
Einkaufsgemeinschaft HSK

Benchmark SwissDRG Tarifjahr 2026



Datenjahr: 2024

Veröffentlichung: 7. November 2025

Executive Summary

Benchmark SwissDRG – Tarifjahr 2026

Wie in den Vorjahren hat die Einkaufsgemeinschaft HSK ihr Benchmarking auf Basis der ITAR_K®-Daten mit dem 25. Perzentil als Referenzwert berechnet.

Von insgesamt 176 Spitälern wurden 147 in den Benchmark einbezogen (10 weniger als im letzten Jahr):

- Gemäss einem neuen Urteil (BVGer C-4147/2021)¹ wurden alle Geburtshäuser aus dem Benchmark herausgenommen.
- Alle Rehabilitationskliniken, die Frührehabilitationsleistungen erbringen, sowie Paraplegiologiekliniken, die erstmals nach SwissDRG abgerechnet haben, wurden in diesem Benchmark nicht berücksichtigt.
- Die Spitäler, die die Daten nicht innerhalb der vorgegebenen Frist geliefert haben, sowie die Spitäler, deren Daten als nicht plausibel eingestuft wurden.

Das HSK-Benchmarking basiert somit auf zuverlässigen und vergleichbaren Daten. Der HSK-Benchmark ist kostenbasiert und beruht auf schweizweiten und repräsentativen Betriebsvergleichen: er umfasst 25 Kantone und 98 Prozent des Case Mix im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) - unter Berücksichtigung aller Spital-Kategorien.

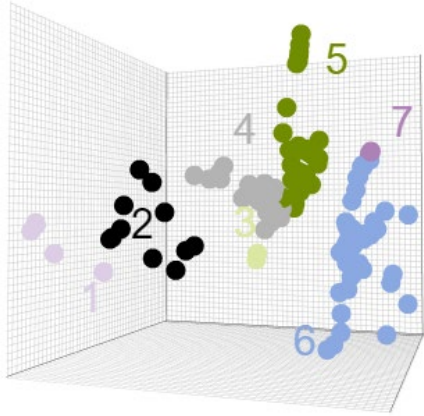
Der betriebskostenbasierte HSK-Benchmarkwert für das Tarifjahr 2026 beträgt beim 25. Perzentil mit Gewichtung nach Anzahl Kliniken ohne Teuerung 9'754 Franken.

Für die Preisfindung führt die Einkaufsgemeinschaft HSK ein zweistufiges Benchmarkverfahren durch:

- **1. Stufe:** Benchmarkwert-Berechnung basierend auf den Betriebskostenvergleichen;
- **2. Stufe:** Individuelle Preisverhandlungen mit Berücksichtigung der Besonderheiten und der spezifischen Situation jedes Spitals. Für diese Stufe wurden 7 homogene Spitalgruppen (Cluster) aufgrund von Variablen wie angesteuerten DRGs, Grösse der Spitäler oder Intensität der Behandlung (CMI) gebildet.

Für die Preisdifferenzierung verwendet HSK die nachfolgenden Cluster als Basis für die Abweichung vom Benchmarkwert. Da die Daten der medizinischen Statistik für das Jahr 2024 vom BFS erst zu einem späteren Zeitpunkt eingereicht werden (Umstellung auf die Plattform SpiGes), konnte die HSK-Clusterbildung nicht aktualisiert werden. Aus diesem Grund wird das Clustering des letzten Jahres (Datenbasis 2023) unverändert für die Verhandlungen des Tarifjahres 2026 übernommen.

¹ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2025)

Cluster	Preis-differenzierung	HSK-Spitalkategorien (Cluster)
		1 Endversorger (Universitätsspitäler)
		3 Kinderspitäler
		2 Endversorger (Zentrumsversorger)
		4 Zentrumsversorger
		5 Grundversorger
		HSK-Benchmarkwert 9'754 Franken
		6 Spitäler ohne Notfall (Spezialkliniken und Grundversorger)
		7 Geburtshäuser

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

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary Benchmark SwissDRG – Tarifjahr 2026.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1. BVGer Leitplanken für das Benchmarkverfahren.....	6
2. Stufe 1 der Preisbildung: Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)	8
2.1 Methodik des HSK-Benchmarkings.....	9
2.1.1 Anforderung an die Grundgesamtheit und Ausschlusskriterien.....	9
2.1.2 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils.....	11
2.2 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens.....	13
2.2.1 Benchmarkwert	13
3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für die Preisdifferenzierung	15
3.1 Rechtliche Leitplanken.....	15
3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik	15
3.3 Resultate des Clusterings	18
3.4 Ermittlung der Preisbrandbreite	20
Abbildungsverzeichnis	21
Tabellenverzeichnis	21
Literaturverzeichnis.....	22
Anhang.....	23
Validierung mittels Distanzmass.....	23
Validierung mittels Projektion	24
HSK-BM: Spitäler nach BFS-Kategorien und nach Cluster inkl. ANK OKP (Datenbasis 2023)	25
Auskünfte	27

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Benchmark
BRB	Benchmarkrelevante Betriebskosten
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DRG	Diagnosis Related Groups
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HP P	Halbprivat- oder Privat-Versicherte Patienten Fälle
ITAR_K®	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MD	Manhattan Distanz
MFZ	Mindestfallzahlen
NBK	Nettobetriebskosten
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCA	Principal Component Analysis
PUE	Preisüberwacher
REKOLE®	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen (auch SPLG-Grouper)
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. BVGer 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 spitalindividuellen Verhandlungen zu betrachten.
- Das Benchmarking muss grundsätzlich kostenbasiert erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Spitäler). Abzüge (zum Beispiel wegen Intransparenz) dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfließen.
- Der BM soll eine möglichst grosse und für alle Spitäler repräsentative Vergleichsmenge umfassen, um unter anderem frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein und die zu vergleichenden, benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten nach einheitlicher Methode möglichst genau und realitätsnah zu ermitteln. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in dem bestimmten Spitäler bzw. Spitalgruppen vorselektiert werden.
- Das Bundesverwaltungsgericht gab in einem Urteil (C-5102|2019 vom 17. August 2022)² 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 Spitäler und damit die Versorgungssicherheit gefährden würde. Ein demgegenüber zu grosszügiger Effizienzmassstab würde für die günstigsten Spitäler 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)³.
- Gemäss BVGer-Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374|2017, C-4461|2017)⁴ dauert die **Einführungsphase** so lange an, wie der Bundesrat keine schweizweiten Betriebsvergleiche publiziert hat (Art. 49 Abs. 8 KVG). Der Bundesrat hat am 23. September 2020 die Betriebsvergleiche veröffentlicht⁵. Somit ist der Bundesrat dem Art. 49 Abs. 8 KVG nachgekommen, infolgedessen ist die Einführungsphase der nationalen Tarifstruktur SwissDRG beendet. Die Ende der Einführungsphase von SwissDRG bedeutet, dass: 1.) die vorliegende Bildung von Benchmarkgruppen, 2.) die Verwendung der Gewichtung nach Fallzahlen oder Case Mix der Spitäler im Benchmark und 3.) die Festlegung eines zu hohen Perzentils nicht mehr zulässig sind.
- In seinem Entscheid vom 15. Juli 2025 (C-4147|2021)⁶ hat das BVGer begründet, weshalb es den Einbezug von Geburtshäusern in den Betriebsvergleich zwischen Spitälern als Bundesrechtsverletzung betrachtet. Diese Einbeziehung sei nicht angemessen, da sich einerseits der Tätigkeitsbereich von Geburtshäusern von demjenigen von Spitälern unterscheide. Andererseits können Geburtshäuser

² (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2022 (C-5102/2019))

³ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2014)

⁴ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2019)

⁵ (BAG, Bundesamt für Gesundheit, 2020)

⁶ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2025)

auch nicht als Massstab für eine effiziente Erbringung von Spitalleistungen herangezogen werden, da Spitäler aufgrund der höheren Anforderungen, die an sie gestellt werden, naturgemäss nie das gleiche Effizienzniveau und gleich tiefe Kostenstruktur ausweisen können wie Geburtshäuser. Diese Verzerrung kann auch durch Zu- und Abschläge nicht ausreichend korrigiert werden (Ziff. 1.2. ff).

2. Stufe 1 der Preisbildung: Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen wenden die Spitäler 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 Spitäler. Die erhaltenen Betriebskosten der Spitäler 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 bei der Einkaufsgemeinschaft HSK gemäss folgendem Schema:

Berechnungsschema	Bemerkungen
Total Kosten gemäss BEBU (Stückrechnung)	
./. ANK	Angaben Spitäler (VKL)
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angaben Spitäler, gemäss Anleitung ITAR_K® erfolgt dies nach Vorgaben BVGer
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angaben der Spitäler
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angaben Spitäler (siehe Bemerkung weiter unten)
= Nettobetriebskosten I (NBK)	
./. Subsidiärer Abzug für uLuF	Abzug effektiv, mindestens jedoch normativ Normative Werte <75 Betten: 0.8 % >75 Betten: 1.5% >125 Betten: 3.5% Universitätsspitäler: effektiv
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	gemäss Angaben Spitäler. HSK kann nicht verifizieren, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert werden.
= Nettobetriebskosten II (NBK)	
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	Abzug effektiv, mindestens jedoch normative Werte gemäss Ansatz GDK ⁷ : ▪ pro Fall Halbprivat (HP): 800 Franken; ▪ pro Fall Privat (P): 1'000 Franken
./. nicht in der Baserate enthaltene Kosten (unbewertete DRG, Zusatzentgelte, separat tarifierte Leistungen)	Angaben der Spitäler
Verzinsung Umlaufvermögen	Gemäss der Methode der PUE

⁷ (GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019). Gemäss Rechtsprechung (BVGE C-2283 | 2013-C-3617 | 2013) ist der Ansatz nach der Methodik der GDK-Ost gestützt, insbesondere um sicherzustellen, dass die Abzüge für Mehrkosten VWG nicht zu tief anfallen. (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2015)

Berechnungsschema	Bemerkungen
Teuerung	im BM nicht enthalten
Projektionskosten	im BM nicht enthalten
Intransparenz-Abzüge	im BM nicht enthalten
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 Anlagenebuchhaltung (Datenlieferung Bundesamt für Statistik BFS) plausibilisiert.
= benchmarkrelevante Betriebskosten HSK (BRB)	

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 Spitäler 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 Spitalern 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 Spitäler 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.

2.1 Methodik des HSK-Benchmarkings

2.1.1 Anforderung an die Grundgesamtheit und Ausschlusskriterien

Wie in den Vorjahren hat die Einkaufsgemeinschaft HSK ihr Benchmarking auf Basis der ITAR_K®-Daten mit dem 25. Perzentil als Referenzwert berechnet. Von insgesamt 176 Spitalern wurden 147 in den Benchmark einbezogen (10 weniger als im letzten Jahr).

Aus den folgenden Gründen wurden insgesamt 29 Kliniken nicht in den Benchmark einbezogen:

- Gemäss einem neuen Urteil (BVGer C-4147/2021)⁸ wurden alle Geburtshäuser aus dem Benchmark herausgenommen.
- Alle Rehabilitationskliniken, die Frührehabilitationsleistungen erbringen, sowie Paraplegiologiekliniken, die ihre Leistungen ab 2024 erstmals nach SwissDRG abgerechnet haben müssen, wurden in diesem Benchmark nicht berücksichtigt. Für eine saubere Plausibilisierung der Daten ist derzeit ein Jahresvergleich dieser Kliniken, etwa für den Casemix-Index (Abrechnungsversion), nicht möglich.
- Spitäler, die die Daten nicht innerhalb der vorgegebenen Frist geliefert haben, und Spitäler, deren Daten als nicht plausibel eingestuft wurden.

Das HSK-Benchmarking basiert somit auf zuverlässigen und vergleichbaren Daten.

⁸ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2025)

■ Regionale Abdeckung

25 Kantone mit 98 Prozent des Case Mix im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind im Benchmark enthalten. Dies spiegelt auf nationaler Ebene einen hohen Deckungsgrad wider.

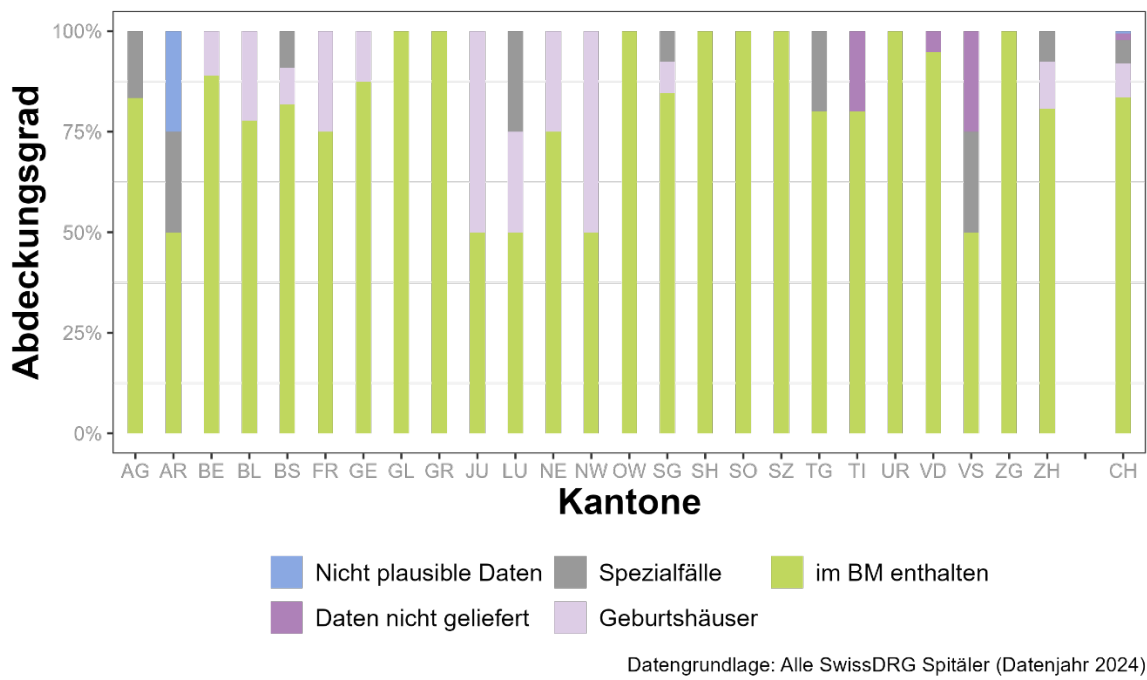


Abbildung 1: Regionale Abdeckung

■ Abdeckung nach BFS-Kategorien

Im HSK-Benchmark sind Spitäler aller BFS-Kategorien enthalten:

BFS-Kategorie		Anzahl Spitäler	
K111	Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 1	5	(Vorjahr 5)
K112	Zentrumsversorgung Versorgungsniveau 2	39	(Vorjahr 38)
K121 - K123	Grundversorgung Versorgungsniveau 3-5	52	(Vorjahr 49)
K231	Andere Spezialkliniken Chirurgie	29	(Vorjahr 30)
K232	Andere Spezialkliniken Gynäkologie Neonatologie	0	(Vorjahr 12)
K233	Andere Spezialkliniken Pädiatrie	3	(Vorjahr 3)
K234	Andere Spezialkliniken Geriatrie	4	(Vorjahr 4)
K235	Diverse Spezialkliniken	9	(Vorjahr 10)
K212	Psychiatrische Kliniken Versorgungsniveau 1	1	(Vorjahr 2)
K221	Rehabilitationskliniken mit akutsomatischem Leistungsauftrag	5	(Vorjahr 4)
Total		147 (Vorjahr 157)	

Tabelle 2: BFS-Kategorien

■ Beurteilung

Der HSK-Benchmark ist repräsentativ und valide:

- Alle Kantone der Schweiz sind abgedeckt.
- Der Benchmark enthält Daten von Spitälern aller BFS-Kategorien.
- Der Abdeckungsgrad, gemessen am Case Mix, liegt bei 98 Prozent.
- Für den Benchmark wurde gesamtschweizerisch eine einheitliche Methode gewählt.

2.1.2 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils

a. Art der Gewichtung

Um die Fragestellung der Gewichtung innerhalb des Spitalbenchmarks zu klären, hat die Einkaufsgemeinschaft HSK im Dezember 2019 dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der ZHAW eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben⁹.

Die per 1. April 2020 abgeschlossene Studie untersucht, welche Motive für eine Gewichtung im Rahmen des Spitalbenchmarkings 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 Case Mix oder Fallzahl nützlich ist, wenn die Anzahl der Spitäler im Benchmark zu klein und nicht genug repräsentativ ist. Auch die 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)¹⁰.

Die Anzahl der Spitäler im Benchmark der Einkaufsgemeinschaft HSK ist mit 147 Spitälern sehr hoch. Das entspricht einem Case Mix von 1'325'755 (98 Prozent des gesamten Schweizer OKP-Volumens) und somit einer repräsentativen Stichprobe beziehungsweise einer nahezu vollen Abdeckung der Grundgesamtheit. Daher braucht es keine Gewichtung, um die mangelnde Repräsentativität zu beheben. Aus diesem Grund soll jedes Spital mit gleichem Gewicht in die Berechnung des Perzentil-Wertes eingehen.

Die Studie «Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings» des WIG zeigt, dass es immer noch Abbildungsmängel und -unsicherheiten in der Tarifstruktur SwissDRG gibt, die dann in Verzerrungen der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler resultieren. Die Studie zeigt 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

⁹ (WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2020)

¹⁰ (GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019)

Unsicherheiten von SwissDRG zu beheben. Um diesen Mängeln Rechnung zu tragen und die Spitäler, die fälschlicherweise als ineffizient gelten, nicht zu bestrafen, sind differenzierte Baserates notwendig (zum Beispiel Baserates bei Universitätsspitalern).

Fazit: Eine Gewichtung ist in keinem Fall zweckmässig. Die Anzahl, der im Benchmark der Einkaufsgemeinschaft HSK vertretenen Spitäler, 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 Spitäler steuern, ohne eine inhaltliche Begründung dafür zu liefern, wieso die grossen Spitäler mehr Gewicht haben sollen. Auch die Abbildungsmängel und -unsicherheiten in der Tarifstruktur SwissDRG werden durch die Gewichtung nicht behoben.

b. Wahl des Perzentils

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab oder Perzentilwert, mit dem dieser Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll, geäussert. Das BVGer gab allerdings in einem neuen Urteil¹¹ zur Bestimmung des Perzentilwertes bekannt, dass es primär Aufgabe des Verordnungsgebers sei, die entsprechenden Vorgaben zu erlassen. In einem älteren Urteil¹² heisst es aber, dass der Massstab streng anzusetzen sei. Diese Rechtsprechung sowie **eigene Analysen** zum Kostenniveau und die Entwicklung der Systemgüte¹³ brachten die Einkaufsgemeinschaft HSK dazu, den Effizienzmassstab zum wiederholten Mal streng anzusetzen. Für den Benchmarkwert des Tarifjahres 2026 verwendet HSK daher erneut das **25. Perzentil**. Seit der Einführung von SwissDRG hat HSK ihren Effizienzmassstab vom 40. Perzentil progressiv reduziert. Ab dem Tarifjahr 2019 wurde die Effizienzwelle auf das 25. Perzentil gesenkt.

Mit Ausnahme der Universitätsspitäler (K111) sowie Kinderspitäler (K233) sind alle BFS-Kategorien bei den Spitalern unterhalb des Benchmarks vertreten (violette Balken in der Abbildung 2). So erbringen beispielsweise 10 Zentrums- und Grundversorger ihre Leistungen günstiger als der Benchmarkwert. Diese Grafik zeigt deutlich, dass grosse Zentrumsversorger, unter anderem Versorger mit bedeutender Versorgungsbreite (über 600 angesteuerte DRGs gemäss MS-Daten 2023), in der Lage sind, ihre Leistungen unter dem Benchmark-Niveau zu produzieren – trotz der Zentrumsbelastung. Somit soll das 25. Perzentil als Referenzmassstab die Kosten eines effizienten Zentrumsversorgers decken.

¹¹ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2022 (C-5102/2019)) und (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2022 (C 5086/2019))

¹² (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2018)

¹³ Der Perzentilwert soll sich an der Entwicklung des Tarifsystems SwissDRG orientieren. Die Systemgüte wird durch die Varianzreduktion (Kostenhomogenität R^2) beurteilt, die den Anteil der erklärbaren Streuung der Fallkosten misst. Die prozentuale Verbesserung der Varianzreduktion muss bei der Festlegung des Perzentil-Wertes berücksichtigt werden. In der SwissDRG Version 1.0 für das Jahr 2012 betrug die Kostenhomogenität aller Fälle 0.604 (und der Inlier 0.749), in der SwissDRG Version 14.0 für das Tarifjahr 2025 betrug dieselbe Kennzahl 0.763 (und der Inlier 0.861). Dies entspricht einer Zunahme von 26 Prozent (für Inlier +15 Prozent). Mit der Erhöhung der R^2 und somit der Verbesserung der Systemgüte ist eine Abstützung auf das 40. oder 35. Perzentil nicht mehr vertretbar.

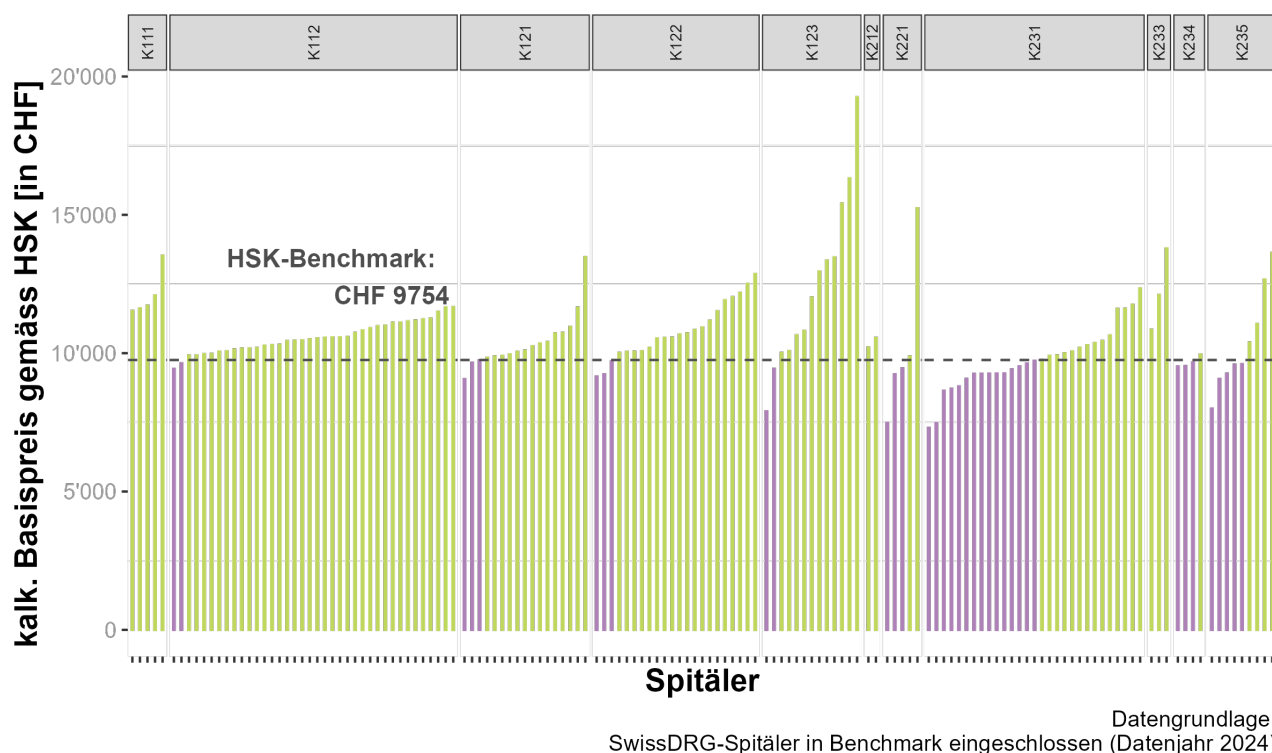


Abbildung 2: Effiziente Spitäler nach BFS-Kategorien

Bemerkung: Geburtshäuser sind aus der Grafik ausgeschlossen - gemäss Rechtsprechung (BVGer C-4147/2021)¹⁴.

Fazit: Ein tiefer Perzentilwert fördert den Wettbewerb. Allerdings ist eine reine Betrachtung mit einem Perzentilwert nicht sachgerecht. Ausgehend vom Benchmark werden individuelle Preisverhandlungen durchgeführt, in denen die spezifische Situation des jeweiligen Spitals anhand des Clustering-Verfahrens (Siehe Kapitel 3) Rechnung getragen wird.

2.2 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens

2.2.1 Benchmarkwert

Der Benchmarkwert inklusive Anlagenutzungskosten nach VKL (ANK), ohne Gewichtung exklusive Teuerung für das Tarifjahr 2026 liegt beim 25. Perzentil bei **9'754 Franken**. Dieser Wert wurde auf der Grundlage von 147 Kliniken mit Datenjahr 2024 berechnet.

¹⁴ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2025)

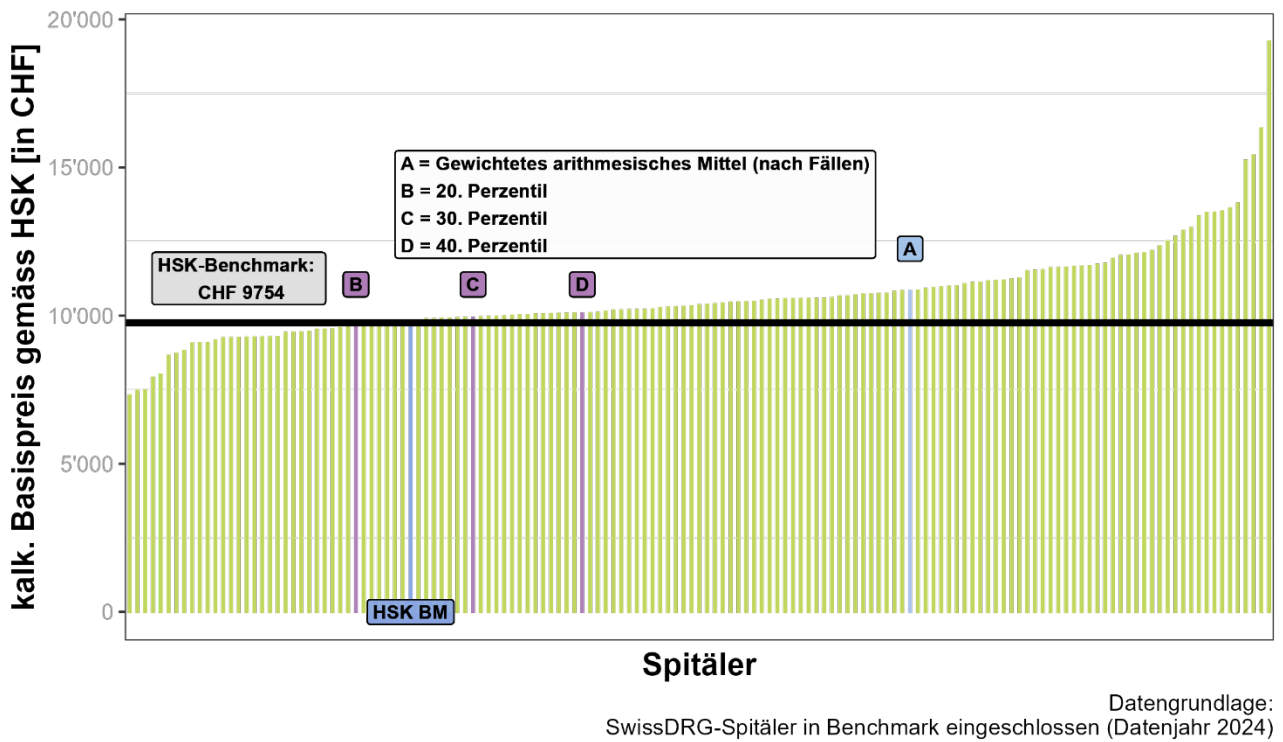


Abbildung 3: HSK-Benchmarkwert

A	Gewichtetes arithmetisches Mittel (nach Fällen)	CHF	10'624
D	40. Perzentil	CHF	10'071
C	30. Perzentil	CHF	9'920
HSK-BM	25. Perzentil	CHF	9'754
B	20. Perzentil	CHF	9'617

Tabelle 3: HSK Benchmarkwert in absoluten Zahlen

Im Vergleich zum letzten Benchmark (Datenjahr 2023) ist der Benchmark für das Tarifjahr 2026 (Datenjahr 2024) um 103 Franken, +1.07 Prozent gestiegen.

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) 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 oben genannte 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 Spitäler.

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

3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik

Für die Bildung homogener Cluster berücksichtigt die Einkaufsgemeinschaft HSK die untenstehenden Faktoren. Im Anhang befinden sich die statistischen Schritte und die Berechnungen, welche die Cluster ergeben. Die Daten der einzelnen Faktoren pro Spital sind ebenfalls im Anhang aufgeführt. HSK hat bewusst ihr eigenes Clustering durchgeführt, da die Cluster das Umfeld der Tarifstruktur SwissDRG abbilden.

Die Einkaufsgemeinschaft HSK aktualisiert die Cluster jährlich auf Basis der ITAR_K®-Daten, der medizinischen Statistik des BFS, der Krankenhausstatistik des BFS und der Kennzahlen der Schweizer Spitäler des BAG. Da die Daten der medizinischen Statistik für das Jahr 2024 vom BFS erst zu einem späteren Zeitpunkt eingereicht werden (Umstellung auf die Plattform SpiGes), konnte die HSK-Clusterbildung nicht aktualisiert werden. **Aus diesem Grund wird das Clustering des letzten Jahres (Datenbasis 2023) unverändert für die Verhandlungen des Tarifjahres 2026 übernommen.**

Angesteuerte DRGs	Bewertung	
Wie viele DRGs verwendet ein Spital im Vergleich zum Katalog SwissDRG? Quelle: Medizinische Statistik BFS ¹⁵ Daten 2023	- Spital mit der höchsten Anzahl der angesteuerten DRGs - Spital mit der tiefsten Anzahl der angesteuerten DRGs - Positionierung des Vergleichsspitals mit den beiden Extremwerten	
	Beispiel aus dem HSK-BM:	
	Spital mit dem tiefsten Wert	Spital mit dem höchsten Wert
	4 DRGs Geburtshaus	1009 DRGs Universitätsspital
Anzahl Fälle	Bewertung	
Quelle: Datenlieferung Spitäler (ITAR_K®) Daten 2023 ¹⁶	- Spital mit der höchsten Anzahl Fälle - Spital mit der tiefsten Anzahl Fälle - Positionierung des Vergleichsspitals mit den beiden Extremwerten	
	Beispiel aus dem HSK-BM:	
	Spital mit dem tiefsten Wert	Spital mit dem höchsten Wert
	26 Fälle Spezialklinik	44'806 Fälle Universitätsspital
CMI	Bewertung	
Quelle: Datenlieferung Spitäler (ITAR_K®) Daten 2023 ¹⁷	- Spital mit dem höchsten CMI - Spital mit dem tiefsten CMI - Positionierung des Vergleichsspitals mit den beiden Extremwerten	
	Beispiel aus dem HSK-BM:	
	Spital mit dem tiefsten Wert	Spital mit dem höchsten Wert
	CMI 0.171 Spezialklinik	CMI 2.519 Spezialklinik
Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Bewertung	
Die Zahl der Ärzte in Weiterbildung ermöglicht eine Aussage zur Ausbildungsintensität bei den universitären Berufen. Quelle: Kennzahlen Schweizer Spitäler BAG Daten 2022	- Spital mit der tiefsten Anzahl Ärzte in Weiterbildung - Spital mit der höchsten Anzahl Ärzte in Weiterbildung - Positionierung des Vergleichsspitals mit den beiden Extremwerten	
	Beispiel aus dem HSK-BM:	
	Spital mit dem tiefsten Wert	Spital mit dem höchsten Wert
	Anzahl: 0 (verschiedene Spitäler, mehrheitlich spezialisierte Kliniken mit privater Trägerschaft)	Anzahl: 1'057 Universitätsspital

¹⁵ (BFS, Bundesamt für Statistik,)

¹⁶ (ITAR_K® - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis)

¹⁷ (ITAR_K® - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis)

Endversorgerspital ¹⁸	Bewertung	
Ist ein Spital Endversorger: ja nein? Damit erfolgt eine Einschätzung, ob das Spital die Möglichkeit hat, nicht profitable Fälle weiterzuweisen oder ob es am Schluss der stationären Behandlungskette innerhalb eines Kantons oder einer Region steht. Quelle: Die Einschätzung erfolgt durch HSK.	- Spital ist Endversorger - Spital ist kein Endversorger - Positionierung des Vergleichsspitals mit den Werten	
	Durch HSK als «Endversorgerspitäler» definiert - K111 (BS: USB, BE: Insel-Gruppe, GE: HUG, VD: CHUV, ZH: USZ) - K112 (AG: Kantonsspital Aarau, BL: Kantonsspital Baselland, FR: Hôpital Fribourgeois, GR: Kantonsspital Graubünden, LU: Luzerner Kantonsspital, NE: Hôpital neuchâtelois RHNe, SO: Solothurner Spitäler, SG: Kantonsspital St. Gallen, TG: Spital Thurgau AG, TI: Ente Ospedaliero Cantonale EOC, VS: Hôpital du Valais) - K233 (ZH: Kinderspital Zürich, SG: Stiftung Ostschweizer Kinderspital, BS-BL: Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB)	
Mindestfallzahlen (MFZ)	Bewertung	
Die Mindestfallzahlen wurden mit dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Grouper des Kantons Zürich (SPLG-Grouper) auf den für das Behandlungsjahr 2022 vom Kanton Zürich festgelegten Spitalleistungsgruppen berechnet. Quelle: Medizinische Statistik BFS, gruppiert mit SPLG-Version 2023 Daten 2023	- Spital mit dem schlechtesten Erreichungsgrad - Spitäler, welche die Mindestfallzahlvorgaben erreichen	
	Erreicht ein Spital 8 Fälle bei einer SPLG, bei der eine Mindestfallzahlvorgabe von 10 Fällen gilt, wird der Erreichungsgrad der Gruppe mit 80 Prozent gezählt. Erreicht ein Spital die Vorgaben, wird die Gruppe mit 100 Prozent bewertet. SPLGs mit nur 1 Fall oder keinen Fällen werden nicht berücksichtigt. Die Erreichung der Mindestfallzahlen wird als Durchschnitt der Prozente der einzelnen zu zählenden Leistungsgruppen berechnet. Wenn das Spital keine Fälle in den geprüften Leistungsgruppen hat, sind die Mindestfallzahlen immer zu 100 Prozent erfüllt.	
	Beispiel aus dem HSK-BM	
	Spital mit dem tiefsten Wert: 4 Prozent (Spezialklinik – K234)	Verschiedene Spitäler erreichen MFZ-Vorgaben
Anerkannte Notfallaufnahme	Bewertung	
Hat das Spital eine anerkannte Notfallaufnahme: ja nein? Quelle: Krankenhausstatistik BFS ¹⁹ Daten 2022	- Spital verfügt über eine anerkannte Notfallaufnahme - Spital verfügt über keine anerkannte Notfallaufnahme Im BM sind 92 Spitäler mit einer anerkannten Notfallstation enthalten, 62 Spitäler ohne.	

Tabelle 4: Faktoren für die Clusterbildung

Die Details zu den obigen Kriterien sind im Anhang ersichtlich.

¹⁸ Mit dem Einbezug der BFS-Kategorie K111 wurden nur noch Spitäler der Zentrumsversorgung Niveau 1 und 2 als Endversorger definiert.

¹⁹ (BFS, Bundesamt für Statistik,)

3.3 Resultate des Clusterings

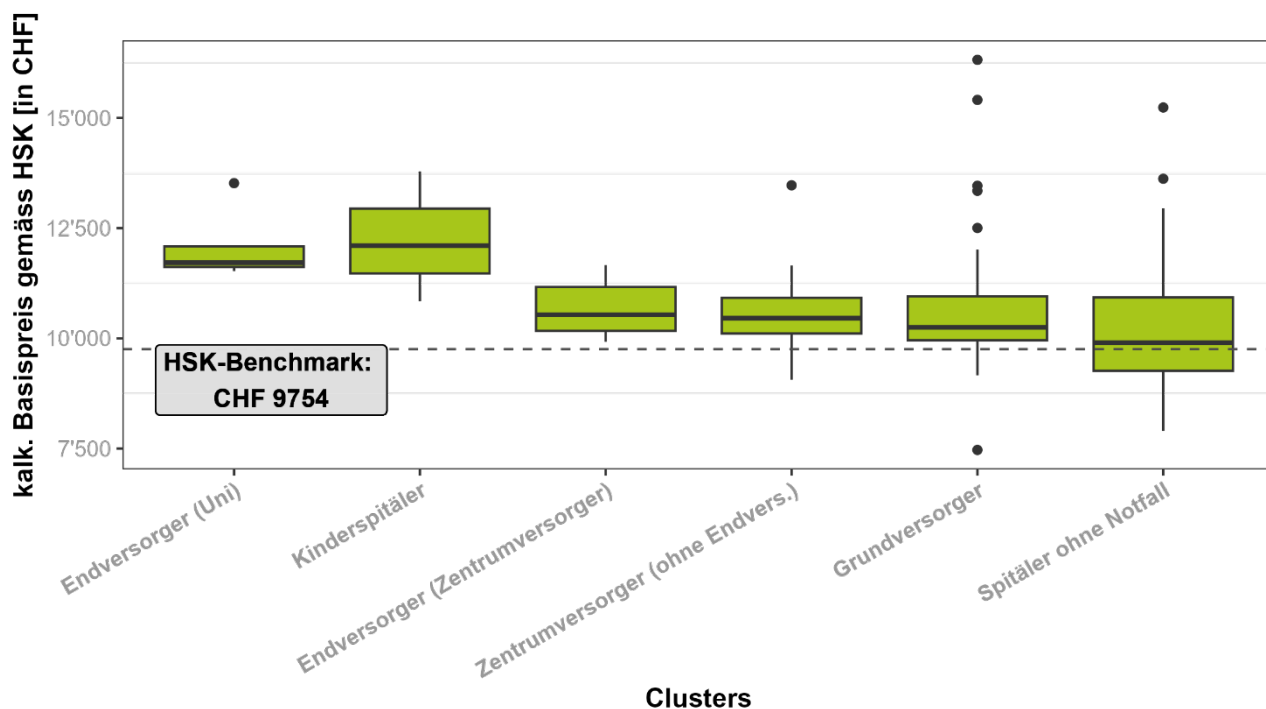
Die resultierenden Cluster sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Es sind insgesamt 7 Cluster. Die technischen Erklärungen über die Cluster-Bildung sind im Anhang erläutert.

Cluster	HSK-Spitalkategorien	BFS-Kategorien ²⁰
1	Endversorger (Universitätsspitäler)	K111
2	Endversorger (Zentrumsversorger)	K112
3	Kinderspitäler	K233
4	Zentrumsversorger (ohne Endversorgung)	K112, K121 (nur fünf Spitäler)
5	Grundversorger	K121-K123, K212, K231, K234
6	Spitäler ohne Notfall (Spezialkliniken und Grundversorger)	K122- K123, K212, K221, K231, K234, K235
7	Geburtshäuser	K232

Tabelle 5: Ergebnisse der Cluster-Bildung

- Abbildung 4 zeigt, dass Unikliniken sowie spezialisierte Kinderspitäler und Endversorger in der Preisfindung gesondert zu betrachten sind. Im Weiteren zeigt sich, dass Spitäler ohne Notfallstation eine relative hohe Streuung im Vergleich zu den anderen Clustern ausweisen.
- Mit der Anwendung der Hauptkomponentenanalyse (PCA) wird die Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern für die Preisfindung erhöht.
- Mittels dieser analytischen Methode zeigt die Einkaufsgemeinschaft HSK auf, dass mit der Anwendung des BM-Perzentils bei 25 Prozent die Festsetzung des Referenzwertes im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG adäquat ist und eine Preisdifferenzierung in einer 2. Stufe im Rahmen der individuellen Tarifverhandlungen zu erfolgen hat.

²⁰ K111: Unikliniken; K112: Zentrumversorgung; K121, K122 und K123: Grundversorgungsniveau 3-5; Spezialkliniken: K231 (Chirurgie), K232 (Gynäkologie | Neonatologie), K233 (Pädiatrie), K234 (Geriatric), K235 (Diverse Spezialkliniken), K212 (Psychiatrie); K221 (Rehabilitation)



Datengrundlage:
 SwissDRG-Spitäler in Clustering eingeschlossen (Datenjahr 2024)

Abbildung 4: Fallkosten nach PCA-Cluster²¹

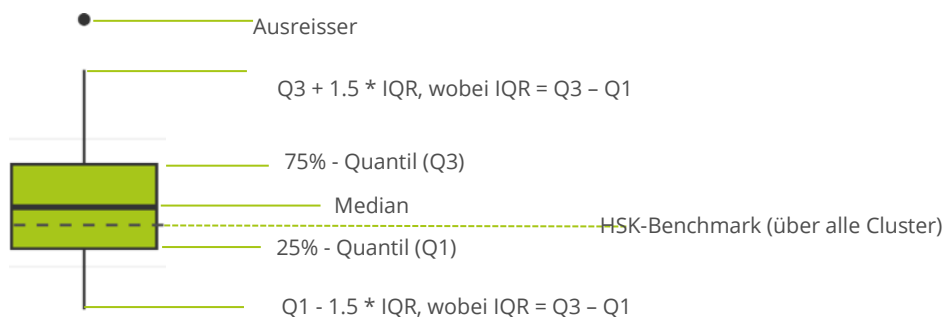


Abbildung 5: Erläuterung BoxPlot

²¹ Im BoxPlot ist die Verteilung der Fallkosten sichtbar, wobei sich innerhalb der Box 50 Prozent der Werte finden. Je länger die Box ist, desto mehr sind die Werte gestreut, und umgekehrt. Der Balken in der Box zeigt den medianen Wert an über die dargestellten Spitäler an. Der Bereich zwischen den «Antennen» (Whisker) beschreibt 95 Prozent aller Fälle.

3.4 Ermittlung der Preisbandbreite

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

- Da es um eine Preisdifferenzierung geht, werden verhandelte Preise in jedem Cluster mit dem Benchmark verglichen.
- Die Preise sollen mit den Clustern korrelieren. Das heisst, die Universitätsspitäler (Cluster 1) und die Kinderspitäler (Cluster 3) als maximale Versorger haben die höchsten verhandelten Baserates. Die Geburtshäuser (Cluster 7) mit dem niedrigsten Case Mix Index (CMI) und den wenigsten angesteuerten DRGs haben im Durchschnitt die tiefsten Baserates.
- Da es sich um homogene Gruppen handelt, darf der Preisunterschied innerhalb desselben Clusters nicht hoch sein (+ | - 1 Prozent).
- Auch andere Besonderheiten oder Merkmale der Spitäler, die nicht beim Clustering berücksichtigt wurden, können bei der Preisfindung einbezogen werden.
- Effizienzgewinne sind von der Einkaufsgemeinschaft HSK anerkannt, wenn das Spital seine Leistungen günstig erbringt. Spitäler, die aufgrund von Patientenselektion oder durch den Fokus auf rentable DRGs kostengünstig sind, werden von HSK nicht als effiziente Leistungserbringer betrachtet, sondern betreiben «Rosinenpickerei» («Cherry-Picking»).

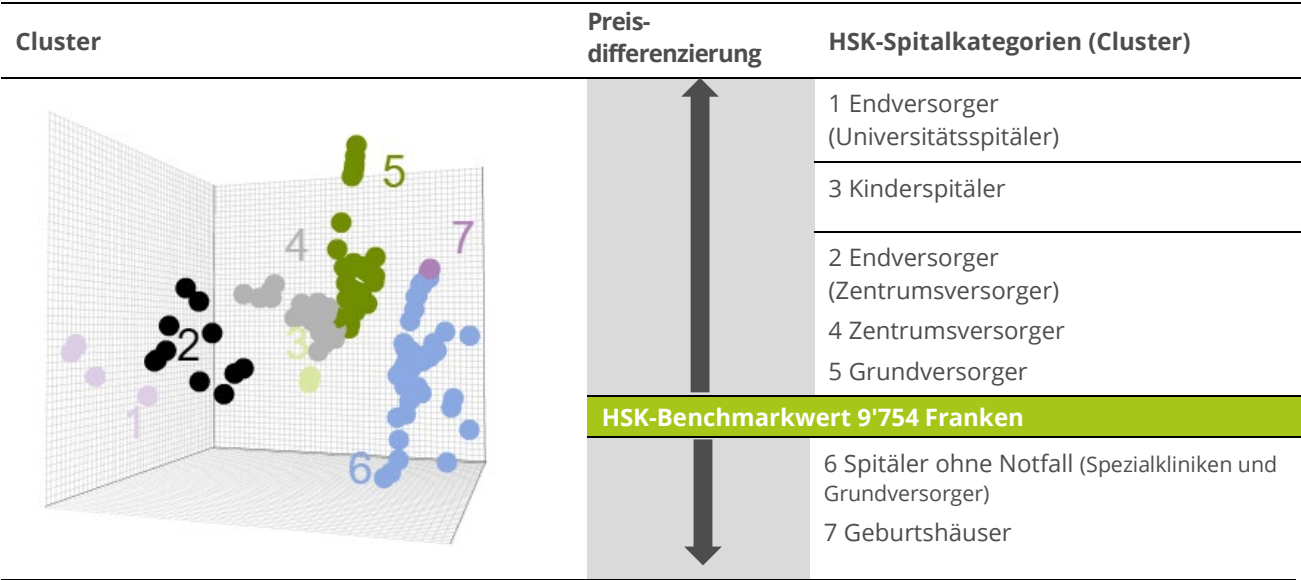


Abbildung 6: HSK-Spalkategorien (Cluster)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionale Abdeckung.....	10
Abbildung 2: Effiziente Spitäler nach BFS-Kategorien.....	13
Abbildung 3: HSK-Benchmarkwert	14
Abbildung 4: Fallkosten nach PCA-Cluster.....	19
Abbildung 5: Erläuterung BoxPlot.....	19
Abbildung 6: HSK-Spitalkategorien (Cluster)	20
Abbildung 7: Eindimensionales Modell.....	23
Abbildung 8: Manhattan Distanz – dreidimensionales Modell	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten.....	9
Tabelle 2: BFS-Kategorien	10
Tabelle 3: HSK Benchmarkwert in absoluten Zahlen	14
Tabelle 4: Faktoren für die Clusterbildung	17
Tabelle 5: Ergebnisse der Cluster-Bildung.....	18
Tabelle 6: HSK-BM, Teil 1, Spitäler nach BFS-Kategorien inkl. ANK	25
Tabelle 7: HSK-BM, Teil 2, Spitäler nach BFS-Kategorien inkl. ANK	26

Literaturverzeichnis

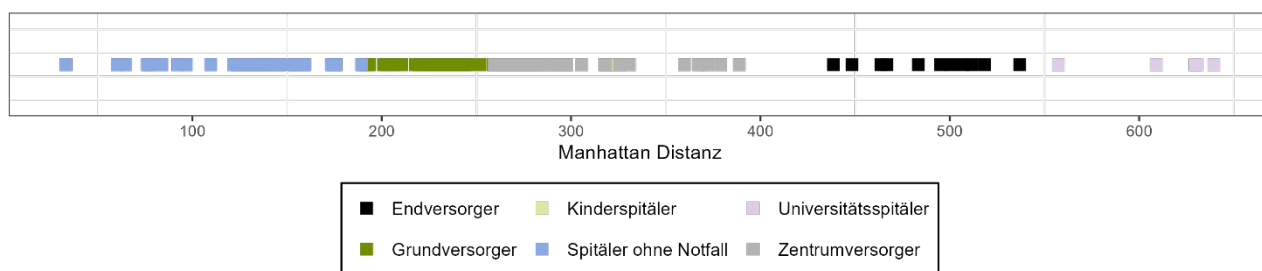
- BAG, Bundesamt für Gesundheit. (23. 09. 2020). *Publikation der Fallkosten der Spitäler 2018*. Von Bundesamt für Gesundheit (BAG):
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html> abgerufen
- BFS, Bundesamt für Statistik. (). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Von
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/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. (27. 04. 2015). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-2283/2013 - 11.04.2014 / C-3617/2017 - 27.04.2015: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (12. 04. 2018). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-2921/2014-12.4.2018: <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 (C 5086/2019)). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C 5086/2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (17. 08. 2022 (C-5102/2019)). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-5102/2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (15. 07. 2025). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-4147/2021 - 15.07.2025: <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. (kein Datum). 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

Validierung mittels Distanzmass

Um die Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit zwischen Kliniken anhand von bestimmten Merkmalen pro Klinik handhabbar oder sichtbar zu machen, skaliert unsere Methode Merkmale beliebiger Einheiten und Ausprägungen auf Zahlenwerte zwischen 0 und 100, welche sodann addiert werden. Ähnliche Summen lassen auf ähnliche Ausprägungen der Kliniken schliessen.

Auf dem Datensatz der unter Punkt 3.2 beschriebenen Merkmale lässt sich die Unterscheidung der grossen Unikliniken (hellviolette Punkte auf dem Zahlenstrahl rechts) und der Endversorger (schwarze Punkte) auf dem Zahlenstrahl zwischen 438 und 639 gegenüber den restlichen Spitälern recht klar aufzeigen. Grund- und Zentrumsversorger (dunkelgrüne bzw. dunkelgraue Punkte) finden sich vor allem zwischen 191 und 388. Die 3 Kinderspitäler (hellgrüne Punkte) verteilen sich zwischen 287 und 324. Die Geburtshäuser sind um 109 gruppiert, während Spitäler ohne Notfall (blaue Punkte) sich vor 200 verteilen.



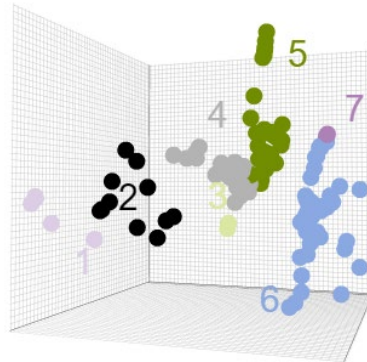
Datengrundlage:
SwissDRG-Spitäler in Clustering eingeschlossen (Datenjahr 2024)

Abbildung 7: Eindimensionales Modell

Die Methode zeigt auch die enorme Bandbreite der verschiedenen Ausprägungen. Die Methode hat auf diesem Datensatz aber wegen ihrer Eindimensionalität eine schwache Aussagekraft, was sich auch an der Punkteverteilung im Zahlenstrahl von links bis in die Mitte eindrücklich zeigen lässt.

Validierung mittels Projektion

Die 7 Merkmale pro Klinik werden mittels multidimensionaler Skalierung auf eine möglichst aussagekräftige Linearkombination von 3 Dimensionen reduziert, um ähnliche Kliniken in Cluster (farbig markiert) zusammenzufassen (vergleiche Abbildung 8).



- | | | | |
|--|---|--|--|
|  Geburtshäuser |  Kinderspitäler |  Universitätsspitäler |  Zentrumversorger |
|  Grundversorger |  Spitäler ohne Notfall |  Endversorger | |

Abbildung 8: Manhattan Distanz – dreidimensionales Modell

Mit Hilfe der dreidimensionalen Darstellung lassen sich die folgenden sieben Cluster bestimmen: hellviolett ① *Universitätsspitäler*, schwarz ② *Endversorger*, hellgrün ③ *Kinderspitäler*, grau ④ *Zentrumversorger*, dunkelgrün ⑤ *Grundversorger*, blau ⑥ *Spitäler ohne Notfall* und dunkelviolett ⑦ *Geburtshäuser*.

Insgesamt sind die Cluster voneinander zu unterscheiden. Die in der Analyse verwendeten Variablen ermöglichen in den meisten Fällen eine klare Differenzierung der Cluster.

Das hellviolette Cluster ① ist enger mit dem schwarzen ② verwandt als mit den übrigen. Ein Spital dieses Clusters nähert sich stark dem Cluster ② an.

Das hellgrüne Cluster ③ distanziert sich von den anderen Clustern. Die Cluster ④ und ⑤ liegen recht nah beieinander und heben sich von den anderen Gruppen ab.

Die Cluster ⑥ und ⑦ sind von den anderen Clustern isoliert. Der Cluster ⑦ der Geburtshäuser ist besonders homogen.

Auskünfte

Genehmigungsbehörden können sich für Rückfragen zum HKS-Benchmark SwissDRG bei Bedarf an den Tarifmanager | die stellvertretende Tarifmanagerin SwissDRG wenden:

- Riadh Zeramdini, T +41 58 340 41 88, riadh.zeramdini@ecc-hsk.info
- Nathalie Ducret, T + 41 58 340 22 99, nathalie.ducret@ecc-hsk.info