

Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler 2026

Grundlagen

24. August 2026

Inhalt

1. Repräsentativ, validiert und anerkannt	3
2. Mengengerüst und Datengrundlagen	3
3. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	3
4. Prinzip der Datenerhebung	4
5. Plausibilisierung und Prüfschritte.....	5
6. Berechnung der Benchmark-relevanten Betriebskosten	6
7. Effizienzmassstab	7

1. Repräsentativ, validiert und anerkannt

Die Tariffindung der Schweizer Spitäler und Kliniken hat gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) auf der Basis eines nationalen Kostenbenchmarks zu erfolgen. Der Verein SpitalBenchmark stellt seit 2007 als einziger sachorientierter Anbieter der Schweiz einen umfassenden KVG-konformen Kostenbenchmark für die Spitäler und Kliniken in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation auf plausibilisierten Daten des jeweils vergangenen Geschäftsjahres zur Verfügung.

Berechnet wird der Benchmark auf Basis von ITAR_K®, nachdem die detaillierten Leistungs- und Kostendaten durch Fachspezialistinnen und -spezialisten mit Erfahrung in Medizin- und Finanzcontrolling nach einheitlicher Methodik geprüft und mit den Spitälern plausibilisiert wurden.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hat swiss economics einen Bericht zur finanziellen Auswirkung der Corona-Pandemie im Jahr 2020 auf die Spitäler und Kliniken erstellt. In diesem veröffentlichten Bericht ist festgehalten, dass «aufgrund der zeitnahen und disaggregierten Abbildung von Leistungsdaten sich die Datenquelle von SpitalBenchmark als am besten geeignet erwies». Über diese Feststellung freut sich der Verein SpitalBenchmark, denn sie unterstreicht die erfolgreiche Umsetzung eines unabhängigen und sachorientierten Benchmarks.

2. Mengengerüst und Datengrundlagen

Als Grundlage für den Benchmark liegen detaillierte Daten der Spitäler und Kliniken aus der ganzen Schweiz bzw. aus allen Kategorien des Bundesamtes für Statistik (BfS) vor. Ein Abgleich mit den vom BAG publizierten «Kennzahlen der Schweizer Spitäler», jeweils aus dem Vorjahr verfügbar, zeigt die hohe Abdeckung und damit die vorhandene Repräsentativität auf (der Vergleich ist enthalten in den Ergebnissen).

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Politik fordert für die Schweiz eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung, die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen ermöglicht. Für die Vergütung von stationären Behandlungen wurden drei nationale Tarifstrukturen entwickelt. In der Akutsomatik kommt SwissDRG zur Anwendung, in der Psychiatrie TARPSY und in der Rehabilitation seit 2022 ST Reha.

Gemäss KVG ordnet der Bundesrat schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Spitälern und Kliniken an und veröffentlicht diese. Die Höhe der Entschädigung orientiert sich an jenen Spitälern und Kliniken, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität, effizient und günstig erbringen.

Grundsätze Bundesverwaltungsgericht

Das Bundesverwaltungsgericht (BVG) hatte im Rahmen von Tariffestsetzungsverfahren die Auslegung des Gesetzes und deren Verordnungen zu klären. Dazu wurden verschiedene Grundsätze festgelegt und Vorgaben an das Benchmarking definiert. H+ führt eine Zusammenfassung sämtlicher vom BVG und Bundesgerichten (BG) gefällten Grundsätze und Präzisierungen (inkl. Referenzierung auf die Urteiltext-Passagen) im Zusammenhang mit Kostenermittlung und Tarif-Bildung im OKP-Bereich¹. Die folgende Aufzählung zeigt wichtige Entscheide auf, welche im Rahmen von Verfahren in der Akutsomatik gefällt worden sind. Diese haben für die Psychiatrie und Rehabilitation die gleiche Bewandtnis.

¹ D: https://cug.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/2026/Aktualisiert/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.7_juli_2025_D.pdf

F: https://cug.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/2026/Aktualisiert/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.7_juillet_2025_fr.pdf

I: https://cug.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/2026/Aktualisiert/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.7_luglio_2025_it.pdf

- Das Benchmark-Verfahren soll idealtypisch schweizweit nach einheitlicher Methodik und auf der Basis von Kostendaten erfolgen.
- In einer (nicht näher definierten) Einführungsphase gewährt das BVG namentlich den Universitäts-, den Kinderspitälern und den Geburtshäusern ein Benchmarking in einer jeweils separaten Vergleichsgruppe.
- Effizienzbedingte Gewinne sind zulässig.
- Der Benchmark muss auf Kostendaten und nicht auf Tarifen basieren.
- Abzüge für Intransparenz sind für die Erstellung des Benchmarks nicht zulässig.
- Die Anlagenutzungskosten sind grundsätzlich nach Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) auszuweisen.
- REKOLE® als Datenbasis und ITAR_K® als Kostenausweis sind anerkannt.
- Kosten für Forschung und erteilte universitäre Lehre (Aus- und Weiterbildung) sind auf je eigenen Kostenträgern auszuscheiden.
- Werden durch den Kanton gemeinwirtschaftliche Leistungen für regionalpolitische Aufgaben geleistet, sind diese als separater Auftrag (Kostenträger) auszuweisen und nicht kostenmindernd zu buchen.
- Der von den Kantonen angewendete Effizienzmassstab mit dem 40. resp. 50. Perzentil (Gewichtung nach Anzahl Fällen oder Case-Mix-Punkten) wird gestützt.

Die SwissDRG AG weist in ihren Berichten darauf hin, dass die Tarifstruktur noch nicht alle Kostenunterschiede abbilden kann. Zudem hält das BAG fest, dass für den Abschluss der Einführungsphase von SwissDRG drei Voraussetzungen erfüllt sein müssen: eine genügend ausdifferenzierte Tarifstruktur, die Publikation eines Fallkostenvergleichs sowie die bundesrätlichen Vorgaben zur schweizweit einheitlichen Tarifiermittlung. Nach Meinung des BAG sind die ersten beiden Vorgaben erfüllt, nicht jedoch der dritte Punkt.

4. Prinzip der Datenerhebung

SpitalBenchmark verwendet für die Erstellung des Benchmarks detaillierte Leistungs- und Kostendaten, die von den Spitälern und Kliniken jährlich direkt an SpitalBenchmark übermittelt werden. Dies sind gesetzlich vorgeschriebene Routinedaten, welche zuhanden des BfS, für die SwissDRG AG oder die Kantone erhoben werden müssen. Weiter wird die «Kostenrechnung nach Tarifstruktur» in Form des ITAR_K® eingeholt. Dabei werden verschiedene Kennzahlen erhoben, welche für die Vollständigkeitsprüfung und Validierung der Datenqualität genutzt werden.

Im Detail sind es für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation folgende Datenquellen.

- Basisdaten mit Angaben zur Institution
- Finanz-Kennzahlen
- Kostensätze (Kosten pro Hilfskostenstelle, z. B. Technischer Dienst, Verwaltung, Anästhesie etc.)
- Tarife OKP
- Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Fallkosten (anonymisierter SpiGes-Datensatz),
- Daten zu hochteuren Prozeduren, Medikamenten und Verfahren
- ITAR_K® in der aktuellen Version nach Vorgabe H+ inkl. Validierungsdateien
- BfS-Krankenhausstatistik
- Abstimmungsbrücke der schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)
- Kosten und Erlöse für Lehre/Forschung und Gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Jahresbericht (bei Bedarf)

Die jeweils gültige Version von ITAR_K® ist unter www.hplus.ch abrufbar. Der medizinische Bereich wird nach der Terminologie und Kodierungsvorgabe des BfS erhoben. Die Kodierung erfolgt nach der jeweils gültigen Version von SwissDRG. Die Daten werden für die Bereiche Akut, Psychiatrie, Rehabilitation getrennt geführt.

5. Plausibilisierung und Prüfschritte

Grosses Gewicht legt SpitalBenchmark auf die Verifizierung der im Benchmark berücksichtigten Daten. Bereits bei der Datenlieferung werden durch den Vergleich verschiedener Datenquellen automatisierte Vollständigkeitsprüfungen vorgenommen. Danach erfolgt die individuelle Prüfung jedes Spitals und jeder Klinik nach vorgegebenen Schritten durch das Verifizierungsteam. Dafür stehen alle Datenquellen zur Verfügung, bei Bedarf kann die Analyse bis auf die Stufe des anonymisierten Einzelfalls erfolgen. Zur Unterstützung der Prüfarbeit steht ein Tool zur Verfügung, die Prüfungsergebnisse werden protokolliert und dem Spital bzw. der Klinik gestellt.

Verifizierungsteam

Mit der Aufgabe der Verifizierung sind erfahrene Spezialistinnen und Spezialisten aus der Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Geburtshäusern mit Fachwissen in Finanzen und Controlling betraut. Die Prüfungen werden nach einer vorgegebenen Systematik und damit einheitlich vorgenommen. Das Prüf-Team besteht aus zwölf Personen, welche nach einer gezielten, umfassenden Schulung diese Aufgabe ausführen.

Keine Datenanpassungen

SpitalBenchmark nimmt in der Datenbasis weder normative Zu- oder Abschläge noch andere Eingriffe oder Manipulationen in der Benchmarking-Grundlage vor. Sind gelieferte Daten unklar, stellen die Verifizierenden diese den Mitgliedern zur Überprüfung zu. Die Spitäler und Kliniken haben die Möglichkeit, aufgrund festgestellter Mängel Korrekturen in ihren Quelldaten vorzunehmen und SpitalBenchmark die Daten erneut zuzustellen. Mit diesem iterativen Prozess wird sichergestellt, dass die Spitäler und Kliniken für ihre Datenlieferungen an die Kantone, den Bund und übrige Parteien validierte und plausibilisierte Daten verwenden können. Damit übernimmt der Verein SpitalBenchmark eine zentrale Rolle bezüglich der verfügbaren Datenqualität bei den offiziellen Statistiken des Bundes. Zu beachten ist, dass einzelne Kantone die Datenlieferung von Spitälern und Kliniken terminlich so früh einfordern, dass eine Verifizierung erst nach deren Auslieferung erfolgen kann. Entsprechend kann es sein, dass die an diese Kantone gelieferten Daten nach der Verifizierung nicht der definitiven Fassung entsprechen.

Kein Ausschluss von Spitälern

SpitalBenchmark schliesst bei der Prüfung aufgrund der Ergebnisse (Höhe der Fallkosten) keine Spitäler und Kliniken aus und nimmt damit auch keine positiv selektierte Auswahl für den Benchmark vor. Wie beschrieben, werden unplausible Daten den Spitälern und Kliniken zur Bereinigung zugestellt. Lässt sich dies im Einzelfall nicht erreichen, wird nicht generell ein Ausschluss vorgenommen, sondern die Daten werden in der spezifischen Auswertung nicht berücksichtigt.

Einbezug von BVG-Entscheiden

Wie einleitend festgehalten, beurteilt das BVG in Tariffestsetzungsverfahren auch Detailsachverhalte. SpitalBenchmark berücksichtigt diese Entscheide bei seinen Arbeiten fortlaufend.

Prüfschritte

Die Prüfung der Datengrundlagen findet strukturiert in verschiedenen Schritten statt. Dafür stehen die im vorstehenden Kapitel beschriebenen Datenquellen zur Verfügung, ergänzend die Daten der Vorjahre in identischer Ausprägung. Im Folgenden sind exemplarisch einzelne Prüfungsschritte beschrieben.

- **Schritt 1: Automatische Prüfung**

Die Datenlieferung erfolgt durch das Spital oder die Klinik elektronisch auf das Portal von SpitalBenchmark. Dabei erfolgt eine erste automatische Kontrolle auf Datenkorrektheit und Vollständigkeit. Insbesondere wird geprüft, ob die Files der geforderten Struktur entsprechen und ob die Daten miteinander verknüpft werden können. Bei den Formularen werden die Eingaben auf korrekte Erfassung und Vollständigkeit geprüft. Werden Fehler erkannt, werden die Daten zurückgewiesen und sie werden entsprechend nicht in die Datenbank aufgenommen und müssen durch das Spital oder die Klinik korrigiert geliefert werden.

- **Schritt 2: Ergebnis Datenverknüpfung**

Durch die Verknüpfung verschiedener Datenquellen kann die Konsistenz der gelieferten Daten verglichen werden. Differenzen sind sichtbar und Korrekturen werden überprüft.

- **Schritt 3: Abstimmung**

Die Verifiziererinnen und Verifizierer prüfen inhaltlich auf Kohärenz und Betragsgrößen. Zu dieser Prüfung werden auch Finanzaufgaben, Entwicklungen gegenüber dem Vorjahr und der Jahresbericht beigezogen. Nicht erklärbare Abweichungen werden mit dem Spital oder der Klinik besprochen. Eine Rückmeldung ist verpflichtend und kann erklärend und damit genügend sein oder es werden korrigierte Daten hochgeladen. In diesem Fall beginnt der Verifizierungsprozess von Neuem.

- **Schritt 4: Dokumentation**

Die Prüfung wird laufend dokumentiert. Bei Abschluss der Prüfung wird dem Spital oder der Klinik das Prüfprotokoll elektronisch zugestellt.

- **Schritt 5: Freigabe**

Nach Abschluss der Prüfung werden die Daten für die Erstellung des Benchmarks und die Auswertungen freigegeben.

6. Berechnung der Benchmark-relevanten Betriebskosten

Grundsatz

Für die Berechnung der im Benchmarking ausgewiesenen Kosten wird die jeweils aktuelle ITAR_K®-Version von H+ verwendet. In der Struktur von ITAR_K® sind die KVG-Vorgaben und BVG-Entscheide abgebildet. Es besteht eine Abstimmungsbrücke zwischen Betriebs- und Finanzbuchhaltung, nicht anrechenbare Kosten und Aufwände sind ausgeschieden und die anrechenbaren Kosten sind den einzelnen Tarifwerken zugeordnet. Die effektiven Kosten für Lehre und Forschung und die gemeinwirtschaftlichen Kosten sind auf den entsprechenden Kostenträgern verbucht. Bei der REKOLE®-Zertifizierung (in vielen Kantonen zwingend für den Erhalt eines Leistungsauftrages) wird die korrekte Anwendung der Vorgaben geprüft.

Berechnung

Die Berechnung wird gemäss Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K® erstellt:

- **Abzug für erteilte universitäre Lehre und Forschung**

Für erteilte universitäre Lehre und Forschung besteht ein eigener Kostenträger. Die effektiven Kosten und allfällige Erlöse werden darauf verbucht, entsprechend sind Lehre und Forschung KVG-konform aus OKP ausgeschieden.

- **Abzug für gemeinwirtschaftliche Leistungen**

Zu Aufträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen bestehen eigene Kostenträger. Die effektiven Kosten und Erlöse werden darauf verbucht, entsprechend sind die Kosten KVG-konform aus OKP ausgeschieden.

- **Anlagenutzungskosten nach REKOLE® und VKL**

Die Anlagenutzungskosten werden einerseits nach kalkulatorischer Sicht (REKOLE®) und andererseits nach VKL-Vorgaben ermittelt. SpitalBenchmark verwendet dazu keine normativen Werte.

Das KVG gibt vor, dass die Kosten auf betriebswirtschaftlicher Basis erfasst und ausgewiesen werden. Die VKL schreibt vor, dass die Anlagenutzungskosten nach Finanz- und nicht nach Betriebsbuchhaltung abzuschreiben sind. Diese Vorgabe hat zur Folge, dass speziell Spitäler und Kliniken mit einer älteren Bausubstanz unterfinanziert sind. Weiter verzerrend wirkt, dass verschiedene Kantone die Immobilien nicht zum Marktwert dem «eigenständigen» Spital übergeben haben. Ein Benchmark mit Verwendung der Anlagenutzungskosten nach VKL entspricht nicht der Kostenwahrheit. Der Anlagenbestand wird durch die VKL-Vorgabe zu tief bewertet.

- **Zinskosten/Teuerung**

Bei REKOLE®-zertifizierten Spitälern werden die effektiven Zinskosten berechnet; bei nichtzertifizierten wird nach dem Modell des Preisüberwachers gerechnet. Basis bildet die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft, Laufzeit zehn Jahre sowie eine Zahlungsfrist von 40 Tagen. Nach KVG ist die Teuerung nach dem Benchmark aufzurechnen.

7. Effizienzmassstab

Grundsätzliches

Zur Frage der Berechnung des Effizienzmassstabes bestehen erhebliche Meinungsunterschiede. Die Methodik setzt sich aus einer Gewichtung der Spitäler und Kliniken und aus der Höhe des anzuwendenden Perzentils zusammen.

Gewichtung

Einen entscheidenden Einfluss für das Benchmarking sowohl in der Akutsomatik, in der Psychiatrie als auch in der Rehabilitation hat die Form der Gewichtung. Dabei stehen primär drei Varianten zur Verfügung.

- **Erstellung nach Anzahl Spitälern und Kliniken**

Die Kosten der einzelnen Spitäler und Kliniken werden unbesehen der Anzahl der Fälle und des Leistungsangebotes (Kostengewicht) aufsteigend gelistet. Das gewählte Perzentil bestimmt das Benchmark-Spital und damit den Benchmarkwert. Bei einer Erstellung nach Anzahl Spitäler und Kliniken erhalten jeweils Spezialkliniken mit einem eingeschränkten oder fokussierten Leistungsangebot ein sehr starkes Gewicht, da jede Klinik unabhängig des Leistungsangebotes und der Grösse gleich gewichtet ist.

- **Erstellung nach Anzahl Fällen**

Die Reihenfolge in der Auflistung wird durch die Anzahl Fälle der Spitäler und Kliniken bestimmt. Das gewählte Perzentil bestimmt das Benchmark-Spital und damit den Benchmarkwert. Die Gewichtung nach Anzahl Fälle berücksichtigt den Leistungsumfang der einzelnen Spitäler und Kliniken, sagt jedoch nichts über die Verteilung der Schwere der Fälle aus.

- **Erstellung nach Kostengewicht CM (Akut) bzw. nach DM (Psychiatrie)**

Pro Spital und Klinik wird das Kostengewicht des Einzelfalls summiert. Die Reihenfolge in der Auflistung

wird durch das Total des Kostengewichts der Spitäler und Kliniken bestimmt. Das gewählte Perzentil bestimmt das Benchmark-Spital und damit den Benchmarkwert. Die Gewichtung nach Kostengewicht berücksichtigt sowohl die Anzahl sowie den Schweregrad der Fälle. Das Tarifsysteem DRG wird damit korrekt abgebildet.

Die Spitäler erachten eine Gewichtung nach Case-Mix-Punkten als DRG-System-konform. Demgegenüber setzen die Preisüberwachung und die Krankenversicherer bei der Gewichtung auf eine Reihenfolge nach Spitälern. Damit werden Spitäler mit spezifischem Leistungsspektrum oder eingeschränktem Leistungsangebot (z.B. keine Notfälle, kein Ausbildungsangebot, Öffnung während fünf Tagen) übermässig berücksichtigt. Aus diesem Grund wird für die Geburtshäuser ein eigenständiger Benchmark gerechnet.

Wahl des Perzentils

Bei der Wahl eines tiefen Perzentil-Ansatzes überbieten sich Krankenversicherer und der Preisüberwacher in ihren Forderungen. Die Spitäler und Kliniken erachten das 50. Perzentil bereits als einschneidend. Das BVG hat das 40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix-Punkten) als angemessen akzeptiert (BVG 2014/36). Dies bedeutet, dass bei Anwendung des 40. Perzentil stipuliert wird, dass 60 Prozent der Spitäler und Kliniken nicht effizient arbeiten. Dies trifft in keiner Weise zu. Selbst das BAG hält auf seiner Website fest: «Zu beachten ist, dass die Vergütung mittels Pauschalen systembedingt zu Abbildungsungenauigkeiten bei gewissen Leistungen führt. Spitäler, welche einen hohen Anteil an nicht sachgerecht abgebildeten Leistungen erbringen, weisen unter Umständen Fallkosten auf, welche nicht unbedingt auf deren Effizienz schliessen lassen. So weisen weder hohe Kosten (etwa bei Endversorgerspitälern) zwingend auf eine tiefe Effizienz, noch tiefe Kosten zwingend auf eine hohe Effizienz hin. Dieser Aspekt muss bei einem Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten zwischen den einzelnen Spitälern berücksichtigt werden.»

Fazit

Bei Verwendung eines tiefen Perzentils und unter Verwendung der Gewichtung «nach Anzahl Spitäler und Kliniken», erhalten Spezialkliniken mit stark eingeschränktem Leistungsangebot oder beschränkter Betriebsdauer (Fünf-Tage-Woche) übermässig Gewicht. Auf diese Weise werden bis zu 90 Prozent der behandelten Fälle nicht berücksichtigt, was zwangsweise zur Unterfinanzierung führt.

Die Polynomics AG hat untersucht, wie sich die Wahl eines niedrigen Perzentils langfristig auf die Finanzen und die Versorgungssicherheit auswirkt. «Wir zeigen in einer einfachen Simulation, dass die Wahl des 25. Perzentils innerhalb weniger Jahre dazu führt, dass die Mehrheit der Spitäler ihr Eigenkapital durch die anfallenden Verluste aufgebraucht hat und aus dem Markt ausscheidet, falls keine zusätzlichen Mittel (Subventionen, Spenden) oder neues Kapital von den Eigentümern an die Spitäler fliesst. Als Erste würden die Universitätsspitäler dem niedrigen Perzentil zum Opfer fallen. Nach 14 Jahren wäre bereits die Hälfte der Spitäler aus dem Markt ausgeschieden. Selbst bei der Verwendung des 50. Perzentils würde der Benchmark stetig sinken und es würden laufend Spitäler aus dem Markt ausscheiden, dann allerdings langsamer. Nach 46 Jahren würden noch knapp die Hälfte der Spitäler existieren.»

Auch angesichts der Abbildungsmängel in den nationalen Tarifstrukturen von SwissDRG AG lässt sich in einem gesamtschweizerischen Benchmarking unter beliebigen Spitälern und Kliniken ein strengerer Massstab als das 40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix- bzw. Day-Mix-Punkten, alternativ allenfalls gewichtet nach Fällen) nicht rechtfertigen.

Die Bestimmungen des KVG geben vor, dass die Tarifverhandlung des aktuellen Jahres für die Baserate des Folgejahres jeweils auf dem Benchmarkwert des Vorjahres beruhen muss. Daraus ergibt sich, dass die anzuwendende Baserate bestenfalls dem Kostenniveau von vor zwei Jahren entspricht. Diese Verzögerung der Tarifierung verzerrt den Perzentilwert zusätzlich.