sind (Kostenträgerrechnung), nicht aber in der Finanzbuchhaltung des Betriebes erscheinen, da sie durch einen Dritten (Staat, öffentliche Stiftung, Universität, Krankenkasse, Forschungs- oder Privatfonds, Dachorganisation etc.) direkt bezahlt werden.
- **Anderskosten:** Die Anderskosten sind zwar sowohl in der Kostenträgerrechnung als auch in der Finanzbuchhaltung berücksichtigt, werden dort jeweils aufgrund anderer Rechnungsziele unterschiedlich bewertet. Dies betrifft unter anderem Abschreibungen und Zinsen.
- **Betriebsfremder und ausserordentlicher Aufwand / Aufwand von Nebenbetrieben:** In der Kostenrechnung werden als Kosten nur jene Aufwände einbezogen, die in Zusammenhang mit dem eigentlichen Betriebszweck des Spitals stehen.
- **Steuern:**
 - Indirekte Steuern und Vermögenssteuern: Diese besteuern den Verkehr zwischen dem Unternehmen und seiner Umwelt, ohne Berücksichtigung des Erfolgs. Verkehrssteuern

- (z.B. Fahrzeugsteuer) sowie Zölle und Verbrauchsteuern (z.B. Tabaksteuer, Mineralsteuer) gelten als aufwandgleiche Kosten
- Mehrwertsteuer: Die Mehrwertsteuer wird in der Kostenrechnung nur dann erfasst, wenn das Spital mit Pauschalsteuersätzen abrechnet und daher die Vorsteuer nicht geltend gemacht werden kann. In diesem Fall sind entsprechende Abgrenzungen vorzunehmen.
- Ertragssteuern: Da Ertragssteuern das (gewinnabhängige) Ergebnis besteuern, werden sie nicht als Kosten berücksichtigt.
- **Korrektur Überlieger:** Um von der Kostenträgerzeitrechnung zur Kostenträgerstückrechnung zu gelangen, müssen die Kosten um die Überlieger korrigiert werden. Massgebend sind die im Rechnungsjahr ausgetretenen Patienten. Aus diesem Grund muss der gesamte Kostenanteil des Vorjahres für die im Vorjahr eingetretenen, aber erst im Berichtsjahr ausgetretenen Patienten hinzugerechnet werden. Auf der anderen Seite sind die im Berichtsjahr angefallenen Kosten der erst im Folgejahr ausgetretenen Patienten abzuziehen.

Die Abstimmungsbrücke übernimmt die Kontengruppen der Finanzbuchhaltung (vgl. Kapitel 4.3.2). Sie stützt sich dabei auf die Abstimmungsbrücke nach REKOLE® und die überarbeitete Abstimmungsbrücke nach GDK. Abstimmungen sind in allen Kontengruppen möglich, so auch in den Kontengruppen 448 kalkulatorische Zinsen des Anlagevermögens, 468 kalkulatorische Zinsen auf dem operativen Netto-Umlaufvermögen sowie beim Ertrag 66/68 als Kostenminderung.

Die Kontengruppen 442 Abschreibungen, 444 übrige Mietzinse (inkl. operatives Leasing) und 448 kalkulatorische Zinsen des Anlagevermögens müssen mit der REKOLE®-Berechnung ergänzt werden.

Überlieger sowie Nebenbetriebe werden direkt auf Basis der SpiGes-Daten korrigiert. Sie müssen hier nicht mehr angegeben werden.

Mögliche Abweichungen zwischen der Finanzbuchhaltung und der Abstimmungsbrücke gegenüber der Kostenrechnung werden nicht mehr hier, sondern in der SpiGes-Erhebung beurteilt.

4.3.5 Anlagebuchhaltung (A.19)

Die Deklarationen zur Anlagebuchhaltung der Krankenhausstatistik erfolgen, wie alle anderen Angaben, gemäss den in KVG und VKL beschriebenen Regelungen.⁷⁰

Im vorliegenden Text werden die gesetzlichen Regelungen beschrieben. Zudem formuliert das BFS im Hinblick auf die Erfüllung seines Gesetzauftrages⁷¹ darüber hinaus reichende Hinweise.

Investitionen mit einem Anschaffungswert von 10 000 Franken oder mehr müssen einheitlich erfasst und gesondert ausgewiesen werden, da ihre Nutzungskosten ermittelt werden müssen.⁷²

Als Investitionen gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, welche ein Spital oder ein Geburtshaus zur Erfüllung seines Leistungsauftrages benötigt.⁷³ Dieser Auftrag umfasst sämtliche Leistungen, deren Erbringung vertraglich zwischen Betrieb und Kanton geregelt werden und auf Basis dessen Eintrag auf der kantonalen Spitalliste besteht.⁷⁴ Entsprechend sind Anlagen der Nebenbetriebe

⁷⁰ BAG: Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – nderungen per 1. Januar 2009 – nderungen und Kommentar im Wortlaut

⁷¹ Art. 23 KVG

⁷² Art. 10 Abs. 5 VKL

⁷³ Art. 8 Abs. 1 VKL

⁷⁴ Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

und Anteile an Grundstücken, welche zur Erfüllung des Leistungsauftrages nicht notwendig sind, nicht zu erfassen.⁷⁵

Da Miet- und Abzahlungsgeschäfte den Kaufgeschäften gleichgestellt und deren Anlagenutzungskosten separat auszuweisen sind,⁷⁶ werden in der Krankenhausstatistik zwei getrennte Tabellen geführt, in denen die einzelnen Anlagen aufzuführen sind.

Damit in diesen Tabellen genügend Linien vom elektronischen Fragebogen erzeugt werden können, wird die **Anzahl der Anlagen durch Kaufgeschäfte**, bzw. **Miet- und Abzahlungsgeschäfte** erfragt. Zudem ist die **geplante Nutzungsdauer der Anlagen in Jahren**⁷⁷ pro Anlagekategorie⁷⁸ zu deklarieren. Der **gesetzlich vorgegebene kalkulatorische Zinssatz**⁷⁹ (vgl. Kapitel 4.1.1.2) wird ferner in dieser Tabelle visualisiert.

Für die Gliederung der Anlagen sieht das BFS die in REKOLE® beschriebenen Anlagekategorien vor:

Immobilie Sachanlagen

- **Bebautes und unbebautes Land**⁸⁰
- **Spitalgebäude und andere Gebäude**
- **Bauprovisorien**

Installationen

- **Allgemeine Betriebsinstallationen**
- **Anlagespezifische Installationen**

Mobile Sachanlagen

- **Möbiliar und Einrichtungen (inkl. Lager)**
- **Büromaschinen und Kommunikationssysteme**
- **Fahrzeuge**
- **Werkzeuge und Geräte (Betrieb)**

Medizinische Anlagen

- **Apparate, Geräte, Instrumente (inkl. Anschaffungssoftware)**
- **Software-Upgrades**

Informatikanlagen

- **Hardware**
- **Software**
- **ERP / KIS**

Immaterielle Werte

Nur wenn sie einer Abnutzung unterliegen.

In der Tabelle **Anlagebuchhaltung der Kaufgeschäfte** sind für jede betriebsnotwendige Anlage durch das Spital oder das Geburtshaus folgende Angaben gemäss Art. 10a Abs. 1 VKL zu deklarieren:

⁷⁵ BAG: Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – Änderungen per 1. Januar 2009 – Änderungen und Kommentar im Wortlaut

⁷⁶ Art. 8 Abs. 2 VKL

⁷⁷ Art. 10a Abs. 1 Bst. b VKL

⁷⁸ BAG: Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) – Änderungen per 1. Januar 2009 – Änderungen und Kommentar im Wortlaut

⁷⁹ Art. 10a Abs. 1 Bst. h VKL

⁸⁰ Auf den Zusatz «Baurechte» gemäss REKOLE® wird an dieser Stelle verzichtet, da diese zur Erbringung des Leistungsauftrages keine Bedeutung besitzen.

- **Anschaffungswert** in Fr.: Eine Bewertung darf nicht gemäss Markt-, Wiederbeschaffungs- oder Brandversicherungswert erfolgen.⁸¹
- **Anschaffungsjahr**
- **Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres** in Fr.
- **Buchwert der Anlage am Ende des Jahres** in Fr.
- **Jährliche Abschreibung** in Fr.⁸²
- **Kalkulatorischer Zins** in Fr.⁸³
- **Anlagenutzungskosten** in Fr.: Die Summe der jährlichen Abschreibungen in Fr. und des kalkulatorischen Zinses entsprechen den Anlagenutzungskosten in Franken.⁸⁴

Um die verschiedenen Anlagen in die jeweils korrekte Kategorie einteilen zu können, bzw. um zu ermitteln, ob der in der VKL vorgeschriebenen minimalen Anschaffungswert erreicht wird oder nicht, ist eine klare Abgrenzung der einzelnen Anlagen, insbesondere wenn diese aus mehreren Teilen besteht, notwendig.⁸⁵

Da die hier zu machenden Angaben gemäss Art. 10 Abs. 5 VKL von den Spitälern und Geburtshäusern selbstständig geführt werden müssen, ist eine automatische Berechnung, resp. Korrektur der Deklarationen durch das Computerprogramm rechtlich nicht zulässig.

Damit das BFS seinen statistischen Gesetzesauftrag, wie er durch Art. 23 KVG, das Bundesstatistikgesetz und die Statistikerhebungsverordnung formuliert wird, korrekt erfüllen kann, berechnet es auf Basis der Grössen «Geplante Nutzungsdauer in Jahren», «Gesetzlich vorgeschriebener, kalkulatorischer Zinssatz», «Anschaffungswert in Fr.» und «Anschaffungsjahr» die anderen Werte selbstständig im Hintergrund. Diese berechneten Werte werden vom BFS ausschliesslich für seine statistische Zwecke verwendet.⁸⁶ Für die Betriebe entsteht dadurch kein zusätzlicher Mehraufwand.

Im elektronischen Fragebogen sind die Variablen, welche ausschliesslich für die administrative Verwendung vorgesehen sind, mit dem Begriff «**Selbstdeklaration gemäss VKL**» gekennzeichnet. Deren Verwendungszweck ist in Art. 59a Abs. 3 KVG und der VKL dokumentiert. Sämtliche Deklarationen in der Krankenhausstatistik haben den Anforderungen der VKL zu entsprechen.

Die Berechnung einiger Daten durch das BFS für statistische Zwecke entbindet die Betriebe nicht von ihrer Deklarationspflicht für die administrative Verwendung.

Für seine Berechnungen⁸⁷ verwendet das BFS folgende Formeln:⁸⁸

⁸¹ Art. 10a Abs. 2 VKL

⁸² Die jährliche Abschreibung in Fr. ist für die Anlagekategorie «Bebautes und unbebautes Land» nicht auszufüllen, da hier keine Wertminderung auf den Wert Null vorgenommen wird.

⁸³ Gemäss Schlussbestimmungen Absatz 3 der VKL wird für die Berechnung der kalkulatorischen Zinsen der Anschaffungswert durch den Buchwert im Zeitpunkt des Übergangs ersetzt werden.

⁸⁴ Ausnahme ist die Kategorie «Bebautes und unbebautes Land»: Hier entspricht der kalkulatorische Zins den Anlagenutzungskosten in Fr.

⁸⁵ REKOLE® bemerkt hierzu, dass es zu beachten gilt, ob die einzelnen Bestandteile einer Anlage unabhängig von den anderen Elementen genutzt werden könnten oder nicht. Ist dem der Fall, handle es sich um unterschiedliche Anlagen, sei jedoch nur eine gemeinsame Nutzung möglich, seien die Teile gemeinsam zu erfassen.

⁸⁶ Die genauen Verwendungszwecke werden durch Art. 23 KVG, das Bundesstatistikgesetz und die Statistikerhebungsverordnung erläutert.

⁸⁷ Die vom BFS verwendete Berechnungsmethode besitzt für die Selbstdeklaration der Betriebe für die sog. administrative Verwendung keine bindende Wirkung.

⁸⁸ Die Variablen «Jährliche Abschreibung in Fr.», «Buchwert Anfang des Jahres» und «Buchwert Ende des Jahres» werden für die Anlagen der Anlagekategorie «Bebautes und unbebautes Land» vom BFS gemäss Deklaration übernommen.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

- **Buchwert Anfang des Jahres** = [Anschaffungswert in Fr.] – ([Anzahl Betriebsjahre⁸⁹] * [Jährliche Abschreibungen in Fr.])
- **Buchwert Ende des Jahres** = [Anschaffungswert in Fr.] – (([Anzahl Betriebsjahre] + 1) * [Jährliche Abschreibungen in Fr.])
- **Jährliche Abschreibung in Franken** = [Anschaffungswert in Fr.] / [Geplante Nutzungsdauer der Anlage in Jahren]
- **Kalkulatorischer Zins in Fr.** = ([Anschaffungswert] / 2) * [Gesetzlich vorgegebener kalkulatorischer Zinssatz]⁹⁰
- **Anlagenutzungskosten in Fr.** = [Jährliche Abschreibung in Fr.] + [Kalkulatorischer Zins in Fr.]

In der Tabelle **Anlagebuchhaltung der Miet- und Abzahlungsgeschäfte** ist jede Anlage sowie ihre **Anlagenutzungskosten in Fr.** zu deklarieren, sobald sie einen Anschaffungswert von 10'000 Franken oder mehr besitzt.⁹¹

⁸⁹ Anzahl Betriebsjahre = [Erhebungsjahr] – [Anschaffungsjahr]

⁹⁰ Für die Anlagen der Kategorie «Bebautes und unbebautes Land» wird folgende Berechnungsformel angewendet: Kalkulatorischer Zins in Fr. = [Anschaffungswert] * [Gesetzlich vorgegebener kalkulatorischer Zinssatz].

⁹¹ Art. 10 Abs. 5 VKL und Art. 8 VKL

Krankenhausstatistik: Veränderung der Variablen

Erhebung ab Einführung von SpiGes	Kommentar	Erhebung Daten ab 2010	Kommentar	Erhebung Daten 1997 – 2009
<p>1. Allgemeine Angaben Betrieb</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitätstyp - Betriebsidentifikation - Rechtsform - Status des Spitals - Art des öffentlichen Beitrages - Gemeinwirtschaftliche und andere spezifische Leistungen - Referenzperson - Bemerkungen zuhanden des Kantons oder des BFS 	<p>BURGESV – Verbindung mit ITAR_K®</p>	<p>1. Allgemeine Angaben Betrieb</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitätstyp - Betriebsidentifikation - Rechtsform - Status des Spitals - Art des öffentlichen Beitrages - Gemeinwirtschaftliche und andere spezifische Leistungen - Berechnung der Vollzeitäquivalente - Referenzperson - Bemerkungen zuhanden des Kantons oder des BFS 	<p>Mit Adresse, BUR-Nummer, NOGA - Code, Sprache, Gemeindenummer etc.</p> <p>Anpassung an den OECD-Standard</p>	<p>0. Allgemeine Angaben / 2. Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betriebsidentifizierung - Rechtsform - Kantonale Listen - Wirtschaftsstatus - Beschäftigungsgrad am 31.12. - Sachbearbeiter
<p>2. Allgemeine Angaben Standorte, Betten, Med.-techn. Infrastruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Standorte (und Angebot) - Betten - Medizinisch-technische Infrastruktur 	<p>Keine Austritte und Pflage tage mehr, auch nicht für Langzeitbehandlungen (werden auf Fallebene in der SpiGes erhoben)</p>	<p>2. Allgemeine Angaben Leistungen und Behandlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langzeitbehandlungen im Spital - Standorte und Angebot - Externes Personal für medizinische Leistungen - Medizinisch-technische Infrastruktur 	<p>Pflage tage und Austritte</p> <p>Ärzte, Hebammen und Übrige</p> <p>Daten in der MS-Statistik Streichung der FMH-Weiterbildungskategorien</p>	<p>1. Leistungsangebot</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belegärzte - Infrastruktureinrichtungen - Medizinische Leistungen

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Erhebung ab Einführung von SpiGes	Kommentar	Erhebung Daten ab 2010	Kommentar	Erhebung Daten 1997 – 2009
			Daten in der MS-Statistik	- Medizinisch-technische und therapeutische Leistungen
3. Beschäftigung VZÄ, Personal		3. Allgemeine Angaben Personal		2. Beschäftigung
<ul style="list-style-type: none"> - Berechnung der Vollzeitäquivalente Individueller Datensatz <ul style="list-style-type: none"> - Laufnummer und anonyme Identifikationsnummer - Geburtsjahr - Geschlecht - Funktion - Beschäftigungsgrad <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsstelle - Standort <ul style="list-style-type: none"> - Personal in Ausbildung - Nationalität - Herkunft des Diploms 	Neue Variablen: Temporärpersonal und Vertragstyp	Individueller Datensatz <ul style="list-style-type: none"> - Laufnummer und anonyme Identifikationsnummer - Geburtsjahr - Geschlecht - Funktion - Beschäftigungsgrad <ul style="list-style-type: none"> - Hauptleistungsstelle - Hauptstandort <ul style="list-style-type: none"> - Personal in Ausbildung - Nationalität - Herkunft des Diploms 	Wechsel von Ausbildung zu erbrachter Funktion Anzahl bezahlter Arbeitsstunden, VZÄ, am 31.12 unter Vertrag	Einzelrecords <ul style="list-style-type: none"> - Laufnummer und anonyme Identifikationsnummer - Geschlecht - Berufscode - Erwerbsquote am 31.12. - Code der Leistungsstelle - Präzisierungen des Beschäftigungsgrads: Forschung & Entwicklung, Lehre, ambulanter Bereich - Finanzierungsquelle - Personal in Ausbildung - Schweizerische Nationalität

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Erhebung ab Einführung von SpiGes	Kommentar	Erhebung Daten ab 2010	Kommentar	Erhebung Daten 1997 – 2009
4. Buchhaltung		4. Allgemeine Angaben Finanz- und Betriebsdaten		4. Finanzbuchhaltung
<ul style="list-style-type: none"> - Finanzbuchhaltung - Jahresergebnis - Abstimmungsbrücke - Lohnbuchhaltung und Honorare für medizinische Leistungen - Anlagebuchhaltung 	<p>Detaillierte Abstimmungsbrücke nach REKOLE® und GDK</p> <p>Nicht mehr erhoben in der KS (ausser Betten), wird in SpiGes erhoben auf Fallebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzbuchhaltung - Jahresergebnis - Abstimmungsbrücke - Lohnbuchhaltung und Honorare für medizinische Leistungen - Anlagebuchhaltung 	<p>Aufwände und Erträge</p> <p>Informationen zu den Nebenbetriebe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebsrechnung - Deckung des Betriebsverlustes - Nicht in der Betriebsrechnung vorkommender Aufwand und Ertrag
		5. Leistungen und Behandlungen		3. Hospitalisierung
		<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Behandlungen - Betten 	<p>Erfassung der meisten Informationen durch die MS-Statistik</p> <p>Planbetten und Betriebsbettentage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Variablen - Betten
		6. Finanz- und Betriebsdaten		5. Preise und Tarife
		<ul style="list-style-type: none"> - Kostenträgerrechnung - Erlösträgerrechnung 	<p>Das alte Kapitel Preise und Tarife wurden gestrichen.</p> <p>Administrative Fälle und Aufträge</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tarife für Tagespauschalen am 31.12.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Variablen der Krankenhausstatistik

Literaturverzeichnis

BAG 2008	Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut. Bundesamt für Gesundheit – BAG, Bern 2005.
BFS 1997	Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhausstatistik, Detailkonzept 1997. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 1997.
BFS 1997	Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Detailkonzept 1997. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 1997.
BFS 1997	Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Statistik der sozial-medizinischen Institutionen, Detailkonzept 1997. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 1997.
BFS 2006	Zugang zu den Mikrodaten des BFS, 2006. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 2006.
BFS 2006	Manuel REE Application principale, Version 2.0. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 2003.
BFS 2008	NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 2008.
BFS 2008	Konzept zur Einführung einer Unternehmens-Identifikationsnummer (UID) 2008. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchâtel 2008.
Eurostat 2005	Europäische Statistiken: Verhaltenskodex, Für die nationalen und gemeinschaftlichen statistischen Stellen (European Statistics Code of Practice). Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften - eurostat 2005.
H+ Die Spitäler der Schweiz 2008	REKOLE®, Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 4. Ausgabe 2013, H+ Die Spitäler der Schweiz – H+ Bern, 2014.
H+ Die Spitäler der Schweiz 2014	Kontierungsrichtlinien, Inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe, 2014, H+ Die Spitäler der Schweiz – H+ Bern, 2014.
OECD 2000	A System Of Health Accounts, Version 1.0. Organization for Economic Co-operation and development – OECD, 2000.
TARMED Suisse 2007	Konzept für die Anerkennung von Sparten nach TARMED, Version 2007. Tarifiedienst FMH – TARMED 2007.

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ArG	Arbeitsgesetz
ArGV 1	Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIT	Bundesamt für Informatik und Telekommunikation
BJ	Bundesamt für Justiz
BStatG	Bundesstatistikgesetz
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
CT	Computertomograph
DSG	Bundesgesetz über den Datenschutz
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
ERP	Enterprise Resource Planning
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GLN	Global Location Number
KIS	Krankenhausinformationssystem
KS	Krankenhausstatistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NOGA	Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ORL	Otorhinolaryngologie
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PUE	Preisüberwacher
PüG	Preisüberwachungsgesetz
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SNZ	Sanitätsnotrufzentrale
SNZ	Schnitt-Naht-Zeit
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPECT	Single Photon Emissions Computer Tomography
SpiGes	Spitalstationäre Gesundheitsversorgung
SPITEX	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
UID	Unternehmens-Identifikationsnummer
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
ZSR	Zahlstellenregister

Anhangverzeichnis

Anhang I	Fragebogen
Anhang II	Zuordnung der Leistungsstellen auf die Aktivitätstypen
Anhang III	Zuordnung der Personalfunktionen
Anhang IV	Zuteilung der Belegärzte zu den Leistungsstellen
Anhang V	Zuteilung des Personals auf die Leistungsstellen
Anhang VI	Zuordnung der Patientenbehandlungsart