



Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Krankenhausstatistik

Detailkonzept

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Revision der Krankenhausstatistik 2010	5
2.1	Grund der Revision.....	5
2.2	Allgemeine Zielsetzung.....	5
2.3	Bedürfnisklä rung.....	6
3	Rechtliche Grundlagen	7
4	Organisation der Datenerhebung	8
4.1	Bereich und Form der Erhebung.....	8
4.1.1	Definition der Spitäler	8
4.1.2	Definition der Geburtshäuser	8
4.1.3	Erfassungseinheit	9
4.1.4	Klassifizierung	9
4.1.5	Form der Datenerfassung.....	9
4.2	Aufgaben der Erhebungspartner.....	10
4.2.1	Bundesamt für Statistik BFS.....	10
4.2.2	Kantone	10
4.2.3	Betriebe	10
4.3	Ablauf der Erhebung.....	11
4.4	Eckdaten.....	12
4.5	Datenschutz und Datenzugriff.....	12
4.5.1	Datensicherheit.....	12
4.5.2	Datenweitergabe zu statistischen Zwecken	13
4.5.3	Datenweitergabe zu administrativen Zwecken.....	13
4.6	Publikation und statistische Analysen	13
5	Beschreibung der Variablen der Erhebung	14
5.1	Allgemeine Angaben Betrieb	15
5.1.1	Aktivitätstyp	15
5.1.2	Betriebsidentifikation	16
5.1.3	Rechtsform	17
5.1.4	Status des Spitals.....	17
5.1.5	Art des öffentlichen Beitrages	18
5.1.6	Gemeinwirtschaftliche und andere spezifische Leistungen.....	18
5.1.7	Berechnung der Vollzeitäquivalente	20
5.1.8	Referenzperson	20
5.1.9	Bemerkungen zuhanden des Kantons oder des BFS	20

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

5.2	Allgemeine Angaben Leistungen und Behandlungen	21
5.2.1	Langzeitbehandlungen im Spital.....	21
5.2.2	Standorte und Angebot.....	21
5.2.3	Externes Personal für medizinische Leistungen	21
5.2.4	Medizinisch-technische Infrastruktur.....	22
5.3	Allgemeine Angaben Personal.....	23
5.3.1	Mitarbeiter	24
5.3.2	Geburtsjahr.....	24
5.3.3	Geschlecht	24
5.3.4	Funktion.....	24
5.3.5	Beschäftigungsgrad	25
5.3.6	Leistungsstelle.....	25
5.3.7	Hauptstandort.....	27
5.3.8	Herkunft des Diploms	27
5.3.9	Personal in Ausbildung.....	27
5.3.10	Nationalität	28
5.4	Allgemeine Angaben Finanz- und Betriebsdaten	28
5.4.1	Finanzbuchhaltung	28
5.4.2	Betriebsergebnis.....	30
5.4.3	Abstimmungsbrücke	31
5.4.4	Lohnbuchhaltung und Honorare für medizinische Leistungen	32
5.4.5	Anlagebuchhaltung.....	33
5.5	Leistungen und Behandlungen	36
5.5.1	Stationäre Behandlungen	36
5.5.2	Betten.....	37
5.6	Finanz- und Betriebsdaten.....	37
5.6.1	Kostenträgerrechnung	37
5.6.2	Erlösträgerrechnung	41
5.7	Gegenüberstellung der Variablen der Krankenhausstatistik 1997 und 2010.....	42
	Literaturverzeichnis	44
	Abkürzungsverzeichnis	45
	Anhangverzeichnis	46

1 Einleitung

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erhebt seit 1997 im Rahmen der jährlichen Krankenhausstatistik Informationen bei den Spitälern in der Schweiz. Diese obligatorische Vollerhebung basiert auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)¹ und dem Bundesstatistikgesetz (BStatG)². Sie ersetzt zusammen mit der Medizinischen Statistik, der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) sowie der Fallkostenstatistik die Statistik der stationären Gesundheitsbetriebe, welche vom Dachverband der Spitäler (VESKA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sozialversicherung erstellt worden war.

Die Daten der Krankenhausstatistik können auf Basis von Art. 22a Abs. 3 KVG in nicht anonymisierter Form den gesetzlich bestimmten Organen³ zwecks Erfüllung des jeweiligen Gesetzesauftrags 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 elektronischen Fragebogen und Web-Applikation erhoben und zentral beim Bundesamt für Informatik (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.

Aufgrund des dynamischen Wandels im Gesundheitsbereich benötigten sowohl die politischen Entscheidungsträger als auch die administrativen Verwaltungsorgane zusätzlich zu den seit 1997 erhobenen Daten zahlreiche neue spezifische Informationen. Mit der Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) 2003⁵ sowie der seit 1. Januar 2009 gültigen Revision des KVG sowie 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 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 spezifische Interpretation der Gesetzestexte, sowie die Konkretisierung der Bedürfnisse erfolgten in Zusammenarbeit mit den Datenverwendern und Datenproduzenten im Rahmen einer Begleitgruppe.

Das vorliegende Detailkonzept beschreibt die Erhebung der Krankenhausstatistik, wie sie mit den Daten des Geschäftsjahres 2010 Gültigkeit besitzt.

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 Die Verordnung heisst heute Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002.

2 Revision der Krankenhausstatistik 2010

2.1 Grund der Revision

Folgende Gründe führten zur Überarbeitung der seit 1998 (Daten 1997) bestehenden Krankenhausstatistik:

- Inkrafttreten VKL 2003: Verschiedene Instrumente der Finanzbuchhaltung zur Kostenermittlung und Leistungserfassung werden für die Betriebe für verpflichtend erklärt.
- Revision KVG 2009: Änderung der Bedarfsplanung im Gesundheitswesen durch die Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich.
- Revision VKL 2009: Die Anlagebuchhaltung wird als Instrument zur Kostenerfassung integriert.
- Wandel des Gesundheitswesens: Teile des alten Fragebogens entsprachen nicht mehr den Bedürfnissen (der administrativen Datenverwender).
- Einführung Medizinische Statistik (seit 1999): Mit der erfolgreichen Einführung der Medizinischen Statistik wurden einige Informationen indirekt berechenbar.

2.2 Allgemeine Zielsetzung

Bei der Revision der Krankenhausstatistik sollten sowohl die veränderten gesetzlichen Grundlagen als auch der Wandel im schweizerischen Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wurden folgende Hauptziele angestrebt:

- Die revidierte Krankenhausstatistik muss zwingend den revidierten Gesetzesbestimmungen entsprechen.
- Die in der VKL vorgeschriebenen neuen Elemente zur Kosten- und Leistungstransparenz sollen in einer Form integriert werden, welche für die Datenproduzenten möglichst wenig Erfassungsaufwand bereitet.
- Die Informationen der verschiedenen stationären Gesundheitsstatistiken des BFS sollen koordiniert werden, damit Doppelerhebungen möglichst vermieden werden.
- Der Produktionsprozess soll durch die Einführung einer Erhebung via Web-Applikation rationalisiert und optimiert werden.

Ziele der künftigen, wie auch der bereits bestehenden Krankenhausstatistik:

- Gesamtschweizerisch einen vollständigen Überblick über das Leistungsangebot, die Infrastruktur, die Finanzdaten und den Personalbestand der Betriebe zu bieten.
- Strukturveränderungen von Angebot und Leistungen aufzuzeigen.
- Die Kostenentwicklung zu beobachten.
- Regionale, kantonale und überkantonale Vergleiche insbesondere betreffen Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zwischen Betriebe zu ermöglichen.
- Die erforderlichen Grundlagen für die interkantonale Zusammenarbeit bei der Planung der Spitalversorgung bereitzustellen.
- Daten und Indikatoren für die wissenschaftliche Forschung oder andere Statistiken zur Verfügung zu stellen.
- Daten und Indikatoren für internationale Organisationen und Ländervergleiche bereit zu stellen.

2.3 Bedürfnisklä rung

Für die Revision wurde eine Begleitgruppe mit Vertretern bestehend aus Datenverwendern sowie Datenproduzenten gegründet, damit diese ihre Bedürfnisse einbringen und im direkten Kontakt kompromissfähige Lösungen erarbeiten konnten. Zudem beriet und unterstützte die Begleitgruppe das BFS in konkreten sachspezifischen Fragen inhaltlich.

Die Begleitgruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Partner:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Preisüberwachung
- Kantonale Gesundheitsdirektionen und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Kantonale statistische Ämter und Konferenz der regionalen statistischen Ämter der Schweiz (KORSTAT)
- Spitäler und H+ Die Spitäler der Schweiz
- santésuisse, die Schweizer Krankenversicherer

Die Arbeit in der Begleitgruppe fand in einer ersten Phase in Sitzungen und Treffen von Arbeitsgruppen statt. Dabei wurde eine eingehende Bedürfnisanalyse vorgenommen. Die daraus erarbeiteten Entscheidungen wurden in einem sog. Grobkonzept integriert.

Die zweite Phase der Zusammenarbeit war durch direkte bilaterale Gespräche zwischen den Revisionspartnern und dem BFS geprägt. Absicht war es dabei, die vorgängig bestimmten grossen Ziele der Revision durch die Formulierung eines Fragenkatalogs zu konkretisieren. Eine zentrale Bedeutung kam hierbei den Gesprächen mit H+ und dem BAG zu.

Während des Revisionsprozesses erarbeitete das BAG als Kontrollinstanz Verordnungen zur KVG-Revision, welche am 1. Januar 2009 in Kraft traten.

H+ als Interessensvertreterin der Schweizer Spitäler verfügt über das Wissen, welche Informationen von den Betrieben unabhängig von den eidgenössischen Gesundheitsstatistiken erfasst und in welcher Form sie intern verwendet werden. Der Abgleich der verlangten Variablen mit der Buchhaltung und der Kostenrechnung der Betriebe verringert nicht nur im Sinne des Grundsatzes 9 des „Code of Practice“⁶ (Vermeidung einer übermässigen Belastung der Auskunftgebenden) den Aufwand der Datenproduzenten, sondern garantiert ein erhöhtes Mass an Datenqualität.

Alle Entscheidungen im Rahmen der Begleitgruppe wurden auch auf ihre Rechtskonformität überprüft im Sinne der Erfüllung der im KVG beschriebenen Informationspflicht der Betriebe (vgl. Anhang II).

In zwei Vernehmlassungsphasen erhielten alle interessierten Kreise die Möglichkeit, sich an der Revision zu beteiligen. Zudem wurde der ausgearbeitete Fragenkatalog in einer Pilotphase auf seine Praxiskompatibilität überprüft.

⁶ Europäische Statistiken: Verhaltenskodex, Für die nationalen und gemeinschaftlichen statistischen Stellen, 2005.

3 Rechtliche Grundlagen

Neben den rechtlichen Grundlagen gemäss BStatG muss die Krankenhausstatistik auch den Bestimmungen im KVG entsprechen. Art. 22a 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. 22a 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. Die Datenverwendung gemäss Art. 23 KVG und BStatG dient entsprechend dem sog. statistischen Zweck.

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. Dank dem in sorgfältiger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellten neuen Fragebogen erfüllt die befragte Person mit der Beantwortung der meisten Fragen der Krankenhausstatistik beide Deklarationspflichten. Bei einigen wenigen Variablen (vgl. Anhang II) würde eine statistische Verwendung eine normierte Datenerhebung⁷ verlangen, was jedoch nicht mit den Regelungen der VKL in Einklang zu bringen ist. Daher werden diese Informationen für die statistische Verwendung auf Basis anderer wissenschaftlich einwandfreier Deklarationswerte einheitlich bestimmt.

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).
- Statistisches Mehrjahresprogramm des Bundes 2007 bis 2011.

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.

⁷ Im Hinblick auf die in Art. 10 Abs. 2 BStatG verlangte nationale und internationale Vergleichbarkeit.

4 Organisation der Datenerhebung

Die Erhebung der Daten ist grundsätzlich im Zuständigkeitsbereich des BFS,⁸ wird aber den Kantonen für die konkrete Durchführung in den Betrieben ihres Gebietes übertragen.⁹ 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.

4.1 Bereich und Form der Erhebung

Die Krankenhausstatistik ist eine obligatorische Vollerhebung bei allen Kranken- und Geburtshäusern unter Mithilfe der Kantone.¹⁰ Die Erhebung erfolgt jährlich für die Daten eines ganzen Geschäftsjahres.

4.1.1 Definition der Spitäler

Anstalten, welche stationäre Behandlungen akuter Krankheiten oder stationäre Massnahmen der medizinischen Rehabilitation durchführen, gelten gemäss Einleitungsteilsatz 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.¹¹

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.

4.1.2 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.¹²

⁸ Art. 22a Abs.3 und Art. 23 Abs. 1 KVG.

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

¹⁰ Anhang zur Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.

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

¹² Art. 23 Abs. 2 und Art. 35 Abs. 2 Bst. i KVG.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

4.1.3 Erfassungseinheit

Für die Erhebung der Krankenhausstatistik gilt der Grundsatz, dass die Spitäler und Geburtshäuser für jeden Betrieb, verstanden als juristische Einheit, einen Fragebogen auszufüllen haben. Wenn ein Betrieb mehrere Standorte aufweist, entsprechen die geforderten Angaben der Summe über alle deklarierten geographischen Standorte (vgl. Kapitel 5.2.2). Eine Differenzierung der Informationen nach Standort ist, sofern nicht ausdrücklich anders verlangt, nicht vorgesehen.

Ausnahmen von diesem Grundsatz sind dann möglich, wenn die kantonale Gesetzgebung eine Erfassung nach geographischem Standort vorsieht, bzw. sich Kanton und Betrieb im öffentlichen Interesse einvernehmlich auf eine detailliertere Erfassung einigen. In diesen Fällen erhält eine juristische Einheit mehrere Fragebogen, um die Standorte abzudecken.

4.1.4 Klassifizierung

Um die gesetzlich angestrebten Betriebsvergleiche¹³ anhand der Daten der Krankenhausstatistik vornehmen zu können, werden die Betriebe auf Basis ihres Leistungsangebots unterschieden. Mit der Zuteilung der Aktivitätstypen („Akutbehandlung“, „Psychiatrie“, „Rehabilitation / Geriatrie“, „Geburtshaus“) wird ersichtlich, welche Leistungen von einem Betrieb erbracht werden (vgl. Kapitel 5.1.1).

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 5.1.2).

4.1.5 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 Kantone kommen diese selber auf.¹⁴

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.

¹³ Art. 2 Abs. 2 Bst. b VKL.

¹⁴ Art. 23 Abs. 2 KVG.

4.2 Aufgaben der Erhebungspartner

Die Erhebungsorganisation weist den Partnern folgenden Aufgaben zu:

4.2.1 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 Zwecke in der ganzen Schweiz verantwortlich. Zudem erarbeitet es Vorschläge zur Kategorisierung der Betriebe.

4.2.2 Kantone

Die Kantone melden dem BFS Aufhebungen und Neugründungen von Betrieben. 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 kantonaler 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 entsprechend den Anforderungen des Datenschutzes¹⁵ gerecht werden.

4.2.3 Betriebe

Die der Auskunftspflicht unterstehenden Betriebe müssen alle verlangten Informationen im elektronischen Fragebogen korrekt und vollständig¹⁶ angeben, um diesen fristgerecht mittels Web-Applikation der zuständigen kantonalen Behörde weiterzuleiten.¹⁷

¹⁵ Art. 14 bis 17 BStatG.

¹⁶ Art. 6 Abs. 1 BStatG.

¹⁷ Sofern die kantonale Erhebungsstelle keine andere Erhebungsform bestimmt.

4.3 Ablauf der Erhebung¹⁸

Die Krankenhausstatistik wird anhand eines elektronischen Fragebogens, der via Web-Applikation bereit gestellt 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:

- **Vorbereitung:** 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.

Das BFS erstellt und verwaltet die für die Web-Applikation notwendigen Zugriffsrechte.

- **Erfassung durch die Betriebe:** 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 Datensatz¹⁹ und kann nicht mehr via Web-Applikation darauf zugreifen. Zuvor kann er jedoch seine gemachten Deklarationen elektronisch exportieren, bzw. auf Papier ausdrucken. Für die Wahrung der Datensicherheit dieser Informationsträger ist der Betrieb zuständig.

- **Validierung durch den Kanton:** Nach der Übermittlung des Fragebogens an den Kanton, hat ausschliesslich er Zugriff auf den entsprechenden Datensatz. Die gemachten Angaben werden von ihm plausibilisiert und bei ausreichender Qualität an das BFS übermittelt. Hierbei sind die gleichen Punkte zu beachten wie bei der Übermittlung von den Betrieben an den Kanton.

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:** Nach Übermittlung der Daten an das BFS hat ausschliesslich dieses Zugriff auf den Datensatz via Web-Applikation. Analog der Validierung durch die Kantone führt das BFS eine Qualitätsprüfung durch und schickt den Fragebogen nötigenfalls zurück an die Kantone. Andernfalls erfolgt die definitive Speicherung in der Datenbasis.

¹⁸ 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.

¹⁹ Faktisch ändern ausschliesslich die entsprechenden Zugriffsrechte.

4.4 Eckdaten

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

- 31. März (des Jahres nach dem Erhebungsjahr): 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 durch das BFS.

4.5 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.²⁰ 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.

4.5.1 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 Zugang zum elektronischen Fragebogen erfolgt mittels Login und Passwort, welche vom BFS erteilt und verwaltet werden. Es ist in der Obliegenheit der 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

²⁰ Bundesamt für Statistik, Zugang zu den Mikrodaten des BFS, 2006.

²¹ Art. 14 Abs. 2 BStatG.

²² Art. 17 BStatG.

4.5.2 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 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

4.5.3 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 weiter gegeben werden. Mit Art. 22a Abs. 3 KVG sind somit die Vorbedingungen für eine entsprechende Lieferung der Daten aus der Krankenhausstatistik für das BAG, den Eidgenössischen Preisüberwacher, 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. 22a Abs. 3 KVG und Art. 31 KVV eine Veröffentlichung durch das BAG.

4.6 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 publizieren²⁹, 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 4.5.2) 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

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

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 die nationalen und gemeinschaftlichen statistischen Stellen, 2005.

²⁹ Art. 18 Abs. 2 BStatG.

³⁰ Hierfür ist eine schriftliche Einverständniserklärung der betroffenen Person notwendig.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Publikationen von Daten der Krankenhausstatistik aus administrativer Verwendung (vgl. Kapitel 4.5.3) dürfen gemäss Art. 22 Abs. 3 KVG und Art. 31 KVV ausschliesslich durch das BAG erfolgen. Dabei werden die Angaben nach Leistungserbringer, bzw. Gruppen von Leistungserbringer unterschieden.

5 Beschreibung der Variablen der Erhebung

Ziel der Krankenhausstatistik ist es einerseits, einen Bestandteil der gemäss Art. 22a 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 und VKL hinausgehen.

Die Auskunft ist für beide Verwendungszwecke gemäss Art. 22a 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.

Um die gesetzlich vorgeschriebenen Betriebsvergleiche adäquat umsetzen zu können, wird der Fragebogen wie in Kapitel 4.3 „Achsen der Erhebung“ beschrieben in Aktivitätstypen mit unterschiedlichen Kostenstrukturen (Akutbehandlung, Rehabilitation / Geriatrie, Psychiatrie, Geburtshaus) gegliedert.

Je nach Anzahl der in einem Krankenhaus vorhandenen Aktivitätstypen sind unterschiedlich viele Frageblöcke (bzw. Kapitel) zu beantworten. Der Fragebogen weist im Minimum zwei und im Maximum vier Kapitel auf³², wobei ein Spital nur dann ein Kapitel zu einem bestimmten Aktivitätstypus bearbeiten muss, wenn das BFS nach Rücksprache mit dem Kanton für dieses Spital den entsprechenden Aktivitätstypus ausweist. Die Fragen zu den einzelnen Aktivitätstypen sind identisch und jeweils anhand der gleichen Regeln auszufüllen, weshalb sie im Detailkonzept nur einmal erläutert werden.

Die Kapiteleinteilung sieht wie folgt aus:

Kapitel Allgemeine Angaben

A. Allgemeine Angaben

- Betrieb
- Leistungen und Behandlungen
- Personal
- Finanz- und Betriebsdaten

Kapitel zu den einzelnen Aktivitätstypen

B. Akutpflege

- B1 Leistungen und Behandlungen
- B2 Finanz- und Betriebsdaten

C. Psychiatrie

- C1 Leistungen und Behandlungen
- C2 Finanz- und Betriebsdaten

³¹ Art. 18 Abs. 3 BStatG.

³² Die Geburtshäuser sind definitionsgemäss unabhängig von den anderen Aktivitätstypen

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

D. Rehabilitation / Geriatrie

- D1 Leistungen und Behandlungen
- D2 Finanz- und Betriebsdaten

E. Geburtshaus

- E1 Leistungen und Behandlungen
- E2 Finanz- und Betriebsdaten

5.1 Allgemeine Angaben Betrieb

Die Frageblöcke zu den allgemeinen Angaben Betrieb sind von den Spitälern und Geburtshäusern pro Fragebogen einmal auszufüllen. Wobei die ersten drei Frageblöcke durch das BFS vorgegeben werden und weder vom Kanton noch von den Betrieben modifiziert werden können.

5.1.1 Aktivitätstyp

Das BFS weist in Absprache mit den Kantonen gemäss den von den Betrieben erbrachten Leistungen die Aktivitätstypen zu. Während die Spitäler die Aktivitätstypen „Akutbehandlung“, „Psychiatrie“ und „Rehabilitation / Geriatrie“ aufweisen können, werden die Geburtshäuser, welche von klinischen Institutionen unabhängig sind, in einem eigenen Aktivitätstyp erfasst.

Die Einteilung wird, sofern keine besonderen Ereignisse wie beispielsweise Fusionen, Teilschliessungen etc. vorliegen, alle drei Jahre automatisch überprüft.

Für die Berechnung der Aktivitätstypen werden die von den Spitälern im Rahmen der letzten drei Erhebungen der eidgenössischen Gesundheitsstatistiken gemachten Angaben betreffend der medizinischen Leistungs-, resp. Kostenstellen analysiert. Durch die Betrachtung eines längeren Zeitraums, kann die statistische Konstanz auch bei kurzfristigen periodischen Veränderungen des Leistungsangebotes gewährt werden.

Die medizinischen Leistungs-, resp. Kostenstellen der BFS Typologie werden wie folgt den einzelnen Aktivitätstypen zugewiesen:³³

Akutbehandlung:

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
M990 ³⁴	Weitere Tätigkeitsbereiche

³³ Anhang III enthält weiterführende Angaben zu den einzelnen medizinischen Leistungsstellen.

³⁴ Die auf der Notfallstation erbrachten Leistungen sind grundsätzlich der Leistungsstelle M990 „Andere Tätigkeitsbereiche“ zuzuweisen. Es ist jedoch, je nach Organisation eines Spitals, möglich, dass die Notfallstation einer anderen Leistungsstelle angerechnet wird. In diesem Fall werden die ambulanten Leistungen auf der Leistungsstelle erfasst, der die Notfallstation zugeordnet ist.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Psychiatrie:

M500 Psychiatrie und Psychotherapie

Rehabilitation / Geriatrie:

M900 Geriatrie und subakute Pflege

M950 Rehabilitation und physikalische Medizin

Das BFS erarbeitet einen Einteilungsvorschlag, welcher den Kantonen zur Konsultation vorgelegt wird. Auf Basis derer Rückmeldungen fällt das BFS die abschliessende Entscheidung.

Unabhängig von den Spitalbetrieben werden die Geburtshäuser eingeteilt. Sie werden unter anderem anhand der folgenden, nicht zwingenden Kriterien unterschieden:

- Selbstständigkeit (unabhängig von klinischen Institutionen)
- Geburtshilfliche Leitung obliegt ausschliesslich der Verantwortung der Hebammen
- Angebotene Leistung wird durch professionelle Zusammenarbeit im medizinischen und psychosozialen Bereich vervollständigt
- Mitgliedschaft in der IGGH – CH (Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz)

Für jede zugeteilte Kategorie müssen die Betriebe eines der inhaltlich identischen Kapitel zu den Aktivitätskapiteln ausfüllen.

5.1.2 Betriebsidentifikation

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 (**UID**) definiert das Unternehmen, verstanden als juristische Einheit.

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

Als Ergänzung definiert die **Krankenhaustypologie** den exakten Charakter des Leistungsangebotes eines Krankenhauses.

Die **Gemeindenummer** und der **Kantonscode** entsprechen den Nomenklaturen des BFS. Mit der Bestimmung der **Sprache** wird festgelegt, in welcher Ausführung der Fragebogen für einen Betrieb abrufbar ist.

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.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

5.1.3 Rechtsform

Entsprechend der Nomenklatur der **Rechtsformen** des BFS³⁵ 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 folgende 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:

- | | |
|--|---|
| - 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 |

5.1.4 Status des Spitals

Gemäss den Bestimmungen des KVG³⁶ 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 **Zahlstellnummer(n) (ZSR)** wird das Verhältnis zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer dokumentiert.

³⁵ Bundesamt für Statistik, Nomenklatur der Rechtsformen, 2001.

³⁶ Art. 49a Abs. 4 KVG und Art. 58b Abs. 2 KVV.

5.1.5 Art des öffentlichen Beitrages

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** (insbesondere Fallpauschalen), **Beiträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen** und einer **Defizitdeckung**, kann dies über ein **Globalbudget des Standortkantones**, bzw. über ein **Globalbudget eines anderen Kantons** erfolgen. Dabei wird in der Krankenhausstatistik nicht unterschieden, ob es sich beim Globalbudget um ein langfristiges³⁷ oder ein kurzfristiges³⁸ Steuerungsinstrument handelt. Zudem sind **weitere Vergütungsformen** denkbar.

Eine Abgrenzung, ob ein Spital dem öffentlichen oder dem privaten Sektor angehört, ist nicht einzig aufgrund der Mittelflüsse möglich.

5.1.6 Gemeinwirtschaftliche und andere spezifische Leistungen

Gemäss KVG dürfen die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht in die Berechnung zur Festlegung der einheitlichen Pauschalen (in der Regel Fallpauschalen) mit einfließen.³⁹ Dies betrifft insbesondere Kapazitäten, welche aus regionalpolitischen und nicht ökonomischen Gründen aufrecht erhalten werden, Forschung sowie die universitäre Lehre. Die Kantone können über den öffentlichen Leistungsvertrag, der mit der Aufnahme eines Betriebes auf der kantonalen Spitalliste verbunden ist, ein entsprechendes Angebot sicher stellen.

Im Fragebogen sind neben Forschung und universitärer Lehre die wichtigsten Leistungen aufgeführt, welche aus regionalpolitischen Gründen aufrecht erhalten 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 Spitalliste⁴⁰) 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 Notfallaufnahme⁴¹

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 aufrecht erhalten wird. Zudem muss jederzeit bei notfallmässigem Eintritt eines Patienten die ärztliche Versorgung sicher gestellt 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.

³⁷ Art. 51 KVG.

³⁸ Art. 54 KVG.

³⁹ Art. 49 Abs. 3 KVG.

⁴⁰ Art. 58e Abs. 2 KVV.

⁴¹ Definition gemäss „Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED“ vom Juni 2007.

2. Nicht anerkannte Notfallaufnahme

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

3. Notrufzentrale der Sanität (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 (Rettungsassistenten und Pflegepersonal, das auf Anästhesie und Intensivpflege spezialisiert ist).

5. Intensivpflegestation (von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin anerkannt)⁴²

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

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.⁴³

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.⁴⁴

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.⁴⁵

⁴² Definition gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin.

⁴³ Art. 7 Abs.1 Bst. a VKL.

⁴⁴ Art. 7 Abs.1 Bst. b VKL.

⁴⁵ Konkret handelt es sich um die Berufe, welche in der Liste der Funktionen (vgl. Kapitel 5.3.4) in den Hauptkategorien Pflegepersonal, medizinisch-technisches Personal und medizinisch-therapeutisches Personal aufgeführt 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.⁴⁶

12. Familienplanung

Beratungsarbeit und Hilfeleistung im Bereich Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung der von den gesetzlich vorgeschriebenen Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen⁴⁷ angeboten wird.

5.1.7 Berechnung der Vollzeitäquivalente

Die Vollzeitäquivalente (VZÄ) drückt die während eines Jahres geleistete Arbeitszeit im Verhältnis zu einem normalen 100%-Pensum aus. 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 5.3.4) die **Gesamtzahl bezahlter Stunden anzugeben, welche eine Person mit Beschäftigungsgrad 100% pro Jahr leistet.**

Bei Unterschieden zwischen den in einer Funktion zusammengefassten Positionen ist ein Mittelwert anzugeben.

Weder Ferien, Überstunden oder Absenzen (Krankheit, Ausbildung, usw.) haben einen Einfluss auf die Berechnung der Gesamtzahl bezahlter Stunden. Die verlangte Information ist normalerweise in den Arbeitsverträgen der Angestellten vermerkt.

Der zu deklarierende Wert liegt in der Regel bei 2080 Stunden (40 Stunden/Woche * 52 Wochen).

5.1.8 Referenzperson

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

5.1.9 Bemerkungen zuhanden des Kantons oder des BFS

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

⁴⁶ Art. 7 Abs. 2 VKL.

⁴⁷ Art. 1 Bundesgesetz vom 9. Oktober 1981 über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5).

5.2 Allgemeine Angaben Leistungen und Behandlungen

Das Kapitel „Allgemeine Angaben Leistungen und Behandlungen“ ist pro Fragebogen für sämtliche zugewiesenen Aktivitätstypen gemeinsam auszufüllen. Zahlreiche Variablen und Informationen zu diesem Themenbereich sind über die Angaben der Medizinischen Statistik generierbar, weshalb diese in der Krankenhausstatistik nicht doppelt erfragt werden. Bei den Variablen, bei denen es dennoch der Fall ist, geschieht dies auf ausdrücklichen Wunsch der Datenverwender.

5.2.1 Langzeitbehandlungen im Spital

Ein Aufenthalt in einem Spital gilt dann als Langzeitpflege im Spital, wenn für diesen Aufenthalt nach medizinischer Indikation weder eine Behandlung und Pflege noch eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist.⁴⁸ Sie werden gemäss den Bestimmungen nach den Tarifverträgen mit Pflegeheimen verrechnet.⁴⁹

Da Informationen zu den OKP-Kosten der Langzeitbehandlungen bereitgestellt werden müssen,⁵⁰ werden neben den Angaben in der Kosten- und Erlösträgerrechnung hier die **Anzahl verrechneter Pflage tage und Austritte** erhoben.

Die Beendigung eines administrativen Falles entspricht analog den Definitionen von SwissDRG einem Austritt. Der interne Übertritt von einer stationären Behandlung zur Langzeitbehandlung im Spital wird entsprechend als Austritt im stationären Bereich und Beginn eines neuen administrativen Falls in der Langzeitbehandlung verbucht.

5.2.2 Standorte und Angebot

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.

Aus diesem Grund werden **Name** und **Postleitzahl** der einzelnen Standorte erfragt. Zudem sind die dort jeweils angebotenen **Aktivitätstypen** zu deklarieren. Als gültige Antworten sind hier nur diejenigen Aktivitätstypen zulässig, welche zuvor vom BFS der juristischen Einheit zugewiesen wurden. Zusätzlich sind hier reine Verwaltungsstandorte anzugeben.

5.2.3 Externes Personal für medizinische Leistungen

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. Dieses sog. Belegpersonal (Belegärzte, Beleghebammen etc.) unterscheidet sich von den übrigen Arbeitnehmern dadurch, dass ihre Sozialabgaben nicht durch das Spital oder das Geburtshaus entrichtet werden. Die Versicherungsklasse der dabei betreuten Patienten ist unerheblich.

Die Erfassung der **Anzahl (Personen)** externen Mitarbeiter für medizinische Leistungen ist ein Bestandteil zur Dokumentation der Art der Leistungserbringung durch die Betriebe.⁵¹ Als medizinische Leistungen gelten sämtliche Tätigkeiten, wie sie vom Personal der Funktionshauptgruppen „Ärztinnen

⁴⁸ Art. 6 VKL.

⁴⁹ Art. 50 KVG.

⁵⁰ Art. 2. Abs 1. Bst. e VKL.

⁵¹ Art. 22a Abs. 1 Bst. a KVG.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

und Ärzte“, „Pflegepersonal“, „Medizinisch-technisches Personal“ und „Medizinisch-therapeutisches Personal“ erbracht werden.

Die Erfassung erfolgt anhand der Kategorien **Ärztinnen und Ärzte**, **Hebammen** und **Übrige**, wobei die Ärzteschaft nach medizinischen Leistungsstellen unterteilt wird:

M000	Medizinische Fachgebiete allgemein, 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
M990	Weitere Tätigkeitsbereiche

5.2.4 Medizinisch-technische Infrastruktur

Die medizinisch-technische Infrastruktur umfasst Instrumente, Geräte und Systeme zur Prävention, Diagnose, Behandlung, Pflege und Rehabilitation in den Spitälern und Geburtshäusern. Zwar wird ein Teil dieser Infrastruktur in der Tabelle zur Anlagebuchhaltung (vgl. Kapitel 5.4.5) erfasst, jedoch nur solange diese nicht auf den Buchwert von Null abgeschrieben wurde.

Um dennoch einen Überblick über die vorhandene Einrichtung und Ausstattung erhalten zu können,⁵² werden die wichtigsten Geräte und Räume für spezielle Zwecke 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)
- Lithotripter
- Angiographiegerät
- Dialysegerät

2. Räume für spezielle Zwecke

- Operationssaal
- Gebärsaal

⁵² Art. 22a Abs. 1 Bst. a KVG.

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

5.3 Allgemeine Angaben Personal

Die Erfassung der Zahl und Struktur der beschäftigten Personen⁵³ erfolgt für den ganzen Betrieb und muss nicht nach Aktivitätstypen unterschieden werden. 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.

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 Lohnaufwand gemäss REKOLE® verbucht wurden. Somit werden ehrenamtlich tätige Personen nicht erfasst. Personal, welches über Zeitarbeitsunternehmen beschäftigt wird, hingegen schon. Durch diese Regelung ist es daher unerheblich, ob die entsprechenden Personen am 31. Dezember des Erhebungsjahres nicht mehr angestellt, bzw. aufgrund Militärdienst, Krankheit, Ferien oder anderer Gründe abwesend sind.

Für Personen, welche über das Jahr mehrere Funktionen im Betrieb ausgeübt haben, sind die Angaben zusammenzufassen und in derjenigen Funktion, unter welcher die meisten Arbeitsstunden erbracht wurden, zu deklarieren.

Die überwiegende Mehrheit der in den Einzelrecords erfassten Variablen lässt nur eine gültige Antwort zu. Einzig bei der Nationalität sind im Falle einer Doppelbürgerschaft Mehrfachantworten zulässig. Alle Angaben sind obligatorisch.

Die Erfassung der Daten erfolgt im elektronischen Fragebogen über zwei getrennte Bildschirme. Während im sog. Verwaltungsbildschirm die Einzelrecords generiert und gelöscht werden können, erfolgt im zweiten Bildschirm die konkrete Dateneingabe. Zur Reduzierung des Erhebungsaufwandes, insbesondere für grosse Betriebe mit mehreren Tausend Angestellten, werden die technischen Instrumente für den selbstständigen Datenimport via Schnittstelle und TXT-File bereitgestellt, so dass nicht jede Angabe einzeln im Fragebogen eingegeben werden muss.

⁵³ Art. 22a Abs. 1 Bst b KVG, Anhang der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes, 1. August 2007.

5.3.1 Mitarbeiter

Jedem Mitarbeiter ist vom Betrieb 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. Daher darf diese Nummer keine persönlichen Merkmale (AHV-Nummer, Passnummer etc.) enthalten und darf jährlich verändert werden. Zudem weist das Programm jedem Einzelrecord eine **Laufnummer** zu.

5.3.2 Geburtsjahr

Für jeden Mitarbeiter wird das **Geburtsjahr** erfasst. Diese Variable erlaubt die Bildung von Altersgruppen, was Grundlage für die Analyse der Struktur der Beschäftigten ist.⁵⁴

5.3.3 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, wodurch sich die Unterscheidung auf weiblich und männlich beschränkt.

5.3.4 Funktion

Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird die verrichtete **Funktion** anhand vorgegebener Personalkategorien erfasst.⁵⁵ Folglich ist nicht die Ausbildung, sondern die tatsächlich erbrachte Arbeit entscheidend. Bei Temporärangestellten und Personen, die über ein Zeitarbeitsunternehmen beschäftigt werden, ist daher die Tätigkeit anzugeben, die während des betreffenden Jahres tatsächlich auch mehrheitlich ausgeübt wurde.

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 die präzisierenden Angaben bei Frage „Personal in Ausbildung“ (vgl. Kapitel 5.3.9) zu machen. Gleiches gilt für das Personal ohne Berufsabschluss und der Frage „Herkunft des Diploms“ (vgl. Kapitel 5.3.8).

Die einzelnen Funktionskategorien, werden in acht Hauptgruppen eingeteilt, wobei eine Feingliederung in den Kategorien „Ärztinnen und Ärzte“,⁵⁶ „Pflegepersonal“, „Medizinisch-technisches Personal“ und „Medizinisch-therapeutisches Personal“ vorgenommen wird.⁵⁷

⁵⁴ Art. 22a Abs. 1 Bst. b KVG.

⁵⁵ Jeder Arbeitsstelle ist nur eine Funktion zuzuordnen. In Fällen, bei welchen in einem Arbeitsvertrag mehrere Funktionen integriert sind, ist die Hauptfunktion zu benennen.

⁵⁶ Hier sind nur Funktionen enthalten, welche im Bundesgesetz über Medizinalberufe (MedBG) geregelt werden.

⁵⁷ In Anhang IV werden die genauen Unterteilungen der sieben Hauptfunktionskategorien sowie Beispiele der zuzuordnenden Berufsfunktionen aufgeführt.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

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

5.3.5 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 den Mitarbeiter 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 entlohnt werden (Nachtarbeit, Pikett, Überstunden, Wochenende, usw.), bzw. ob sie vom Arbeitnehmer 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 5.1.7). 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.

5.3.6 Leistungsstelle

Damit die Verteilung des Personals innerhalb des Betriebes verdeutlicht werden kann, ist für jede Person die **Leistungsstelle** gemäss BFS Typologie zu benennen, in welcher sie die grösste Arbeitsleistung gemessen in Arbeitsstunden erbringt.

Die einzelnen Funktionshauptkategorien lassen sich grob auf die verschiedenen Leistungsstellen⁵⁸ zuteilen, wobei dies nicht für jeden Einzelfall zwingend zutreffen muss:⁵⁹

⁵⁸ Anhang VI enthält weiterführende Informationen zu den Leistungsstellen der Kategorien T, I und E.

⁵⁹ So kann beispielsweise ein Apotheker, welcher gemäss Anhang IV in der Funktionshauptkategorie „Medizinisch-technisches Personal“ zu kategorisieren ist, die Hauptleistungsstelle I200 „Apotheke“ besitzen.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Ärztinnen und Ärzte / Pflegepersonal

M000	Medizinische Fachgebiete allgemein, 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
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

Personal, welches keiner aufgeführten spezifischen Leistungsstelle zugeteilt werden kann, wird in der Kategorie M000 „Medizinische Fachgebiete allgemein, Patienten aus verschiedenen Fachbereichen“ zugeteilt.

5.3.7 Hauptstandort

Um das Personal von Unternehmen mit mehreren Niederlassungen korrekt auf die einzelnen Standorte zuweisen zu können, ist für jede Person der **Hauptstandort** zu benennen, an welchem sie die grösste Arbeitsleistung gemessen in Arbeitsstunden erbringt. Diese Information ist in der Regel Bestandteil der Arbeitsverträge.

Die Deklaration des Hauptstandortes erfolgt anhand der Liste, wie sie zur Frage „Standorte und Angebote“ (vgl. Kapitel 5.2.2) gemacht wurde. Durch die Nennung einer Rangnummer wird der dazugehörige Standort als Hauptstandort für die jeweilige Person erklärt. Besitzt der Betrieb nur einen Standort, wird diese Frage automatisch durch den elektronischen Fragebogen beantwortet.

5.3.8 Herkunft des Diploms

Diese Variable definiert den Ort, an welchem das **letzt erhaltene Diplom** erworben wurde. Als Diplome werden Urkunden über die Erlangung akademischer Würden oder den erfolgreichen Abschluss einer beruflichen Aus- oder Weiterbildung bezeichnet. Die hier zu definierenden Diplome müssen in einem Zusammenhang mit der angegebenen Funktion stehen, weshalb Personen, welche nur in einem funktionsfremden Beruf einen Abschluss gemacht haben, mit keinem Diplom zu vermerken sind.

Die Variable wird entsprechend den folgenden acht Kategorien erfasst:

- **Schweiz**
- **Deutschland**
- **Frankreich**
- **Italien**
- **Übrige EU⁶⁰**
- **USA / Kanada**
- **Übrige**
- **Kein Diplom**

5.3.9 Personal in Ausbildung

Die Frage, ob sich eine **Person in Ausbildung** befindet oder nicht, umfasst sämtliche Funktionsgruppen (vgl. Kapitel 5.3.4) mit den entsprechend unterschiedlichen Ausbildungsarten. 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 Ärzteschaft sind hier sowohl Aus- als auch Weiterbildung im Rahmen des eidgenössischen Weiterbildungstitels gemäss Art. 7 Abs. 1 VKL zu deklarieren.

⁶⁰ Alle Staaten der Europäischen Union (EU) mit Ausnahme von Deutschland, Frankreich und Italien, sowie die Mitgliedsstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) mit Ausnahme der Schweiz.

5.3.10 Nationalität

Aufgrund von doppelten Staatsbürgerschaften sind bei der Variablen **Nationalität** Mehrfachantworten möglich. Sie wird anhand der gleichen Kategorien erfasst, wie die Frage „Herkunft des Diploms“ (vgl. Kapitel 5.3.8).⁶¹

- **Schweiz**
- **Deutschland**
- **Frankreich**
- **Italien**
- **Übrige EU**
- **USA / Kanada**
- **Übrige**

5.4 Allgemeine Angaben Finanz- und Betriebsdaten

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 das Betriebsrechnungsmodell REKOLE®⁶² als Hilfsmittel zur Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Ausgabe von 2008 wurde vom BFS als Referenzversion bestimmt und beschreibt, welche exakten Angaben in den entsprechenden Tabellen zu deklarieren sind.

Allerdings besitzt REKOLE® zu keinem Zeitpunkt gesetzgebende Kraft, was bedeutet, dass in der Krankenhausstatistik auch Informationen abgefragt werden, welche gemäss Betriebsrechnungsmodell nicht vorgesehen sind. Künftige Modifikationen an REKOLE® werden vom BFS im Hinblick auf die Gesetzeserfüllung überprüft und gegebenenfalls nicht in die Krankenhausstatistik übernommen.

Die für die Krankenhausstatistik getroffene Lösung hat für die Erfüllung anderer gesetzlicher Pflichten keine Bedeutung.⁶³

5.4.1 Finanzbuchhaltung

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 Betriebsergebnis zu bestimmen. Die hierfür notwendige Finanzbuchhaltung⁶⁴ ist ebenso wie die Deklaration der darin enthaltenen Aufwände und Erträge gesetzlich vorgeschrieben.⁶⁵

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 und als sog. Profitcenter geführt werden. 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.

⁶¹ Definition der Antwortkategorien gemäss Frage Herkunft des Diploms (vgl. Kapitel 5.3.9).

⁶² Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz, REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital, dritte überarbeitete Ausgabe, 2008.

⁶³ Insbesondere ist santésuisse zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages nicht an die in der Krankenhausstatistik gewählte Form gebunden.

⁶⁴ Art. 10 Abs. 1 VKL.

⁶⁵ Art. 22a Abs. 1 Bst. e KVG.

5.4.1.1 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 des Hauptbetriebes zu integrieren sind:⁶⁶

Personalaufwand

- **3 Personalaufwand:** Summe der Konti 30 Lohnaufwand, 37 Sozialversicherungsaufwand, 38 Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig) und 39 Übriger Personalaufwand, welche in der Tabelle „Lohnbuchhaltung und Honorare für medizinische Leistungen“ einzeln aufgeführt werden.

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

- 40 **Medizinischer Bedarf**
- 41 **Lebensmittelaufwand**
- 42 **Haushaltsaufwand**
- 43 **Unterhalt und Reparaturen**
- 44 **Aufwand für Anlagenutzung**
- 45 **Aufwand für Energie und Wasser**
- 46 **Zinsaufwand**
- 47 **Verwaltung- und Informatikaufwand**
- 48 **Übriger patientenbezogener Aufwand**
- 49 **Übriger nicht patientenbezogener Aufwand**

Übriger Aufwand

- **Übriger Aufwand:** Aufwendungen, die sich keinem der oben genannten Konten zuordnen lassen. Dies betrifft die Konti 77 „Steuern“ und 78 „Ausserordentlicher Aufwand und Ertrag“ und 79 „Betriebsfremder Aufwand und Ertrag“.

Die Summe der gemachten Deklarationen zu den Aufwänden wird im **Total Aufwand** vom Programm selbstständig berechnet.

⁶⁶ Die angegebenen Zahlen entsprechend den jeweiligen Kontonummern gemäss REKOLE®.

5.4.1.2 Ertrag

Als Gegenstück zum Aufwand stellt der Ertrag den Wertzuwachs, bzw. Substanzzufluss in einer Periode dar. Die Erträge der Nebenbetriebe sind integriert mit den Deklarationen zum Hauptbetrieb zu erfassen. Dabei werden zwei Hauptgruppen unterschieden:

6 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**
- 68 **Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte**
- 69 **Beiträge und Subventionen**⁶⁷
 - 690 **Beiträge von Gemeinden**
 - 695 **Beiträge von Kantonen**
 - 696 **Beiträge vom Bund**
 - 697 **Beiträge von Korporationen, Stiftungen und Privaten**

Übriger Ertrag

- **Übriger Ertrag:** Erträge, die sich keinem der oben genannten Konten zuordnen lassen. Dies betrifft die Konti 78 „Ausserordentlicher Ertrag“ und 79 „Betriebsfremder Aufwand und Ertrag“.

Die Summe der gemachten Deklarationen zu den Erträgen wird im **Total Ertrag** vom Programm selbstständig berechnet.

5.4.2 Betriebsergebnis

Das Betriebsergebnis ist Teil der Gewinn- und Verlustrechnung und wird durch das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag eines bestimmten Zeitraumes, in diesem Fall eines Geschäftsjahres, bestimmt.⁶⁸

Das Betriebsergebnis in Form eines **Gesamtgewinns**, resp. **Gesamtverlusts** berechnet sich idealtypisch aus dem Total der Angaben in der Finanzbuchhaltung (vgl. Kapitel 5.4.1). Dieses wird jedoch nicht automatisch vom Programm ermittelt, da die Betriebe zur selbstständigen Deklaration verpflichtet sind.⁶⁹

In der Krankenhausstatistik sind die entsprechenden Werte vor Steuern anzuzeigen, wobei im Falle eines Gesamtverlustes die **Deckung des Defizits** aufzuzeigen ist.⁷⁰ Wichtig ist dabei, dass die Beiträge zur Defizitdeckung nicht mit den staatlichen und privaten Beiträgen und Subventionen (Kontonummer 69 des REKOLE® Kontenrahmens) verwechselt oder vermengt werden. Die Defizitdeckung ist im Gegensatz zu den Subventionen von der jeweiligen Höhe des Gesamtverlustes

⁶⁷ Die Unterscheidung zwischen staatlichen Beiträgen und Subventionen (Konto 69) und Erträgen des Kontos 60 erfolgt aufgrund des Kriteriums der Fallabhängigkeit eines Ertrages.

⁶⁸ Art. 22a Abs. 1 Bst. e KVG.

⁶⁹ Art. 22a Abs. 1 Bst. e KVG.

⁷⁰ Anhang der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

abhängig. Beide sind fallunabhängig, wodurch sie sich von den Erträgen, resp. Erlöse der Kontonummer 60 „Erträge / Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten“ unterscheiden.

Die Defizitdeckung ist anhand folgender Kategorien zu bestimmen:

- **Reserven:** Selbstfinanzierte Eigenmittel.
- **Gemeinde**
- **Kantone**
- **Bund**
- **Private Rechtsträger**
- **Total Defizitdeckung**
- **Nicht gedecktes Defizit**

5.4.3 Abstimmungsbrücke

Während die Finanzbuchhaltung (vgl. Kapitel 5.4.1) die Aufwände des gesamten Betriebs berücksichtigt, sind in der Kostenträgerrechnung (vgl. Kapitel 5.6.1), welche nach Aktivitätstypen aufzgliedern ist, die Kosten durch den einzelnen Patienten (resp. Kostenträger) erfasst.

Aufgrund des systematischen Aufbaus der Buchhaltung besteht zwischen den beiden Berechnungsinstrumenten eine inhaltliche Übereinstimmung, welche durch die Bereinigung der (Bewertungs-) Unterschiede von Aufwand und Kosten verdeutlicht werden kann. Dies geschieht in der sog. Abstimmungsbrücke.

In der Krankenhausstatistik werden ausgehend vom **Total der Aufwände der Finanzbuchhaltung** Zusatzkosten, neutraler Aufwand und Anderskosten bereinigt, um auf das **Total der Kosten nach Kostenträger** (Summe der einzelnen Teilergebnissen zu den verschiedenen Aktivitätstypen) zu gelangen:

- **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. Die Zusatzkosten werden dem Total der Aufwände der Finanzbuchhaltung immer addiert.
- **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 kalkulatorische Zinsen. Da die Richtung der Korrektur der Anderskosten nicht grundsätzlich vorgegeben ist, werden in der Krankenhausstatistik zwei Felder („+ Anderskosten“ und „- Anderskosten“) vorgegeben, wobei nur das Total der Korrektur aufgrund der Anderskosten zu deklarieren ist.
- **Neutraler Aufwand:** Aufwände, welche nicht aus dem laufenden Betrieb des Spitals resultieren und daher in der Kostenträgerrechnung nicht berücksichtigt werden. Beispiele hierfür sind Aufwände früherer Perioden, ausserordentliche Aufwände oder aber Aufwände für betriebsfremde Aufgaben (landwirtschaftlicher Betrieb etc.). Der neutrale Aufwand wird vom Aufwand der Finanzbuchhaltung subtrahiert.

Zur Erleichterung der Deklaration werden durch den elektronischen Fragebogen das Total der Aufwände der Finanzbuchhaltung, das Total der verschiedenen Kostenträgerrechnungen als **Zielwert**, das Resultat der gemachten **Angaben** und die bestehende **Differenz** angezeigt.

5.4.4 Lohnbuchhaltung und Honorare für medizinische Leistungen

Da mehr als die Hälfte der Aufwände eines Spitals oder eines Geburtshauses durch das Personal erzeugt wird, sind hierfür präzisierende Angaben zu machen.⁷¹ In diesem Sinne stellen die hier verlangten Informationen eine Präzisierung der zu den Aufwänden der Finanzbuchhaltung (vgl. Kapitel 5.4.1.1) dar. Auch wenn diese Erweiterung in REKOLE® nicht vorgesehen ist, müssen diese Deklarationen verbindlich gemacht werden.

Es wird zwischen fest angestelltem Personal, für deren Sozialversicherungsleistungen der Betrieb aufkommt, und externem Personal, welches für den Betrieb gegen Honorar medizinische Leistungen⁷² erbringt (vgl. Kapitel 5.2.3), unterschieden.

Für die Angaben das angestellte Personal betreffend sind folgende Konti gemäss REKOLE® zu unterscheiden:

- 30 **Lohnaufwand**
- 38 **Arzthonoraraufwand** (sozialversicherungspflichtig)
- 37 **Sozialversicherungsaufwand**
- 39 **Übriger Personalaufwand**

Die Ausweisung der Aufwände in Konto 30 Lohnaufwand erfolgt zusätzlich anhand der Funktionshauptgruppen (vgl. Kapitel 5.3.4):

- 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**

Die für den Betrieb erbrachten **medizinischen Leistungen** des externen Personals werden durch **Honorare** abgegolten, für deren Sozialversicherungspflicht das Spital oder das Geburtshaus nicht aufkommt. Diese Honorare⁷³ 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 Leistungen (nicht

⁷¹ Art. 10 Abs. 2 und 3 VKL, Art. 22a Abs. 1 KVG.

⁷² Als medizinische Leistungen gelten Arbeiten, welche von den Funktionshauptkategorien „Ärztinnen und Ärzte“, „Pflegepersonal“, „Medizinisch-technisches Personal“ und „Medizinisch-therapeutisches Personal“ erbracht wird.

⁷³ Die Honorare entstammen sämtlicher Leistungskategorien (OKP, Zusatzversicherung, Selbstzahler, ausländische Patienten etc.).

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

sozialversicherungspflichtig) – Ärztinnen und Ärzte“ 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.

5.4.5 Anlagebuchhaltung

Die Deklarationen zur Anlagebuchhaltung der Krankenhausstatistik erfolgen, wie alle anderen Angaben, gemäss den in KVG und VKL beschriebenen Regelungen.⁷⁴ Definitionen des Betriebsrechnungsmodells REKOLE® Version 2008, welche nicht mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang sind, sind auch hier für die zu machenden Angaben ausdrücklich zu ignorieren.

Im vorliegenden Text werden die gesetzlichen Regelungen beschrieben. Zudem formuliert das BFS im Hinblick auf die Erfüllung seines Gesetzauftrages⁷⁵ 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.⁷⁶

Als Investitionen gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, welche ein Spital oder ein Geburtshaus zur Erfüllung seines Leistungsauftrages benötigt.⁷⁷ Dieser Auftrag umfasst sämtliche Leistungen, deren Erbringung vertraglich zwischen Betrieb und Kanton geregelt werden und auf Basis dessen Eintrag auf der kantonalen Spitalliste besteht.⁷⁸ Entsprechend sind Anlagen der Nebenbetriebe und Anteile an Grundstücken, welche zur Erfüllung des Leistungsauftrages nicht notwendig sind, nicht zu erfassen.⁷⁹

Da Miet- und Abzahlungsgeschäfte den Kaufgeschäften gleich gestellt und deren Anlagenutzungskosten separat auszuweisen sind,⁸⁰ 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**⁸¹ pro Anlagekategorie⁸² zu deklarieren.

⁷⁴ Vgl. das vom BAG veröffentlichte Dokument „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“.

⁷⁵ Art. 23 KVG.

⁷⁶ Art. 10 Abs. 5 VKL.

⁷⁷ Art. 8 Abs. 1 VKL.

⁷⁸ Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG.

⁷⁹ BAG: 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.

⁸⁰ Art. 8 Abs. 2 VKL.

⁸¹ Art. 10a Abs. 1 Bst. b VKL.

⁸² BAG: 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.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Der **gesetzlich vorgegebene kalkulatorische Zinssatz**⁸³ (vgl. Kapitel 5.1.2) wird ferner in dieser Tabelle visualisiert.

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

Immobilien Sachanlagen

- **Bebautes und unbebautes Land**⁸⁴
- **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**

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:

- **Anschaffungswert** in Fr.: Eine Bewertung darf nicht gemäss Markt-, Wiederbeschaffungs- oder Brandversicherungswert erfolgen.⁸⁵
- **Anschaffungsjahr**
- **Buchwert der Anlage am Anfang des Jahres** in Fr.
- **Buchwert der Anlage am Ende des Jahres** in Fr.
- **Jährliche Abschreibung** in Fr.⁸⁶
- **Kalkulatorischer Zins** in Fr.⁸⁷
- **Anlagenutzungskosten** in Fr.: Die Summe der jährlichen Abschreibungen in Fr. und des kalkulatorischen Zinses entsprechen den Anlagenutzungskosten in Franken.⁸⁸

⁸³ Art. 10a Abs. 1 Bst. h VKL.

⁸⁴ Auf den Zusatz „Baurechte“ gemäss REKOLE® wird an dieser Stelle verzichtet, da diese zur Erbringung des Leistungsauftrages keine Bedeutung besitzen.

⁸⁵ Art. 10a Abs 2 VKL.

⁸⁶ 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.

⁸⁷ Gemäss Schlussbestimmungen Absatz 3 der VKL wird für die Berechnung der kalkulatorischen Zinsen der Anschaffungswert durch den Buchwert im Zeitpunkt des Übergangs ersetzt werden.

⁸⁸ Ausnahme ist die Kategorie „Bebautes und unbebautes Land“: Hier entspricht der kalkulatorische Zins den Anlagenutzungskosten in Fr.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

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.⁸⁹

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 Gesetzauftrag, 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.⁹⁰ 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. 22a 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 Berechnungen⁹¹ verwendet das BFS folgende Formeln:⁹²

- **Buchwert Anfang des Jahres** = [Anschaffungswert in Fr.] – ([Anzahl Betriebsjahre⁹³] * [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]⁹⁴
- **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.⁹⁵

⁸⁹ 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.

⁹⁰ Die genauen Verwendungszwecke werden durch Art. 23 KVG, das Bundesstatistikgesetz und die Statistikerhebungsverordnung erläutert.

⁹¹ Die vom BFS verwendete Berechnungsmethode besitzt für die Selbstdeklaration der Betriebe für die sog. administrativen Verwendung keine bindende Wirkung.

⁹² 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.

⁹³ Anzahl Betriebsjahre = [Erhebungsjahr] – [Anschaffungsjahr].

⁹⁴ Für die Anlagen der Kategorie „Bebautes und unbebautes Land“ wird folgende Berechnungsformel angewendet: **Kalkulatorischer Zins in Fr.** = [Anschaffungswert] * [Gesetzlich vorgegebener kalkulatorischer Zinssatz].

⁹⁵ Art. 10 Abs. 5 VKL und Art. 8 VKL.

5.5 Leistungen und Behandlungen

Die Angaben im Kapitel „Leistungen und Behandlungen“ sind von den Spitälern auf die jeweils zugewiesenen Aktivitätstypen „Akutbehandlung“, „Psychiatrie“ und „Rehabilitation / Geriatrie“ aufzugliedern. Die Geburtshäuser besitzen einen eigenen Aktivitätstyp.

Für jeden einzelnen Aktivitätstyp ist im elektronischen Fragebogen ein eigenständiges Kapitel anwählbar. Die Inhalte sind jeweils identisch. Im Kapitel „Total“ werden vom Programm die wichtigsten Informationen selbstständig zusammengezählt und können nicht direkt modifiziert werden.

Angaben, die gemäss medizinischer Leistungsstelle zu einem Aktivitätstyp gehören würden (vgl. Kapitel 5.1.1 und Anhang II), welcher der Betrieb beispielsweise aufgrund des geringen Volumens nicht zugeteilt wurde, sind dem Aktivitätstyp mit den meisten Pflgeetage zuzurechnen.

5.5.1 Stationäre Behandlungen

Gemäss Art. 3 VKL entspricht eine stationäre Behandlung einem Aufenthalt in einem Spital oder Geburtshaus von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte von weniger als 24 Stunden Dauer, in deren Verlauf während einer Nacht ein Bett belegt wird, bzw. eine Überweisung in ein (anderes) Spital vorgenommen wird, gelten ebenfalls als stationäre Behandlungen. Gleiches gilt bei Todesfällen.

Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken, welche Bestandteil eines medizinischen Therapieplanes, wie beispielsweise in der Psychiatrie, bei Chemo- oder Radiotherapien, Dialysen, spitalbasierten Schmerzbehandlungen oder Physiotherapien, werden hingegen als ambulant kategorisiert (vgl. Anhang VII).

Da die Medizinische Statistik die Informationen bezüglich der medizinischen Behandlungen der Patienten erfasst, werden im Rahmen der Krankenhausstatistik nur diejenigen Daten zur stationären Behandlung erhoben, welche die Datenverwender ausdrücklich auch als Bestandteil dieses Datensatzes wünschen.

Konkret werden die **Pflegetage** und die **Austritte** erfragt. Gesondert sind dabei die entsprechenden Werte für die **gesunden Neugeborenen** zu deklarieren, wobei dies sämtliche Neugeborenen mit einschliesst, welche in der Medizinischen Statistik für die Hauptdiagnose einen Kode der Kategorie Z38.- „Lebendgeborene nach Geburtsort“ und keinen Nebendiagnosecode besitzen.⁹⁶

Die Definition der Variablen erfolgt gemäss Medizinischer Statistik und Weisung von SwissDRG:⁹⁷

- **Pflegetage:** Als Pflege-, resp. Aufenthaltstag gelten der Aufnahmetag⁹⁸ sowie jeder weitere Tag des Spitalaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag. Vollständige Urlaubstage⁹⁹ zählen ebenfalls nicht zur Aufenthaltsdauer. Die Pflgeetage der administrativen Fälle, welche am 31. Dezember noch nicht abgeschlossen wurden, sind Bestandteil dieser Variablen.
- **Austritte:** Die Summe aller administrativen Fälle, welche in der Periode vom 1. Januar bis zum 31. Dezember, beendet wurden.

⁹⁶ Diese Definition ist eine Empfehlung für die Krankenhausstatistik. Für andere statistischen Analysen kann es je nach Sichtweise sinnvoll sein, definierte zusätzliche Codes für die Auswertung zuzulassen.

⁹⁷ Die von SwissDRG vorgegebene Berechnungsmethode ist für alle Aktivitätstypen anzuwenden.

⁹⁸ Erfolgt am Aufnahmetag eine Überweisung in ein anderes Spital, wird der Aufnahmetag als Tag 1 gewertet.

⁹⁹ Wenn ein Patient während eines Aufenthalts das Spital oder Geburtshaus für mehr als 24 Stunden verlässt, handelt es sich um einen administrativen Urlaub. Der für den Fall relevante gesamte Urlaubsdauer ermittelt sich aus der Summe der Stunden der einzelnen Urlaube.

5.5.2 Betten

Die Anzahl Betten stellen das althergebrachte Instrument der Spitalplanung dar. Mit der Einführung der Fallpauschalen wird sich dies jedoch ändern. Da es jedoch nicht für alle Aktivitätstypen der stationären Behandlung absehbar ist, wann diese Verrechnungsform umgesetzt wird, werden zwei zentrale Informationen zu den Betten in der Krankenhausstatistik abgefragt.

- **Bettenbetriebstage:** Ein Tag, an welchem ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht, entspricht einem Betriebsbettentag. Über das Jahr hinweg kann ein einzelnes Bett entsprechend 365 Tage betrieben werden. Die Tage, an denen ein Bett wegen Betriebsferien, Bauarbeiten etc. nicht im Einsatz steht, sind abzuziehen.¹⁰⁰

Davon ausgenommen sind:

- a. Spezialbetten wie Betten in der Aufwachstation, Dialysebetten, Betten der Notfallstation, speziell für ambulante Behandlungen vorgesehene Betten, Isolationsbetten usw.
 - b. Betten für den Zivilschutz und für Notspitäler.
 - c. Betten für gesunde Neugeborene und gesunde Personen.
- **Planbetten:** Anzahl der in der Spitalplanung für den Betrieb vorgesehenen Betten. Diese Grösse ist nur für Aktivitätstypen auszufüllen, in denen noch nicht gemäss Fallpauschalen abgerechnet wird.

5.6 Finanz- und Betriebsdaten

Die Angaben zu den Kosten- und Erlösträgerrechnungen des Kapitels „Finanz- und Betriebsdaten“ sind in die zugeteilten Aktivitätstypen zu unterteilen. Die hierfür vorgesehenen Tabellen sind jeweils identisch. Im Kapitel „Total“ werden die wichtigsten Informationen für alle Aktivitätstypen selbstständig zusammengezählt.

Werte, welche aufgrund der Einteilung der medizinischen Leistungsstellen zu einem Aktivitätstyp gehören, welcher das Spital nicht ausweisen muss, sind dem Aktivitätstyp mit den meisten Pflgeetagen anzurechnen.

5.6.1 Kostenträgerrechnung

Als Kosten gilt der leistungsbezogener Wertverzehr, bzw. Mengen, welche im Hinblick auf die betriebliche Leistungserbringung eingesetzt werden. Um diese zu ermitteln, sind Spitäler und Geburtshäuser gesetzlich verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen, bei welcher Ort und Bezug der Gesamtkosten sachgerecht ausgewiesen werden.¹⁰¹ Des Weiteren müssen die Leistungen und Kosten nach **stationärer, ambulanter** und **Langzeitbehandlung**¹⁰² unterschieden werden.¹⁰³

Die Kostenträgerrechnung unterscheidet zwischen fallabhängigen (**administrative Fälle**) und fallunabhängigen (**Aufträge**) Leistungen. Als Unterscheidungskriterium gilt dabei, ob eine Leistung, welche entsprechende Kosten erzeugt hat, für einen Patienten, sprich einen administrativen Fall oder aber im Auftrag eines Dritten (z.B. anderes Spital, Hausarzt, Besucher oder Personal) erfolgte.

¹⁰⁰ Rechenbeispiel: 3 Betten * 365 Tage – 1 Monat Betriebsferien = 1005 Betriebsbettentage.

¹⁰¹ Art. 9 Abs. 1 VKL, Art. 22a Abs. 1 KVG.

¹⁰² Verrechnung gemäss Art. 50 KVG.

¹⁰³ Art. 2 Abs. 1 VKL.

5.6.1.1 Administrative Fälle

Sämtliche Einzelleistungen, welche ein Patient während seiner Behandlung erhält, werden mit Abschluss des entsprechenden administrativen Falls verbucht. Daher können Kosten auch in einem späteren Kalenderjahr erscheinen, als in demjenigen in welchem sie erzeugt wurden. Ein Patient kann mehrere verschiedene administrative Fälle auslösen.

Kosten, welche direkt dem administrativen Fall angerechnet werden können, heissen **Einzelkosten**. Im Gegensatz dazu müssen die **Gemeinkosten** auf einem Umweg verteilt werden, da zwischen Kostenträger und Kostenart keine direkte Ursache besteht, bzw. die Handhabung für jeden einzelnen Fall zu aufwändig wäre (sog. unechte Gemeinkosten).

Die hier zu machenden Angaben dienen zur Überwachung der gesetzlichen Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.¹⁰⁴ Dies impliziert, dass die Kosten in ihrer Gesamtheit und detailliert bezüglich der Grundversicherung auszuweisen sind. Daher sind die verschiedenen Einzel- und Gemeinkosten wie folgt aufzugliedern:

- **Total Kosten sämtlicher Patienten:** Es ist das Total sämtlicher Kosten, d.h. Patienten aller Versicherungsklassen (Grund-, Zusatz-, Unfall-, Unfallzusatz- Militär-, Invalidenversicherung etc.) als auch ohne spezifische Versicherung (Selbstzahler etc.) anzugeben.
- **KVG** (nur grundversicherte Patienten): Sämtliche Kosten eines Patienten, welcher ausschliesslich grundversichert ist, sind der OKP anzurechnen. Ob dabei ein prämiensparendes Modell gewählt wurde oder nicht (z.B. HMO-, Hausarzt- oder Telmed-Modell) ist unerheblich.
- **UVG/IVG/MVG** (nur grundversicherte Patienten): Die Kosten der Patienten, welche ausschliesslich über eine Grundversicherung der Unfall-, Invaliden- oder der Militärversicherung¹⁰⁵ verfügen werden hier deklariert.
- **Kosten zulasten der OKP** (Patienten mit Zusatzversicherung): Die entstandenen Kosten aus Leistungen an zusatzversicherten Patienten setzen sich sowohl aus Kostenanteilen zulasten der obligatorischen Grund- als auch der freiwilligen Zusatzversicherung zusammen. Zur Erfüllung von Art. 2 VKL sind die Kostenanteile der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die administrative Verwendung der Daten zu deklarieren. Im Hinblick auf die statistische Verwendung empfiehlt das BFS über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus, dass in Fällen, in welchen ein Betrieb diese Information aus anderen Grössen der Betriebsbuchhaltung extrapoliert, zur Erfüllung der gesetzlichen Deklarationspflicht eine einheitlich definierte Berechnungsmethode angewendet wird:¹⁰⁶

Auf Basis der bekannten Angaben (Anzahl und Kosten) werden die durchschnittlichen Kosten eines nur grundversicherten Patienten ermittelt. Diese Grösse wird entsprechend der Anzahl zusatzversicherten Patienten auf die Kategorie „Kosten zulasten der OKP (Patienten mit Zusatzversicherung)“ überführt.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Art. 22a KVG.

¹⁰⁵ Die eidgenössischen Sozialversicherer sind aufgrund des geringen Anteils an Fällen und des entsprechend tiefen Einnahmenanteils zusammen aufgeführt.

¹⁰⁶ Für jede verlangte Kostenart, resp. Kostenstelle ist diese Berechnung in gleicher Weise vorzunehmen.

¹⁰⁷ Rechenbeispiel: Verursachen im stationären Bereich 100 nur grundversicherte Patienten in Konto 400 Kosten von insgesamt 50'000 Franken, ergibt dies durchschnittliche Kosten von 500 Franken pro grundversicherten Patient. Bei 15 zusatzversicherten Patienten im stationären Bereich sind demzufolge 7'500 Franken (500 x 15) in der Spalte „Zusatzversicherte Patienten – Kosten zulasten der OKP“ in Konto 400 zu deklarieren.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Die Zuteilung der administrativen Fälle auf die verschiedenen Kategorien erfolgt ausschliesslich auf Basis der Versicherungsart des jeweiligen Patienten. So werden unter „KVG (nur grundversicherte Patienten)“ alle Patienten, welche gemäss KVG versichert sind und entsprechend Leistungen der schweizerischen OKP beziehen, zusammengefasst.¹⁰⁸

Da Kriterien wie Nationalität oder Wohnort nicht zu berücksichtigen sind, werden beispielsweise Grenzgänger, welche aufgrund der bilateralen Verträge eine obligatorische Grund-, bzw. Invaliden- oder Unfallversicherung in der Schweiz besitzen, in den Spalten „KVG (nur grundversicherte Patienten) resp. „UVG/IVG/MVG (nur grundversicherte Patienten)“ erfasst. Hingegen sind Patienten, welche über einen ausländischen Versicherungsschutz verfügen, ungeachtet ihrer Nationalität in diesen Spalten nicht zu erfassen.

Die Angaben in der Kategorie „Total – Kosten sämtlicher Patienten“ bezieht sich auf die Gesamtheit der Kosten. Daher sind hier auch Anteile enthalten, welche in den anderen Spalten nicht berücksichtigt werden. Dies betrifft unter anderem die Kosten der Privatversicherung, der Selbstzahler, der im Ausland versicherten Patienten sowie der unversicherten Patienten.

Die Kosten werden anhand den in REKOLE® 2008 definierten Kostenarten-, bzw. Kostenstellennummern dargestellt:

Einzelkosten

- 400 **Arzneimittel** (inkl. Blut und Blutprodukte)
- 401 **Material, Instrumente, Utensilien, Textilien**
- 405 **Medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen**
- 405 **Davon Arzthonorare**: Anteil der nicht sozialversicherungspflichtigen Arzthonorare an Konto 405.
- 38 **Arzthonorare** (sozialversicherungspflichtig)
- 480 / 485 / 486 **Übrige Einzelkosten**

Gemeinkosten

- 20 / 23 / 24 / 25 / 26 / 27 / 28 / 29 / 30 / 36 **Medizinische Muss-Kostenstellen**¹⁰⁹ (MUSS-KST).
- 20 **Davon OP-Säle**: Einzelausweisung der MUSS-KST Nummer 20.
- 24 **Davon Intensivpflege und Intermediate-Care**: Einzelausweisung der MUSS-KST Nummer 24.
- 29 **Davon Labor**: Einzelausweisung der MUSS-KST Nummer 29.
- 31 **Ärztschaften**
- 39 **Pflege**
- 32 / 33 / 34 / 35 **Therapien**
- 41 / 42 / 43 **Hotellerie**
- 10 / 44 / 45 / 77 **Übrige Muss-Kostenstellen**
- **Anlagenutzungskosten**: Aufteilung der gemäss den Grundsätzen der Betriebsbuchhaltung bewerteten Anlagenutzungskosten auf die verschiedenen administrativen Fälle.

¹⁰⁸ Im Hinblick auf eine sachgerechte Erhebungspraxis empfiehlt das BFS die Patienten mit nur einer Zusatzversicherung „Spitalwahl ganze Schweiz“ in der Grundversicherung zu erfassen.

¹⁰⁹ Konto 29 Labor ist streng nach REKOLE® nicht unbedingt eine Muss-Kostenstelle. An dieser Stelle wird es wegen seiner Bedeutung für die medizinischen Kosten dennoch integriert.

5.6.1.2 Aufträge

Aufträge werden als Leistungen definiert, die ein Spital im Auftrag für einen Dritten (z.B. Spital, Hausarzt, Besucher oder Personal) erbringt. Entsprechend sind die daraus entstehenden Kosten fallunabhängig.

Um einen Gesamtüberblick über die Kosten der Spitäler zu liefern, werden die Aufträge als einen Bestandteil der Kostenträgerrechnung zusammen mit den fallabhängigen Kosten aufgeführt. In der Krankenhausstatistik werden die Aufträge in vier Gruppen unterteilt, wobei die Kosten von Haupt- und Nebenbetrieben addiert auszuweisen sind:

- Die hier auszuweisende Lehre entspricht gemäss Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG der **universitären Lehre**. Entsprechend den Richtlinien der VKL¹¹⁰ umfasst die Lehre in den Spitälern die folgenden Elemente:
 - Theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz über Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms.
 - Weiterbildung der Studierenden der im Bundesgesetz über Medizinalberufe geregelten Medizinalberufe nach Erwerb des eidgenössischen Diploms zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.
- Forschung gemäss Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG umfasst die systematischen schöpferischen Arbeiten und die experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Darunter fallen auch Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.¹¹¹
- Zur **Summe der übrigen Aufträge** gehören alle anderen Aufträge, welche ein Spital oder ein Geburtshaus für das Personal oder andere Dritte erbringt und nicht einem konkreten administrativen Fall zugerechnet werden kann.
- Die nach den Regeln der Betriebsbuchhaltung bewerteten **Anlagenutzungskosten** werden analog zu den Gemeinkosten auf die Aufträge umgelegt.

¹¹⁰ Art. 7 Abs. 1 VKL.

¹¹¹ Art. 7 Abs. 2 VKL.

5.6.2 Erlösträgerrechnung

Als Gegenstück zur Kostenträgerrechnung erfasst die Erlösträgerrechnung die Erlöse, welche ein Spital durch die Erbringung der entsprechenden fallabhängigen und fallunabhängigen Leistungen erzeugt.

Die Angaben der Erlösträgerrechnung werden analog der Kostenträgerrechnung in die Kategorien „**Total Erlöse sämtliche Patienten**“, „**KVG** (nur grundversicherte Patienten)“, „**UVG / IVG / MVG** (nur grundversicherte Patienten)“ und „**Kosten zulasten der OKP** (Patienten mit Zusatzversicherung)“ unterteilt. Zudem sind auch die Leistungsart gemäss ambulanter, stationärer und Langzeitpflege zu verdeutlichen, wobei der stationäre Bereich zusätzlich nach **Versicherer**, bzw. **Kanton**¹¹² zu unterscheiden ist.

Konkret werden folgende Informationen in der Erlösträgerrechnung erfragt:

- **60 Erlöse aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten**
- **61 Ärztliche Einzelleistungen**
- **62 Übrige Spitaleinzelleistungen**
- **62 Davon TARMED (TL)**
- **62 Davon Physiotherapie**
- **62 Davon Labor**
- **65 Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten**
- **66 Finanzerlös**
- **68 Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte**
- **69 Beiträge und Subventionen**
 - **690 Beiträge von Gemeinden**
 - **695 Beiträge von Kantonen**
 - **696 Beiträge vom Bund**
 - **697 Beiträge von Korporationen, Stiftungen und Privaten**

Das Konto 62 wird in die drei Unterkategorien technische Leistungen TARMED¹¹³, Physiotherapie und Labor unterteilt, damit Informationen über die drei Hauptbereiche der nationalen ambulanten Tarife ersichtlich werden. Da jedoch nur die fakturierten Erlöse erfasst werden, welche von den tatsächlich erzeugten abweichen können, ist der direkte Vergleich mit den definierten Kosten der Kostenträgerrechnung nur beschränkt möglich. Ähnliche Leistungen im stationären Bereich werden im Konto 60 erfasst.

Das Konto 69 „Beiträge und Subventionen“, welches in Beiträge von Gemeinden, Kantone, Bund sowie Korporationen, Stiftungen und Privaten unterteilt wird, ist von der Kontonummer 60 (Reine OKP-Patienten – Stationär – Kanton) zu unterscheiden: Während vertragliche und gesetzliche Beiträge dem Konto 60 zugeteilt werden, wenn sie fallabhängig sind (beispielsweise Fallpauschalen), gelten die entsprechenden fallunabhängigen Erlöse (beispielsweise Hochschulförderungsbeiträge) als Beiträge und Subventionen. Ausdrücklich ausgeschlossen ist dabei jedoch die Defizitdeckung, deren Höhe vom Rechnungsergebnis abhängt und nicht in der Erlösträgerrechnung berücksichtigt wird.

¹¹² Sämtliche Beträge von Dritten, wie beispielsweise von Gemeinden, sind dem Kantonsteil anzurechnen.

¹¹³ Ist nur für die Kategorie „Total Erlöse sämtlicher Patienten – Ambulant“ anzugeben.

Krankenhausstatistik: Detailkonzept

Erhebung Daten ab 2010	Erhebung Daten 1997 - 2009	Kommentar
<ul style="list-style-type: none"> - Hauptstandort - Personal in Ausbildung - Nationalität - Herkunft des Diploms 	<ul style="list-style-type: none"> - Präzisierungen des Beschäftigungsgrads: Forschung & Entwicklung, Lehre, ambulanter Bereich - Finanzierungsquelle - Personal in Ausbildung - Schweizerische Nationalität 	
<p>4. Allgemeine Angaben Finanz- und Betriebsdaten</p>	<p>4. Finanzbuchhaltung</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Finanzbuchhaltung - Betriebsergebnis - Abstimmungsbrücke - Lohnbuchhaltung und Honorare für medizinische Leistungen - Anlagebuchhaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebsrechnung - Deckung des Betriebsverlustes - Nicht in der Betriebsrechnung vorkommender Aufwand und Ertrag 	<p>Aufwände und Erträge</p> <p>Informationen zu den Nebenbetriebe</p>
<p>5. Leistungen und Behandlungen</p>	<p>3. Hospitalisierung</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Behandlungen - Betten 	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Variablen - Betten 	<p>Erfassung der meisten Informationen durch die MS – Statistik</p> <p>Planbetten und Betriebsbettentage</p>
<p>6. Finanz- und Betriebsdaten</p>	<p>5. Preise und Tarife</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kostenträgerrechnung - Erlösträgerrechnung 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarife für Tagespauschalen am 31.12. 	<p>Das alte Kapitel Preise und Tarife wurden gestrichen. Administrative Fälle und Aufträge</p>

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, Neuchatel 1997.
- BFS 1997
Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Detailkonzept 1997. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchatel 1997.
- BFS 1997
Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Statistik der sozial-medizinischen Institutionen, Detailkonzept 1997. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchatel 1997.
- BFS 2006
Zugang zu den Mikrodaten des Bundesamt für Statistik, 2006. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchatel 2006.
- BFS 2006
Manuel REE Application principale, Version 2.0. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchatel 2003.
- BFS 2008
NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchatel 2008.
- BFS 2008
Konzept zur Einführung einer Unternehmens-Identifikationsnummer (UID) 2008. Bundesamt für Statistik – BFS, Neuchatel 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, dritte überarbeitete Ausgabe 2008, H+ Die Spitäler der Schweiz – H+ Bern 2008.
- 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
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIT	Bundesamt für Informatik und Telekommunikation
BJ	Bundesamt für Justiz
BStatG	Bundesstatistikgesetz
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
BZ	Betriebszählung
CT	Computertomograph
DSG	Bundesgesetz über den Datenschutz
EFTA	Europäische Handelsassoziation
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GESV	Gesundheitsversorgung
IGGH – CH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
HMO	Health Maintenance Organization
KORSTAT	Konferenz der regionalen statistischen Ämter der Schweiz
KS	Krankenhausstatistik
KST	Kostenstelle
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
NOGA	Nomenclature Générale des Activités économiques
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ORL	Otorhinolaryngologie
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PUE	Preisüberwachung
PüG	Preisüberwachungsgesetz
RUG	Abteilung Raum, Umwelt, Gesundheit
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SHA	System of Health Accounts
SNZ	Sanitätsnotrufzentrale
SNZ	Schnitt-Naht-Zeit
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPECT	Single Photon Emissions Computer Tomography
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
UID	Unternehmens-Identifikationsnummer
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VESKA	Verband schweizerischer Krankenanstalten
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
ZSR	Zahlstellnummer

Anhangverzeichnis

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