
Einkaufsgemeinschaft HSK

Benchmark ST Reha Tarifjahr 2026



Datenjahr: 2024

Veröffentlichung: 7. November 2025

Benchmark ST Reha - Tarifjahr 2026

Executive Summary

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für die Berechnung ihres Benchmarks ST Reha die ITAR_K®-Daten von insgesamt 82 Rehabilitationskliniken erhalten. Nach der Plausibilisierung dieser Leistungs- und Kostendaten und dem Ausschluss von Kliniken mit verspäteten bzw. nicht gelieferten oder nicht plausiblen Daten konnten 77 Kliniken in das Benchmarking einbezogen werden.

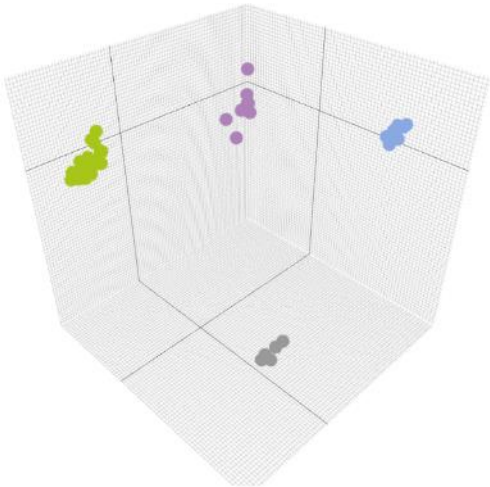
Der Benchmarkwert ST Reha ist kostenbasiert und beruht auf schweizweiten und repräsentativen Betriebsvergleichen: er umfasst über 93 Prozent aller Rehabilitationskliniken.

Für das Tarifjahr 2026 beträgt der HSK Benchmark ST Reha beim 35. Perzentil, mit Gewichtung nach Anzahl Kliniken und ohne Teuerung, 719 Franken.

Für die Preisfindung führt HSK ein zweistufiges Benchmarkverfahren durch:

- **1. Stufe:** Benchmarkwert-Berechnung gemäss Betriebskostenvergleiche
- **2. Stufe:** Individuelle Preisverhandlungen mit Berücksichtigung von datenbasierten, klinikspezifischen Besonderheiten.

Für die Preisdifferenzierung verwendet HSK die nachfolgenden Cluster als Basis für die Abweichung vom Benchmarkwert.

Cluster	Preis-differenzierung	Bezeichnung Cluster
	↑	HSK-Schwerpunkt Neurologische Rehabilitation (DM ≥75%)
		HSK-Schwerpunkt Geriatrische Rehabilitation (DM ≥75%)
	HSK-Benchmarkwert 719 Franken	
	↓	HSK-Schwerpunkt Breites Leistungsspektrum
		HSK-Schwerpunkt Muskuloskeletale Rehabilitation (DM ≥75%)

Mit diesem differenzierten Vorgehen schafft die Einkaufsgemeinschaft HSK datengestützte Voraussetzungen für die Umsetzung der Tarifautonomie gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und verhandelt lösungsorientiert.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1. Leitplanken für das Benchmarkverfahren	5
2. Stufe 1 der Preisbildung: HSK-Benchmarkingverfahren	6
2.1 Datengrundlagen.....	6
2.2 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB).....	6
2.3 Methodik des HSK-Benchmarkings.....	7
2.3.1 Grundsätze der Methodik und einbezogene Kliniken.....	7
2.3.2 Regionale Abdeckung	8
2.3.3 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils.....	9
2.4 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens.....	12
2.4.1 Benchmarkwert	12
2.4.2 Gewichtetes Benchmarking (nach Anzahl Fällen oder nach Day Mix)	12
3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für die Preisdifferenzierung	13
3.1 Rechtliche Leitplanken.....	13
3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik	14
3.3 Resultate des Clusterings	15
3.4 Ermittlung der Preisbrandbreite	15
4. Zusammenfassung	17
Abbildungsverzeichnis	18
Tabellenverzeichnis	18
Literaturverzeichnis.....	19
Anhang.....	20
Auskünfte.....	22

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Benchmark
BR	Baserate
BRB	Benchmarkrelevante Betriebskosten
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
DM	Day Mix
DMI	Day Mix Index
RCG	Rehabilitation Cost Groups
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
ITAR_K®	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
NBK	Nettobetriebskosten
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PUE	Preisüberwacher
REKOLE®	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
uLuF	Universitäre Lehre und Forschung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Zusatzversicherung)
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

1. Leitplanken für das Benchmarkverfahren

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren idealtypisch schweizweit, kostenbasiert, im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll. Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGers sind:

- **Zweistufiger Preisfindungsmechanismus:** 1. Stufe = Benchmark (BM, Referenzwert), 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen. Der Benchmarkwert ist demzufolge als Richtwert für die klinikindividuellen Verhandlungen zu betrachten.
- Das Benchmarking muss grundsätzlich **kostenbasiert** erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Kliniken). Abzüge – zum Beispiel wegen Intransparenz – dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfließen.
- Der BM soll **schweizweit** mit einem idealerweise auch schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Der BM soll eine möglichst **grosse** und für alle Kliniken **repräsentative Vergleichsmenge** umfassen, um u.a. frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein und um die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten **nach einheitlicher Methode** möglichst genau und realitätsnah zu ermitteln. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, indem bestimmte Kliniken bzw. Klinikgruppen vorselektiert werden.
- Anstelle von normativen Werten soll der BM möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Je geringer die Anzahl Kliniken im BM, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmarkwert bei einem Leistungserbringer gesetzt wird, dessen benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.
- Das Bundesverwaltungsgericht gab in einem neuen Urteil (C-5102 | 2019 vom 17. August 2022)¹ zur Bestimmung des Perzentilwerts bekannt, dass es primär Aufgabe des Verordnungsgebers sei, die entsprechenden Vorgaben zu erlassen. Bis dahin seien den Tarifpartnern sowie den Behörden bei der Festlegung des Effizienzmassstabs ein weiter Ermessensspielraum zu gewähren. Das **BVGer** hält fest, dass mit dem Systemwechsel ein **zu strenger Effizienzmassstab** in der **Einführungsphase** die Finanzierung systemnotwendiger Leistungserbringer und damit die Versorgungssicherheit gefährden würde. Ein demgegenüber **zu grosszügiger Effizienzmassstab** würde für die günstigsten Leistungserbringer eine unangemessene Gewinnmarge bedeuten. In einem älteren BVGer Urteil heisst es, dass der Massstab streng anzusetzen sei, da die ausgehandelten Tarife nicht aus einem wirksamen Wettbewerb resultieren (BVGer 2014 | 36 E 10.2.3)².
- Gemäss BVGer-Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)³ dauert die Einführungsphase so lange an, wie der Bundesrat keine schweizweiten Betriebsvergleiche publiziert hat (Art. 49 Abs. 8 KVG).

¹ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2022)

² (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2014)

³ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2019)

2. Stufe 1 der Preisbildung: HSK-Benchmarkingverfahren

2.1 Datengrundlagen

Für die 1. Stufe der Preisfindung, die Berechnung der Day Mix-bereinigten kalkulatorischen Basispreise, stützt sich die Einkaufsgemeinschaft HSK auf die Datenlieferung der ST Reha-Kliniken (ITAR_K® Vollversion), führt jedoch auf Basis des HSK-Tarifmodells eigene Tarifberechnungen durch (vergleiche 2.2). In dieser Stufe werden alle ST Reha-Kliniken unabhängig ihrer Kategorie, Grösse oder ihres Standorts einbezogen. Kliniken mit nicht plausiblen bzw. nicht zeitgerecht gelieferten Daten werden ausgeschlossen.

2.2 Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen wenden die Kliniken REKOLE® «Betriebliches Rechnungswesen im Spital» (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) an. Eine konsequente Umsetzung der REKOLE® Standards erhöht die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Betriebskosten der ST-Reha Kliniken. Die erhaltenen Betriebskosten der ST Reha-Kliniken werden von der Einkaufsgemeinschaft HSK bereinigt, damit sie den Bestimmungen der KVV, der Rechtsprechung und der üblichen Praxis der Tarifberechnung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechen.

Die Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten erfolgt gemäss folgendem Schema:

Berechnungsschema	Bemerkungen								
Total Kosten gemäss BEBU (Stückrechnung)									
./. Anlagenutzungskosten (ANK)	Angaben der ST Reha-Kliniken (VKL)								
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angaben der ST Reha-Kliniken, gemäss Anleitung ITAR_K® erfolgt dies nach Vorgaben des BVGers								
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angaben der ST Reha-Kliniken								
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angaben der ST-Reha-Kliniken (siehe Bemerkung weiter unten)								
= Nettobetriebskosten I (NBK)									
./. Subsidiärer Abzug für universitäre Lehre und Forschung (uLuF)	Abzug effektiv, mindestens jedoch normativ Normative Werte <table data-bbox="938 1697 1305 1848"> <tr> <td><75 Betten:</td> <td>0.8 %</td> </tr> <tr> <td>>75 Betten:</td> <td>1.5%</td> </tr> <tr> <td>>125 Betten:</td> <td>3.5%</td> </tr> <tr> <td>Universitätsspitäler:</td> <td>effektiv</td> </tr> </table>	<75 Betten:	0.8 %	>75 Betten:	1.5%	>125 Betten:	3.5%	Universitätsspitäler:	effektiv
<75 Betten:	0.8 %								
>75 Betten:	1.5%								
>125 Betten:	3.5%								
Universitätsspitäler:	effektiv								
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	gemäss Angaben der ST Reha-Kliniken. HSK kann nicht verifizieren, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert werden.								
= Nettobetriebskosten II (NBK)									

Berechnungsschema	Bemerkungen
./ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten	Abzug effektiv, mindestens jedoch normative Werte gemäss Ansatz GDK ⁴ : <ul style="list-style-type: none"> Abzug von 9.8% auf den tarifrelevanten Betriebskosten zusatzversicherter Patientinnen Patienten (inkl. ANK nach VKL)
./ nicht in der Baserate (BR) enthaltene Kosten (unbewertete Zusatzentgelte gemäss SwissDRG, separat tarifizierte Leistungen)	Angaben der ST Reha-Kliniken
Verzinsung Umlaufvermögen	Gemäss der Methode des PUE
Teuerung	im BM nicht enthalten
Projektionskosten	im BM nicht enthalten
Intransparenz-Abzüge	im BM nicht enthalten
Anlagenutzungskosten (ANK)	Es werden ausschliesslich die ANK nach VKL berücksichtigt. Auch wird geprüft, ob der in der Version ITAR_K [®] 14.0 neu eingeführte ANK Abzug für VVG-Leistungen (Hotellerie) zur Anwendung kommt. Die ausgewiesenen ANK werden von HSK mit der Anlagebuchhaltung (Datenlieferung Bundesamt für Statistik BFS) plausibilisiert.
= benchmarkrelevante Betriebskosten HSK	
./ Abzug für bewertete Zusatzentgelte SwissDRG, ST Reha Version 2.0	Angabe der Klinik
: Day Mix ST Reha Version 2.0	Angabe der Klinik
= Kalkulierter Basispreis HSK	

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten

Bemerkung zu der Abgrenzung der Arztkosten (VVG): Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat die ausgewiesenen Abzüge der Arzthonorare VVG in den ITAR_K[®] der Kliniken analysiert. Daraus wird ersichtlich, dass die ausgewiesenen Arzthonorare für einige Leistungserbringer erheblich gesunken sind, ohne dass diese Senkung systematisch begründet wird. Die tiefer ausgewiesenen Arzthonorare sind auf eine Änderung der Abgeltungssysteme bei den Kliniken zurückzuführen. H+ hat das Problem erkannt und am 11. November 2024 durch ihre REKOLE[®]-Fachkommission «Rechnungswesen und Controlling» einen Lösungsvorschlag für eine korrekte Zuordnung der Arztkosten zwischen der Grund- und Zusatzversicherung erarbeitet. HSK fordert die Kliniken auf, in ihren ITAR_K[®]-Daten die nötigen Korrekturen durchzuführen. So garantieren wir eine sachgerechte Benchmark-Ermittlung. Aufgrund der laufenden Analysen behält sich HSK das Recht vor, demnächst einen normativen Abzug in dieser Angelegenheit vorzunehmen.

2.3 Methodik des HSK-Benchmarkings

2.3.1 Grundsätze der Methodik und einbezogene Kliniken

Seit Einführung der nationalen Tarifstruktur ST Reha per 1. Januar 2022 führt die Einkaufsgemeinschaft HSK jährlich ein nationales Benchmarkverfahren durch, das mit dem Datenjahr 2022 aufgrund der tatsächlich abgerechneten und angefallenen Kosten- und Leistungsdaten erstmals für das Tarifjahr 2024 publiziert wurde.

⁴ (GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019)

Für die Ermittlung des Benchmarkwerts hat die Einkaufsgemeinschaft HSK die Daten von 82 ST Reha-Kliniken eingefordert. Nach einer Prüfung der Datenplausibilität wurden 77 Daten für das Benchmarking selektioniert.

Nicht in den Benchmark einbezogen wurden insgesamt 5 ST Reha-Kliniken aus den folgenden Gründen:

Ausschlusskriterien	Anzahl Kliniken
Aktivität Wechsel	1
Mangelnde Qualität der ITAR_K® -Daten	1
Spezialfälle	2
Neuer Leistungsauftrag in Rehabilitation während des Jahres 2024	1
Total	5

Tabelle 2: Ausschlusskriterien für die Nicht-Aufnahme ins Benchmarkverfahren

2.3.2 Regionale Abdeckung

Sämtliche Kantone sind im Benchmark enthalten, sofern die Daten rechtzeitig und plausibel geliefert wurden. Gesamtschweizerisch beträgt der Abdeckungsgrad über 93 Prozent, in 17 Kantonen liegt er bei 100 Prozent.

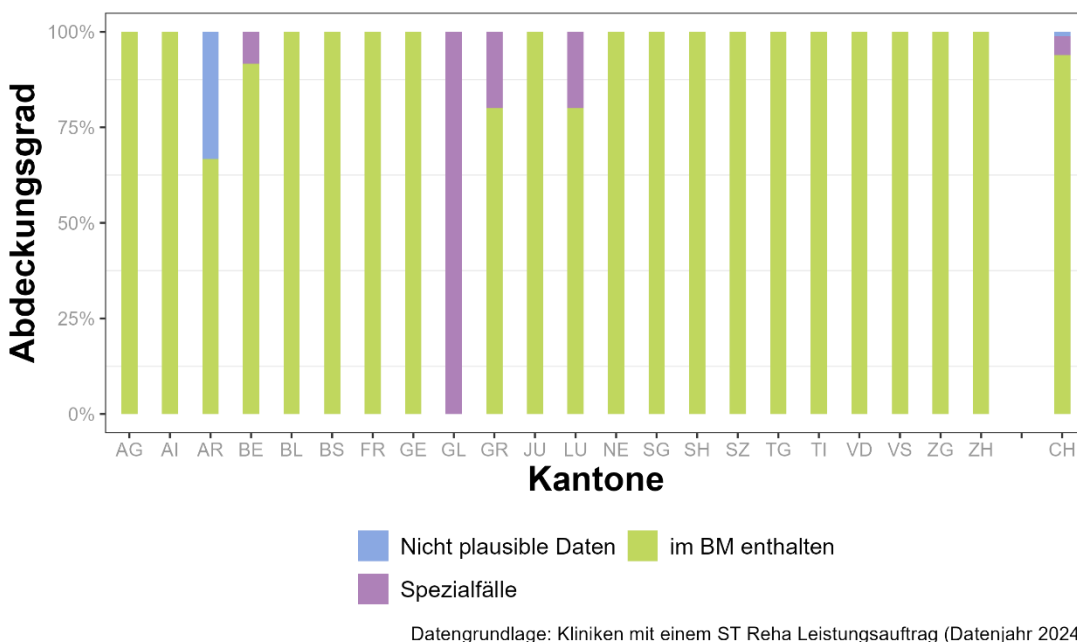


Abbildung 1: Regionale Abdeckung

Beurteilung

Der HSK-Benchmark ist repräsentativ und valide, weil:

- Der Benchmarkwert auf tatsächlich angefallenen bzw. abgerechneten Kosten- und Leistungsdaten beruht.
- Gesamtschweizerisch der Abdeckungsgrad aller ST Reha-Kliniken über 93 Prozent liegt.

- Alle Kantone der Schweiz einbezogen wurden.
- Für das Benchmarkverfahren gesamtschweizerisch eine einheitliche Methode gewählt wurde.

2.3.3 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils

a. Art der Gewichtung

Um die Fragestellung der Gewichtung innerhalb des Benchmarks zu klären, hat die Einkaufsgemeinschaft HSK im Dezember 2019 dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG an der ZHAW) eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben⁵.

Die per 1. April 2020 abgeschlossene Studie untersucht, welche Motive für eine Gewichtung im Rahmen des Benchmarkings existieren und ob diese zweckmässig sind. Gemäss der Studie versteht man im Allgemeinen unter «*Gewichtung in der angewandten Statistik den Versuch, die Repräsentativität einer Stichprobe zu erhöhen [...]*». Im Spitalbenchmarking bedeutet dies, dass eine Gewichtung nach Day Mix (DM) oder Fallzahl nützlich ist, wenn die Anzahl der Spitäler im Benchmark zu klein und nicht genug repräsentativ ist. Auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erwähnt in ihren Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung explizit: «*Die Art der Gewichtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, je weniger Spitäler in den Vergleich einbezogen werden*» (27. Juni 2019)⁶.

Die Anzahl der Kliniken im HSK-Benchmark ist mit 77 ST Reha-Kliniken hoch. Das entspricht einem Day Mix von 2'130'248 (über 99 Prozent des gesamten Schweizer OKP-Volumens) und somit einer repräsentativen Stichprobe, einer nahezu vollen Abdeckung der Grundgesamtheit. Daher braucht es keine Gewichtung, um die mangelnde Repräsentativität zu beheben. Somit soll jede Klinik mit gleichem Gewicht in die Berechnung des Perzentil-Wertes eingehen.

Hinzu kommt, dass mit der Gewichtung nach Anzahl Fällen eine Unterteilung in effiziente und ineffiziente Kliniken nicht möglich ist, weil sich durch die Gewichtung der Kliniken die Fallkosten und somit die Reihenfolge der Kliniken nicht verändern. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines echten Effizienzvergleichs. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt entsprechend auch in aktuellen Stellungnahmen vor dem Bundesverwaltungsgericht aus, dass die Durchführung eines Benchmarkings mit Gewichtung nach «Anzahl Leistungserbringer» angezeigt sei. Auch gemäss Stellungnahme der Preisüberwachung muss jedes Spital unabhängig von der Grösse und Spitalategorie gleichgewichtet im Betriebsvergleich berücksichtigt werden.

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern grosse Kliniken in einem Betriebsvergleichsverfahren mehr Gewicht haben sollen als kleinere. Grösse oder Spezialisierungsgrad einer Klinik dürfen kein Kriterium für die Kostenvergleiche darstellen. Beim Benchmarking geht es um einen Effizienzvergleich aller Kliniken auf Ebene Betrieb, das heisst wie die Prozesse in der Klinik gestaltet sind und wie optimal sich die Ressourcenallokation darstellt. Ist eine Klinik zu klein, um zum Beispiel angemessen von Skaleneffekten zu profitieren, dann muss dies durch die Betriebsvergleiche zum Ausdruck kommen. Würde man kleine Kliniken tiefer gewichten, würden für diese mögliche Effizienzen hinunterskaliert bzw. «*verwässert*». Dadurch wären die Effizienzen möglicherweise nicht mehr sichtbar. Die Gewichtung nach Fallzahl oder Day Mix führt deshalb zu einer Verwässerung der Effizienz dieser Kliniken. Die Eigenschaften einer

⁵ (WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2020)

⁶ (GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019)

Klinik, wie zum Beispiel die Höhe des Day Mix, des Day Mix Index (DMI) oder der Fallzahl kann je nach spezifischer Situation der Klinik in der klinikindividuellen Preisverhandlung berücksichtigt werden.

Die Studie «Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings» des WIG zeigt, dass es Abbildungsmängel und Unsicherheiten in der Tarifstruktur gibt, die dann in Verzerrungen der schweregradbereinigten Kosten der Leistungserbringer resultieren. Analog BAG-Einschätzung zeigt die Studie klar: *«Die Anwendung von Gewichten im Rahmen des Spital-Benchmarkings ist **in keinem Fall zweckmässig**.»* Gemäss der Studie ist *«eine Unterteilung in effiziente und ineffiziente Spitäler [...] dennoch nicht möglich, weil sich durch die Gewichtung der Spitäler die Fallnormkosten und somit die Reihenfolge der Spitäler nicht verändert.»*

Die Studie zeigt dies ausführlich auf Seite 20 an einem fiktiven Beispiel: Die Gewichtung ändert die Reihenfolge der Spitäler **nicht**, das heisst diejenigen Spitäler, die ohne Gewichtung als – teils fälschlicherweise – ineffizient gelten, gelten auch nach der Gewichtung als ineffizient. Der einzige Effekt ist der höher resultierende Benchmarkwert. Eine Gewichtung vermag also auch nicht die Abbildungsmängel und Unsicherheiten der Tarifstruktur zu beheben. Um diesen Mängeln Rechnung zu tragen und die Kliniken, die fälschlicherweise als ineffizient gelten, nicht zu bestrafen, sind differenzierte Baserates notwendig.

Fazit: Eine Gewichtung ist in keinem Fall zweckmässig. Die Anzahl der im HSK-Benchmark vertretenen ST Reha-Kliniken ist sehr gross. Zudem verwässert eine Gewichtung die Effizienzbeurteilung. Denn es geht um den gesamten Leistungserbringer, unabhängig von dessen Grösse.

So würde eine Gewichtung den Benchmark künstlich zu Gunsten der grossen Kliniken steuern, ohne eine inhaltliche Begründung dafür zu liefern, wieso die grossen Kliniken mehr Gewicht haben sollen. Auch die Abbildungsmängel und –Unsicherheiten in der Tarifstruktur werden durch die Gewichtung nicht behoben.

b. Wahl des Perzentils

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben sich die Basispreise an der Entschädigung jener Kliniken zu orientieren, welche die tarifizierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab oder Perzentilwert geäussert, mit dem dieser Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll. Die KVV-Revision, welche zukünftig in Kraft treten soll, gibt vor, dass anhand der korrigierten, schweregradbereinigten Tageskosten für den Benchmarkwert – gemessen an der Anzahl Leistungserbringer – höchstens das 30. Perzentil gewählt wird.

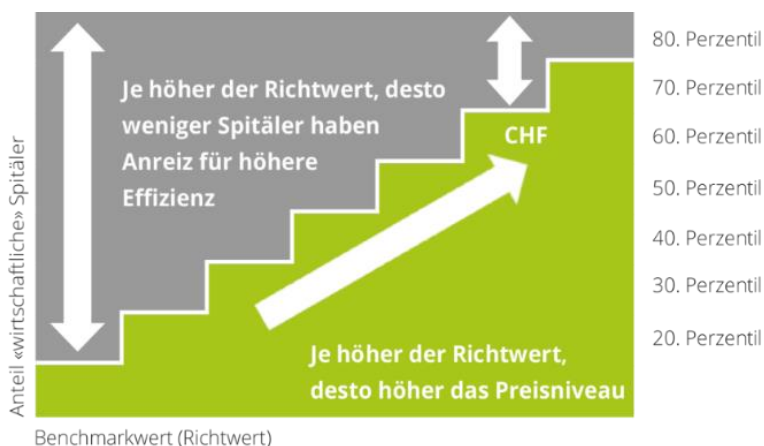


Abbildung 2: Methodik der Perzentilwahl

- Für den Benchmarkwert des Tarifjahres 2025 verwendet die Einkaufsgemeinschaft HSK im Rahmen der Einführungsphase noch das 35. Perzentil und setzt bei den individuellen Verhandlungen auf Preisdifferenzierung oberhalb und unterhalb des Benchmarkwerts (zum Beispiel aufgrund datenbasiert begründeten, systematischen Patienten- oder Strukturbesonderheiten).
- Die Rechtsprechung, die gut fortgeschrittene Entwicklung der Systemgüte der Tarifstruktur ST Reha, sowie die bevorstehende KVV-Revision zielen darauf ab, den Perzentilwert zukünftig strenger anzusetzen.
- Bei einem fehlenden, effektiven Wettbewerb unter den Kliniken ermöglicht ein tiefer Effizienzmassstab einen hohen Anreiz, die Leistungen effizienter zu erbringen. Das gilt insbesondere für Kliniken, die trotz neuem Spitalfinanzierungsgesetz Budgetdefizitdeckung oder Subventionen von der öffentlichen Hand erhalten. Dies führt zu einer Wettbewerbsverzerrung sowie zu einem mangelnden Anreiz, effizienter zu produzieren.
- Ein tiefer Perzentilwert ermöglicht Kliniken mit Kosten unter dem Benchmark, angemessene Effizienzgewinne zu Lasten der OKP zu erwirtschaften.

2.4 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens

2.4.1 Benchmarkwert

Der Benchmarkwert - inklusive Anlagenutzungskosten nach VKL (ANK), ohne Gewichtung exklusive Teuerung - für das Tarifjahr 2026 liegt beim 35. Perzentil bei **719 Franken**. Dieser Wert wurde auf der Grundlage von 77 Kliniken mit Datenjahr 2024 berechnet.

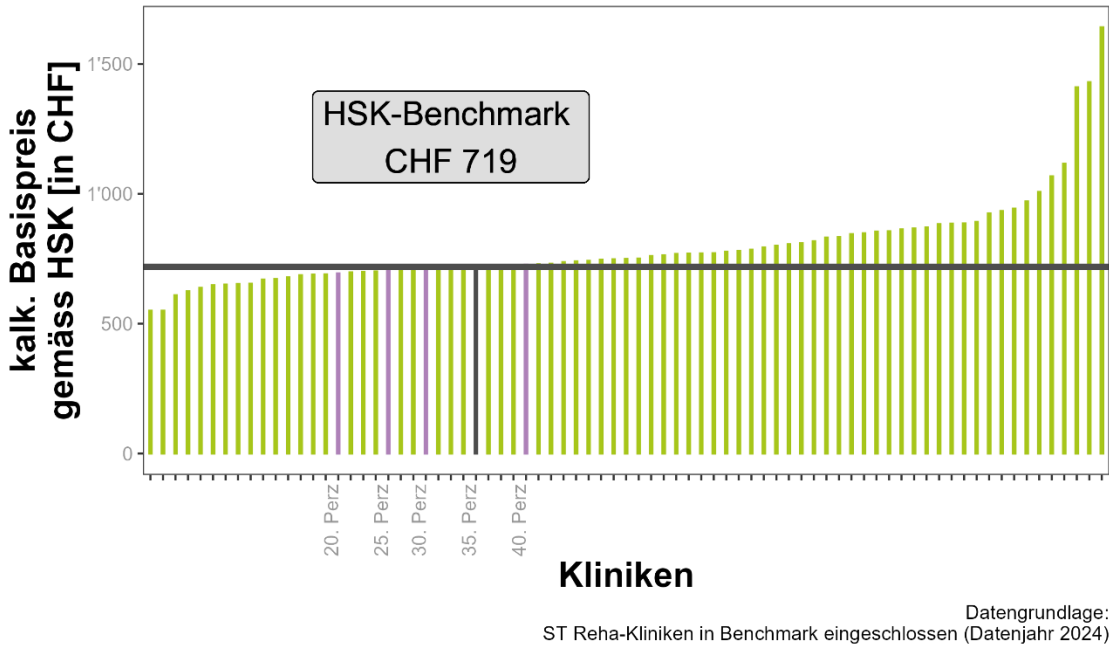


Abbildung 3: HSK-Benchmarkwert

2.4.2 Gewichtetes Benchmarking (nach Anzahl Fällen oder nach Day Mix)

Die Perzentilwerte in einem Benchmarking nach Fallzahlen oder Day Mix weichen im Vergleich zu einem – vom BAG und der neuen KVV-Revision vorgesehenen – Benchmarking mit Aufreihung nach Anzahl Leistungserbringer lediglich ein paar wenige Franken voneinander ab. Dies weist darauf hin, dass sich bereits genügend Leistungserbringer mit grossem Volumen (Fällen oder Day Mix) unterhalb des Benchmarkwerts befinden und somit mit der Wahl des 35. Perzentils bereits ein Effizienzmassstab gesetzt wird, in welchem die Leistungserbringer repräsentativ und breit abgestützt abgebildet sind.

3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für die Preisdifferenzierung

3.1 Rechtliche Leitplanken

Das BVGer hat in seinem Urteil vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)⁷ folgendes erwähnt: «Zudem ist bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass – ausgehend von einem Referenzwert – aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen.»

Die 2. Stufe der HSK-Preisbildung setzt das obengenannte BVGer-Urteil um. Nach der Ermittlung des Benchmarkwerts (Referenzwert) gestaltet die Einkaufsgemeinschaft HSK die Preise differenziert, basierend auf Besonderheiten und der spezifischen Situation der einzelnen Kliniken.

Für die Implementierung dieser Stufe (individuelle Preisverhandlung) bildet die Einkaufsgemeinschaft HSK homogene Cluster auf der Basis von Patienten- und Strukturvariablen der Kliniken. Die homogenen Gruppen ermöglichen keine Ermittlung von Zu- und Abschlägen ausgehend vom Benchmarkwert. Die Cluster helfen HSK jedoch, Lösungen zu erarbeiten, mit dem Ziel objektive und – anhand von Preisbandbreiten pro Cluster - faire Preise zu verhandeln.

⁷ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2019)

3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik

Die Einkaufsgemeinschaft HSK wendet für die Bildung von homogenen Clustern verschiedene Faktoren und ein hierarchisches Clustering als statistisches Verfahren an. Die Cluster werden von HSK jährlich aufgrund der ITAR_K®-Daten, der medizinischen Statistik des BFS sowie gemäss den von den Kliniken im Zusatzdatenblatt deklarierten Informationen aktualisiert. Das Clustering basiert auf folgenden Faktoren:

DMI ⁸	Bewertung
Daten 2024	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinik mit dem höchsten DMI ▪ Klinik mit dem tiefsten DMI
HSK-Schwerpunkt ⁹	Bewertung
Die Definition des Schwerpunktes der Klinik ist von HSK vorgegeben: <ul style="list-style-type: none"> ▪ «Muskuloskelettale Rehabilitation», ≥75% des Day Mix ist im RCG TR16 gruppiert ▪ «Geriatrische Rehabilitation», ≥75% des Day Mix ist im RCG TR15 gruppiert ▪ «Neurologische Rehabilitation», ≥75% des Day Mix ist im RCG TR13 gruppiert ▪ «Breites Leistungsspektrum» bzw. ohne Schwerpunkt ≥75% des Day Mix, und «Weitere», wo der Schwerpunkt in übrigen RCGs gruppiert ist 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinik mit Schwerpunkt Muskuloskelettale Rehabilitation ▪ Klinik mit Schwerpunkt Geriatrische Rehabilitation ▪ Klinik mit Schwerpunkt Neurologische Rehabilitation ▪ Klinik ohne Schwerpunkt bzw. Breites Leistungsspektrum, sowie «Weitere»
Alters-Anteil ¹⁰	Bewertung
Anteil an Patienten und Patientinnen ≥83 Jahren in der Klinik.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinik mit dem höchsten Anteil an Patientinnen und Patienten ≥83 Jahren ▪ Klinik mit dem tiefsten Anteil an Patientinnen und Patienten ≥83 Jahren

Tabelle 3: Faktoren für die Clusterbildung

Das Clustering wurde anhand eines sogenannten «Silhouetten-Plots» validiert. Der Silhouetten Plot misst, wie «gut» die Zuordnung der Kliniken zu den einzelnen Clustern ist. Der durchschnittliche Silhouetten-Koeffizient beträgt 0.73 und ist damit hoch. Dies bedeutet, dass die Aussagekraft des Clusterings gut ist.

⁸ (ITAR_K® - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis)

⁹ (BFS, Bundesamt für Statistik)

¹⁰ (BFS, Bundesamt für Statistik)

3.3 Resultate des Clusterings

Die resultierenden Cluster sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Es sind insgesamt 4 Cluster.

Cluster	Anzahl Kliniken pro Cluster
1. Neurologische Rehabilitation	11
2. Geriatrische Rehabilitation	6
3. Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	46
4. Muskuloskelettale Rehabilitation	8

Tabelle 4: Ergebnisse des Clusterings

Die Cluster zeigen Besonderheiten auf, welche die Kostenunterschiede zwischen den Kliniken rechtfertigen. Auffällig ist, dass Kliniken im Cluster «Neurologische Rehabilitation» gesondert zu betrachten sind, während Kliniken im Cluster «Geriatrische Rehabilitation» eine relativ kleine Abweichung vom Benchmarkwert aufzeigen sowie Kliniken im Cluster «Muskuloskelettale Rehabilitation» unterhalb des Benchmarkwerts eingegliedert sind. Auch wurden 6 Kliniken aus dem Clusteringverfahren ausgeschlossen, die aufgrund ihres einzigartigen Angebots nicht in die Clusterbildung eingebracht wurden.

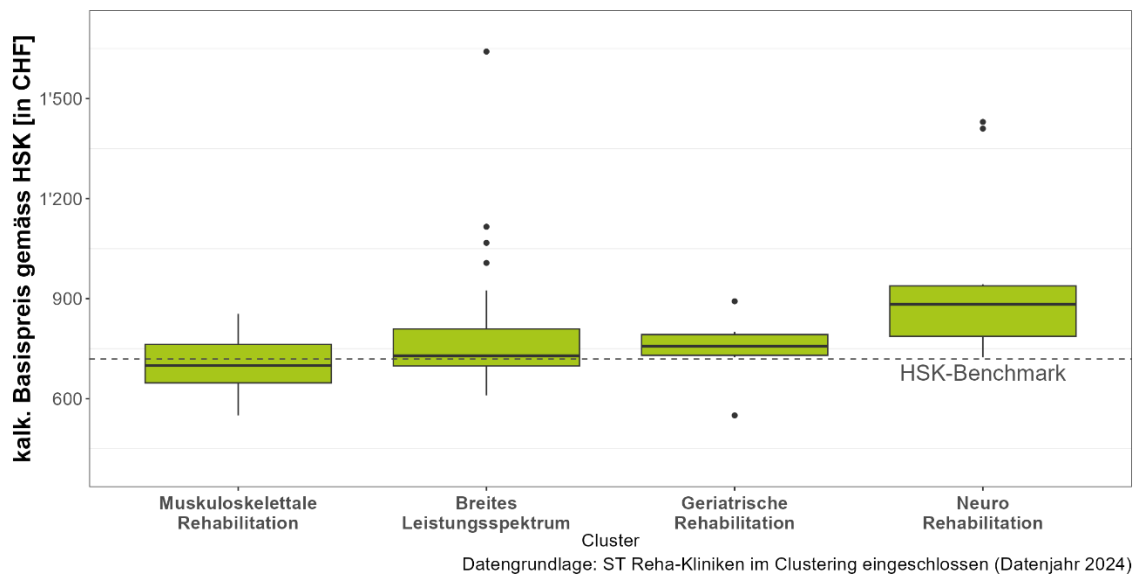


Abbildung 4: Kalkulatorische Basispreise gemäss HSK-Cluster

3.4 Ermittlung der Preisbrandbreite

Nach der Bildung der homogenen Cluster werden Preisbandbreiten pro Cluster definiert. Die Logik dieses Preissystems ist folgende:

- Da es um eine Preisdifferenzierung geht, werden verhandelte Preise in jedem Cluster mit dem Benchmark verglichen.
- Die Tarife sollen mit den Clustern korrelieren. Das heisst, die Kliniken mit HSK-Schwerpunkt «Neurologische Rehabilitation» haben die höchsten verhandelten Tarife. Die Kliniken mit HSK-Schwerpunkt «Muskuloskelettale Rehabilitation» haben die tiefsten Tarife.

- Da es sich um homogene Gruppen handelt, darf der Preisunterschied innerhalb desselben Clusters nicht hoch sein.
- Auch andere Besonderheiten oder Merkmale der Kliniken, die im Clustering nicht berücksichtigt wurden, können bei der Preisfindung einbezogen werden.
- Effizienzgewinne sind von der Einkaufsgemeinschaft HSK anerkannt, wenn die Klinik ihre Leistungen günstig erbringt. Kliniken, die aufgrund von Patientenselektion oder durch den Fokus auf rentable Rehabilitation Cost Groups (RCGs) kostengünstig sind, werden von HSK nicht als effiziente Leistungserbringer betrachtet, sondern betreiben «Rosinenpickerei» («Cherry-Picking»).

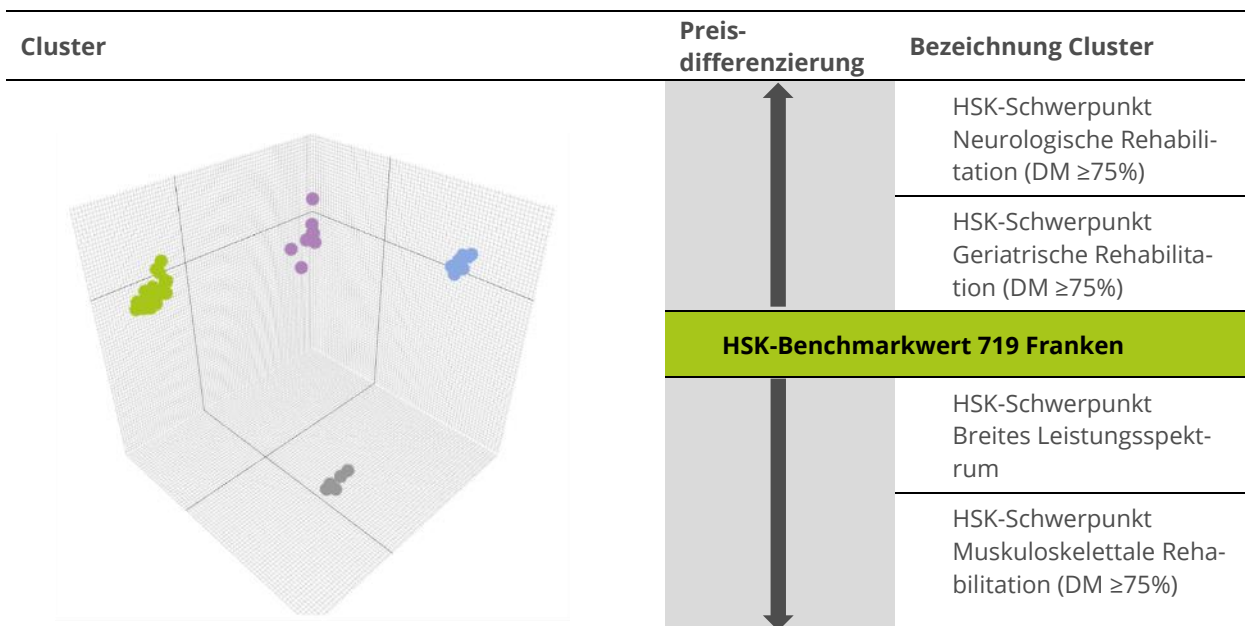


Abbildung 5: Cluster als Basis für Preisdifferenzierungen, ausgehend vom Benchmarkwert

4. Zusammenfassung

Perzentil und Benchmarkwert

- Der HSK-Benchmarkwert wird auf Basis des 35. Perzentils festgelegt.
- Er beträgt **719 Franken**.

Valider und repräsentativer Benchmark

- Der HSK-BM ist mit der Abdeckung sämtlicher Regionen repräsentativ.
- Der HSK-BM ist mit dem Einbezug von über 93 Prozent des OKP-Day Mixes valide.
- Der Benchmarkwert auf Basis des 35. Perzentils ist für die Bestimmung des Referenzwerts nach Art. 49 Abs. 2 Satz 5 KVG datenbasiert begründet.
- Der HSK-Benchmarkwert bildet die erste Stufe der Preisfindung. In den individuellen Preisverhandlungen (zweite Stufe der Preisfindung) dienen die gebildeten Cluster als Grundlage.

Mängel sind noch vorhanden

- Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit weist aufgrund der nicht vollständigen Offenlegung der Kosten- und Leistungsdaten durch die Kliniken noch Mängel auf, insbesondere im Bereich der Kosten für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten, nicht ausgeschiedene Arzthonorare für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten, die auch den Versicherungen in Rechnung gestellt werden, Lehre und Forschung und gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- 66 Prozent der Kliniken lieferten ihre Daten nach dem 31. Mai 2025. Für eine effektive Plausibilisierungsarbeit fordert die Einkaufsgemeinschaft HSK die Daten bis spätestens Ende Mai. Die VKL verlangt die Kostenrechnung per 30. April.
- Im Benchmarkwert sind die ANK ausschliesslich nach VKL enthalten. HSK kann nicht ausschliessen, dass der Benchmark durch wettbewerbsverzerrende Elemente wie die Subventionierung von Kliniken in Form von «gemeinwirtschaftlichen Leistungen» oder von Beiträgen an Investitionskosten «verfälscht» wird.
- Ebenso wenig kann ausgeschlossen werden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen, die nicht durch die Versicherer zu finanzieren wären, in den benchmarkingrelevanten Kosten enthalten sind – insbesondere die Kosten für die Erhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen.
- Der Abzug für zusatzversicherte Patienten erfolgte mehrheitlich auf Basis der GDK-Empfehlungen.

Zürich, im November 2025

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionale Abdeckung	8
Abbildung 2: Methodik der Perzentilwahl	11
Abbildung 3: HSK-Benchmarkwert	12
Abbildung 4: Kalkulatorische Basispreise gemäss HSK-Cluster.....	15
Abbildung 5: Cluster als Basis für Preisdifferenzierungen, ausgehend vom Benchmarkwert.....	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten	7
Tabelle 2: Ausschlusskriterien für die Nicht-Aufnahme ins Benchmarkverfahren	8
Tabelle 3: Faktoren für die Clusterbildung	14
Tabelle 4: Ergebnisse des Clusterings	15
Tabelle 5: Bereinigte, kalkulatorische Basispreise der Rehabilitationskliniken.....	21

Literaturverzeichnis

- BFS, Bundesamt für Statistik. (). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (11. 09. 2014). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE 2014 | 36 E 10.2.3.: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (15. 05. 2019). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-4374 | 2017, C-4461 | 2017: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (17. 08. 2022). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-5102/2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (27. 06. 2019). *Wirtschaftlichkeitsprüfung*. Von <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung> abgerufen
- ITAR_K® - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis. Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis.
- WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. (01. 04. 2020). *Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings*. Von https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf abgerufen

Anhang

Im HSK-Benchmark ST Reha sind 77 Rehabilitationskliniken mit den folgenden Daymix (DM) bereinigten Basispreisen gemäss HSK-Berechnungsschema enthalten (inkl. ANK gemäss VKL) und dem Cluster gemäss Bezeichnung zugeteilt worden¹¹.

Klinik-ID	HSK-Basispreis	Cluster Bezeichnung	Im Bench enthalten
K1	726	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K2	763	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K3	742	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K4	610	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K5	670	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K6	731	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K7	1007	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K8	848	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K9	709	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K10	1641	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K11	653	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K12	694	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K13	1116	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K14	707	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K15	785	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K16	654	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K17	886	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K18	710	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K19	625	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K20	810	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K21	806	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K22	710	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K23	679	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K24	698	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K25	1067	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K26	856	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K27	777	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K28	870	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K29	750	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K30	770	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K31	924	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K32	834	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K33	748	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K34	708	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K35	737	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K36	687	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K37	701	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K38	690	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja
K39	717	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM $\geq 75\%$)	ja

¹¹ Aus Datenschutzgründen werden die Kliniken nicht namentlich aufgeführt, sondern mit einer internen Identifikations-Nummer.

Klinik-ID	HSK-Basispreis	Cluster Bezeichnung	Im Bench enthalten
K40	707	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K41	700	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K42	648	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K43	817	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K44	761	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K45	711	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K46	689	Breites Leistungsspektrum (kein Schwerpunkt DM \geq 75%)	ja
K47	769	Geriatrische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K48	800	Geriatrische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K49	892	Geriatrische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K50	550	Geriatrische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K51	725	Geriatrische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K52	746	Geriatrische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K53	780	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K54	1430	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K55	943	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K56	933	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K57	885	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K58	724	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K59	1410	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K60	863	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K61	883	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K62	729	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K63	793	Neurologische Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K64	831	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K65	672	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K66	550	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K67	650	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K68	638	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K69	727	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K70	855	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K71	740	Muskuloskelettale Rehabilitation (DM \geq 75%)	ja
K72	971	Weitere	ja
K73	866	Weitere	ja
K74	770	Weitere	ja
K75	749	Weitere	ja
K76	771	Weitere	ja
K77	845	Weitere	ja

Tabelle 5: Bereinigte, kalkulatorische Basispreise der Rehabilitationskliniken

Auskünfte

Genehmigungsbehörden können sich für Rückfragen zum HSK-Benchmark ST Reha den Tarifmanager | die stellvertretende Tarifmanagerin «Reha» wenden:

- Alex Graf, T+41 58 340 62 90, alex.graf@ecc-hsk.info
- Alexandra Lukas, T+41 58 340 63 56, alexandra.lukas@ecc-hsk.info