

Tarif- und Leistungsmanagement
tarife@ksa.ch

Taxordnung

Gültig ab 1. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bestimmungen.....	3
1.1	Geltungsbereich	3
1.2	Angaben zu SwissDRG.....	3
1.3	Zimmerkomfort (Upgrade) oder Klassenwechsel im stationären Bereich.....	3
1.4	Ökonomische Aufklärung bei Nichtpflichteingriffen	3
1.5	Kostenvorschuss / Anzahlung	4
1.6	Begleitpersonen	4
1.7	Rechnungsstellung.....	4
2	Finanzielles.....	5
2.1	Stationäre Tarife	5
2.1.1	Pflichtleistungen / Allgemeine Abteilung	5
2.1.2	Halbprivate oder Private Abteilung	5
2.1.3	Zusatzversicherte Personen (VVG)	5
2.1.4	Nichtpflichtleistungen / Allgemeine Abteilung	5
2.2	Ambulante Tarife	6
2.2.1	Pflichtleistungen	6
2.2.2	Nichtpflichtleistungen	6
2.3	Kosten zulasten der Patienten / der Patientinnen	6
2.4	Zahlungsfrist und Mahnwesen, Verfügung.....	6
2.5	Zuschlag für Administration	6
3	Vollzugsbeginn	6
3.1	Gültigkeit	6
4	Anhang 1 / Preisübersicht stationäre Tarife.....	7
4.1	Grundversicherte Personen	7
4.2	Zusatzversicherte Personen	7
4.3	Grundversicherte Personen oder Selbstzahler Ausland mit Wunsch Klassenwechsel VVG versicherte Personen mit Versicherung ohne vertragl. Vereinbarung mit dem KSA.....	7
4.4	Grundversicherte Personen od. Selbstzahler Ausland mit Wunsch Hospitality-Komfort.....	8
4.5	Selbstzahler Nichtpflichtleistung	8
5	Anhang 2 / Preisübersicht ambulante Tarife.....	9
6	Anhang 3 / Besondere Leistungen	10
6.1	Begleitpersonen	10
6.2	Versäumte Termine	10

Taxordnung der Kantonsspital Aarau AG vom 1. Januar 2024

Die Kantonsspital Aarau AG (nachfolgend Kantonsspital Aarau) erlässt folgende Taxordnung, welche für alle stationären und ambulanten Behandlungen im Kantonsspital Aarau gilt:

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Geltungsbereich

Diese Taxordnung regelt die Abgeltung des Spitalaufenthaltes bzw. einer Behandlung im Kantonsspital Aarau. Die vorliegende Taxordnung orientiert über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen einer medizinischen Behandlung.

Die Taxordnung des Kantonsspitals Aarau enthält die jeweils gültigen Tarife und Preise und gelangt zur Anwendung, wenn keine separaten vertraglichen Vereinbarungen mit Versicherern getroffen wurden.

1.2 Angaben zu SwissDRG

Beim Fallpauschalensystem SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen. Dieses Fallgewicht wird jeweils mit dem für das Kantonsspital Aarau gültigen Basisfallpreis (Baserate) multipliziert und so der Preis für die stationäre Behandlung ermittelt.

Der jeweiligen Versicherung werden zusätzlich zur Fallpauschale die Leistungen gemäss Ziff. 2.1 dieser Taxordnung in Rechnung gestellt.

Leistungen, die nicht als Pflichtleistung gemäss den geltenden Gesetzen (KVG, IVG, UVG, MVG) definiert sind, werden in dieser Taxordnung separat geregelt bzw. zu Vollkosten fakturiert.

1.3 Zimmerkomfort (Upgrade) oder Klassenwechsel im stationären Bereich

Auf Wunsch können allgemein oder halbprivat Versicherte gegen Aufpreis, Vorauszahlung und im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten bzw. Kapazitäten

- a) in einem Einbett- oder Zweibettzimmer untergebracht werden (Modul Komfortzimmerwahl) ohne zusätzliche Hotellerieleistungen;
- b) einen Klassenwechsel in Anspruch nehmen.

Die daraus entstehenden Kosten sind - abzüglich der durch Versicherer abgegoltenen Anteile – von der versicherten Person zu tragen.

Die Inanspruchnahme eines der vorerwähnten Module bedarf der vorgängigen und frühzeitigen Anmeldung beim zuständigen Arztsekretariat oder der Station. Bezüglich der Komfortzimmerwahl verweisen wir auf das entsprechende Anmeldeformular auf unserer Webseite.

1.4 Ökonomische Aufklärung bei Nichtpflichteingriffen

Das Spital klärt vor einem Nichtpflichteingriff oder einer Behandlung, welche nicht von einer Versicherung übernommen wird, über die ungefähren Kosten auf. Die Kosten basieren jeweils auf der bekannten Ausgangslage des Gesundheitszustands und ist lediglich auf dieser verbindlich.

Aufgrund von möglichen Komplikationen oder zusätzlichen Ereignissen (z.B. unvorhersehbarer Behandlungsaufwand) kann der effektive Preis jedoch von der Kostenangabe abweichen.

1.5 Kostenvorschuss / Anzahlung

In folgenden Fällen wird ein Kostenvorschuss verlangt:

- Sofern keine oder nur eine ungenügende Versicherungsgarantie eines Versicherers vorliegt (bei Wohnsitz im Ausland richtet sich die Höhe der Anzahlung nach der mutmasslichen Höhe der Behandlungskosten).
- Für Leistungen, welche gemäss Krankenversicherungs-, Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung keine Pflichtleistungen darstellen.
- Bei einem Zimmer-Upgrade oder Klassenwechsel.

In gewissen Fällen können in gegenseitigem Einvernehmen Akontozahlungen vereinbart werden.

1.6 Begleitpersonen

Das Angebot für die Beherbergung von Begleitpersonen richtet sich nach der Verfügbarkeit freier Spitalbetten bzw. der personellen Kapazität der Mitarbeitenden.

Das jeweils zuständige Aufnahmebüro erteilt Auskunft über die Möglichkeiten einer Unterbringung von Begleitpersonen.

1.7 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt primär an den Garanten, welcher eine Kostengutsprache erteilt hat. In der Regel wird nach dem System des Tiers payant (Rechnung an Versicherung) abgerechnet. Von den Garanten nicht gedeckte Leistungen werden den Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt.

Das System des Tiers payant gilt bei stationären Fällen nicht, wenn eine halbprivat oder privat versicherte Person über keine oder eine ungenügende Versicherungsdeckung beim Versicherer verfügt respektive eine versicherte Person Zahlungsausstände beim Versicherer aufweist. Der Tiers payant kommt ebenfalls nicht zur Anwendung, wenn der Zahlungspflichtige aufgrund von Prämienrückständen auf der „schwarzen Liste“ seines Wohnkantons geführt wird und es sich um planbare Leistungen (keine Notfälle) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Pflichtleistungen) handelt. Der Versicherer informiert das Spital im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens darüber.

Es gelten jeweils die Abrechnungsregeln und Preise des Kalenderjahres, in dem der Spitalaustritt erfolgt (stationäre Fälle) bzw. in dem die Leistung erbracht wird (ambulante Abrechnung).

Die inhaltlichen Anforderungen an die Rechnungsstellung richten sich nach der vom Bundesrat erlassenen Verordnung unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen. Ohne ausdrücklichen Wunsch werden die verlangten Informationen an die entsprechenden Stellen weitergeleitet.

Das Kantonsspital Aarau erstellt für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die übrigen Leistungen getrennte Rechnungen (KVV Art. 59, Ziffer 3).

2 Finanzielles

2.1 Stationäre Tarife

2.1.1 Pflichtleistungen / Allgemeine Abteilung

Der Versicherer vergütet dem Spital die Kosten für seine Leistungen auf der Basis von Pauschalen und Regeln nach dem Tarifsystem SwissDRG.

Die Kosten einer stationären Behandlung setzen sich aus folgenden Elementen zusammen:

- a) SwissDRG-Fallpauschale;
- b) Zusatzentgelte gemäss Tarifwerk SwissDRG;
- c) Primärtransporte (Einweisungs- und Entlassungstransporte ohne medizinisch notwendige Verlegungstransporte in andere Spitäler, Kliniken, Heime, Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen);
- d) Medikamente und Materialien, die beim Austritt mitgegeben werden;

In den oben erwähnten SwissDRG-Pauschalen a) + b) sind die Unterkunft im Mehrbettzimmer, spitalübliche Verpflegung, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Diagnostik- und Therapieleistungen, Implantate und benötigten Materialien und Medikamente während des Aufenthalts sowie medizinisch indizierte Verlegungstransporte enthalten.

Die Pauschalen werden nach den in der Taxordnung des Kantonsspitals Aarau festgesetzten Ansätzen erhoben. Der für die Rechnungsstellung massgebliche Wert ist die Baserate. Der verrechenbare Kostenanteil ergibt sich aus Kostengewicht SwissDRG des Falles x Baserate.

Die Baserate ist aktuell ein vom Kanton verfügbarer Arbeitstarif. Die Preisangabe in der Taxordnung ist nur unter Vorbehalt gültig.

2.1.2 Halbprivate oder Private Abteilung

In Zusammenhang mit einer stationären Pflichtbehandlung werden zusätzlich zu den vorerwähnten Leistungen in der allgemeinen Abteilung noch folgende Module verrechnet:

- a) Pauschale für die ärztliche Leistung für Halbprivat- und Privatbehandlung multipliziert mit dem Kostengewicht (CW) des Falles
- b) Nachtpauschale für Hotellerie / Komfort und klinische Mehrleistungen

2.1.3 Zusatzversicherte Personen (VVG)

Grundsätzlich richten sich die Tarife im Zusatzversicherungsbereich nach dem Vertrag mit dem Versicherer.

2.1.4 Nichtpflichtleistungen / Allgemeine Abteilung

Die Abrechnung erfolgt nicht nach dem Tarifsystem SwissDRG.

Die Kosten einer stationären Nichtpflichtbehandlung setzen sich wie folgt zusammen:

- a) Grundmodul (wobei jeder Eintritt gezahlt wird, auch jeder Wiedereintritt. D.h. es erfolgt keine Anwendung der SwissDRG Wiedereintrittsregelung)
- b) Tagespauschalen (Tageszählung ohne Entlassungs-/ Verlegungstag und ohne vollständige Urlaubstage, jedoch mindestens 1 Tag, d.h. Tageszählung gemäss SwissDRG-Falldefinition)
- c) Nichtpflichtonorare
- d) Implantate und Medikamente (nach Aufwand)
- e) Zuschläge für besondere Leistungen (z.B. Telefon / Radio / TV / Internet, private Porti, spezielle nicht medizinisch begründete Verpflegungswünsche sowie Mehrleistungen für weitere private Aufwendungen)
- f) Medikamente und Materialien, die bei Austritt mitgegeben werden

Die Tagespauschale deckt die Unterkunft im Mehrbettzimmer, spitalübliche Verpflegung, pflegerische Betreuung, alle ärztlichen und spitaltechnischen Diagnostik- und Therapieleistungen, benötigte Materialien und Medikamente während des Aufenthalts.

2.2 Ambulante Tarife

2.2.1 Pflichtleistungen

Für ambulante Abrechnungen gelten die Vereinbarungen mit den Versicherern. In der Regel werden Einzelleistungen oder Pauschalen verrechnet.

2.2.2 Nichtpflichtleistungen

Bei ambulanten Nichtpflichtleistungen kommen entweder Einzelleistungen oder Pauschalen zur Anwendung.

2.3 Kosten zulasten der Patienten / der Patientinnen

- a) Einweisungs- und Entlassungstransporte sowie Verlegungstransporte ohne medizinische Notwendigkeit in andere Spitäler, Kliniken, Heime, Transporte privater Natur und Beförderung privater Begleitpersonen
- b) Nichtpflichtleistungen
- c) Begleitpersonen (inkl. Säuglinge)
- d) Zuschläge für besondere Leistungen (z.B. Telefon / Radio / TV / Internet, private Porti, spezielle nicht medizinisch begründete Verpflegungswünsche sowie Mehrleistungen für weitere private Aufwendungen)
- e) Medikamente und Materialien, die bei Austritt mitgegeben werden
- f) Besondere Leistungen im Todesfall
- g) Speziell verlangte Gutachten und Autopsien;

2.4 Zahlungsfrist und Mahnwesen, Verfügung

Die Rechnung ist innert 30 Tagen zu begleichen, sofern nicht eine abweichende Zahlungsfrist vereinbart worden ist.

Nach Ablauf dieser Frist werden ein Verzugszins von 5 Prozent und der Ersatz der Selbstkosten für die Zahlungsaufforderung verrechnet, sofern keine andere Vereinbarung vorliegt.

2.5 Zuschlag für Administration

Besteht zwischen dem Kantonsspital Aarau und dem Garanten keine vertragliche Regelung, behält sich das Spital vor, einen Zuschlag für den administrativen Zusatzaufwand in Rechnung zu stellen.

3 Vollzugsbeginn

3.1 Gültigkeit

Diese Taxordnung wird ab 1. Januar 2024 angewendet.

Für die Geschäftsleitung

Daniel Lüscher
CEO a.i.

Martin Banaszak
CFO a.i.

4 Anhang 1 / Preisübersicht stationäre Tarife

4.1 Grundversicherte Personen

Fallpauschale nach SwissDRG	Baserate (CW 1.0)
Personen, welche in den Geltungsbereich des KVG fallen	CHF 10'050*
Personen, welche in den Geltungsbereich des UVG / MVG / IVG fallen	CHF 10'048
Personen, welche nicht in den Geltungsbereich eines der erwähnten Gesetze fallen	CHF 12'000

* vom Kanton verfügbarer Arbeitstarif ab 2024, dieser Tarif ist unter Vorbehalt gültig

4.2 Zusatzversicherte Personen

Zusätzlich zur Fallpauschale nach SwissDRG werden bei den Zusatzversicherten Personen Leistungen für Hotellerie und Krankenpflege sowie Arztleistungen gemäss vertraglichen Vereinbarungen mit den Versicherern in Rechnung gestellt.

4.3 Grundversicherte Personen oder Selbstzahler Ausland mit Wunsch Klassenwechsel VVG versicherte Personen mit Versicherung ohne vertragl. Vereinbarung mit dem KSA

Individuelles Upgrade für mehr Hotelleriekomfort inkl. freier Arztwahl.

Bezeichnung der Leistung	Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht ²	Ärztliche Leistungen Baserate (CW 1.0) ¹
Allgemein versichert / nicht in der CH versichert		
Halbprivat versichert (2-Bett-Zimmer)	CHF 450	CHF 4'200
Privat versichert (1-Bett-Zimmer)	CHF 550	CHF 5'200
Halbprivat versichert		
Privat versichert (1-Bett-Zimmer)	CHF 100	CHF 1'000

¹ max. anwendbarer CW 5.0

² Tageszahlung ohne Entlassungs- / Verlegungstag und ohne vollständige Urlaubstage, jedoch mindestens 1 Tag, d.h. Tageszahlung gemäss SwissDRG-Falldefinition.

4.4 Grundversicherte Personen od. Selbstzahler Ausland mit Wunsch Hospitality-Komfort

Individuelles Upgrade für mehr Zimmerkomfort.

Bezeichnung der Leistung	Preis pro Nacht ²
Allgemein versichert	
Hospitality-Komfort 2-Bett-Zimmer	CHF 250
Hospitality-Komfort 1-Bett-Zimmer	CHF 350
Halbprivat versichert	
Hospitality-Komfort 1-Bett-Zimmer	CHF 100

4.5 Selbstzahler Nichtpflichtleistung

Die daraus entstehenden Kosten sind, abzüglich der durch Versicherer abgegoltenen Anteile, von der Leistung beziehenden Person zu tragen.

Bezeichnung der Leistung	Preis in CHF
Grundmodul pro Spitaleintritt ²	CHF 1'150
Pauschale pro Tag ³	CHF 1'150
Nichtpflichthonorare Arzt / Ärztin	Nach Aufwand
Implantate / teure Medikamente	Nach Aufwand
Klassenwechsel Halbprivat / Privat ⁴	Punkt 4.3
Hospitality-Komfort	Punkt 4.4

² Tageszählung ohne Entlassungs- / Verlegungstag und ohne vollständige Urlaubstage, jedoch mindestens 1 Tag, d.h. Tageszählung gemäss SwissDRG-Falldefinition.

³ Fallzählung: Jeder Eintritt wird gezählt, auch jeder Wiedereintritt. Es erfolgt keine Anwendung der SwissDRG Wiedereintrittsregelung.

⁴ Klassenwechsel Halbprivat/Privat = zzgl. Hotellerie und Krankenpflege pro Nacht. Arztleistungen in Nichtpflichthonoraren Arzt / Ärztin enthalten.

5 Anhang 2 / Preisübersicht ambulante Tarife

Der jeweilige nationale Tarif wird mit dem Taxpunktwert multipliziert.

Tarif	Patientenkategorie - Taxpunktwert in CHF			
	A KVG	B MTK	C	D
TARMED	0.91*	1.00	1.50	1.50
Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen 1) ohne Dentotar 2) Dentotar 3) SSO und santésuisse	3.10	1.00	1.00 ¹⁾ 1.15 ²⁾ 5.55 ³⁾	1.00 ¹⁾ 1.15 ²⁾ 5.55 ³⁾
Laborleistungen	1.00	1.00	1.50	1.50
Physiotherapeutische Leistungen	1.03*	0.95	1.50	1.50
Ergotherapeutische Leistungen	1.10*	1.10	1.50	1.50
Logopädische Leistungen 4) HSK 5) alle übrigen	1.08 ⁴⁾ 1.10 ⁵⁾	1.00	1.50	1.50
Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00	1.00	1.50	1.50
Stomaberatung und –behandlung	0.89	1.00	1.50	1.50
Hebammenleistungen	1.10	1.00	1.50	1.50
Neuropsychologische Leistungen 6) CSS 7) tarifsuisse ag, HSK	1.00 ⁶⁾ offen ⁷⁾	1.00	1.50	1.50
Leistungen Psychologische Psychotherapie	2.58	1.00 Tarmed	2.58	2.58

* vom Kanton verfügbarer Arbeitstarif ab 2024, dieser Tarif ist unter Vorbehalt gültig

Kategorie	
A	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen
B	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen
C	Personen in der Schweiz wohnhaft, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen.
D	Personen im Ausland wohnhaft, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen

6 Anhang 3 / Besondere Leistungen

6.1 Begleitpersonen

Das Angebot für die Beherbergung von Begleitpersonen richtet sich nach der Verfügbarkeit freier Spitalbetten bzw. der personellen Kapazität der Mitarbeitenden. Es besteht kein Anspruch auf Unterbringung einer Begleitperson.

Das jeweils zuständige Aufnahmebüro erteilt Auskunft über die Möglichkeiten einer Unterbringung von Begleitpersonen.

Ein allfällig notwendiges Zimmer-Upgrade ist separat geschuldet. Die Verpflegung wird separat in Rechnung gestellt und dem Patienten / der Patientin verrechnet.

Ein entsprechendes Anmeldeformular kann auf der zuständigen Station angefordert werden.

	Begleitpersonen	Bezeichnung der Leistung	*Preis pro Tag
A	Elternteil als Begleitperson des Kindes - Aufenthalt in der Klinik für Kinder und Jugendliche		
	Kind ist allgemein versichert	Bett für Elternteil, Etagedusche/-WC	**70.00
	Kind ist halbprivat versichert	Bett für Elternteil, Etagedusche/-WC	**50.00
B	Erwachsene Begleitperson (selbstständig)		
	Die Begleitpersonen haben keinen Anspruch auf hospitality-Leistungen (z.B. Unterbringung auf Privatbettenstationen, Gastgebende und sonstige Zusatzleistungen)		
	Person ist allgemein oder halbprivat versichert - im 1-Bettzimmer	Unterbringung im selben Zimmer wie zu behandelnde Person	75.00
	Person ist allgemein oder halbprivat versichert - im 2-Bettzimmer	Unterbringung im selben Zimmer wie zu behandelnde Person	195.00
	Person ist privat versichert - im 1- oder 2-Bettzimmer	Unterbringung im selben Zimmer wie zu behandelnde Person	75.00
C	Kind als Begleitperson (Säugling/Kleinkind) - Aufenthalt in entsprechender Klinik (Elternteil und Kind)		
	Person ist allgemein, halbprivat oder privat versichert	Bei Bedarf Unterstützung durch Pflege, Benutzung von Kinderbett, Kleider, Milchpumpen, Wickelunterlagen, Nahrung	50.00
D	Unterstützungsbedürftige Begleitperson (keine Pflegefälle)		
	Person ist allgemein, halbprivat oder privat versichert (Kein Zuschlag für ein allfällig notwendiges Zimmer-Upgrade geschuldet)	Tagespauschale und Unterstützung Pflege, Unterbringung im selben Zimmer wie zu behandelnde Person	650.00

* Tageszahlung ohne Entlassungs- / Verlegungstag und ohne vollständige Urlaubstage, jedoch mindestens 1 Tag, d.h. Tageszahlung gemäss SwissDRG-Falldefinition.

** inklusive eines allfällig notwendigen Zimmerupgrades. Dieses ist nicht separat geschuldet.

6.2 Versäumte Termine

Abmeldungen oder Terminverschiebungen sind spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin beim entsprechenden Arztdienst oder Sekretariat vorzunehmen.

Eine versäumte Behandlung oder unentschuldigte Sitzung wird mit mind. CHF 100.00 plus allfällige für die Behandlung speziell vorbereitete Medikamente, Schienen usw. in Rechnung gestellt.

Bei verpassten Operationsterminen behält sich das Kantonsspital Aarau vor, die erbrachte Leistung (Operationsteam und Infrastruktur) in Rechnung zu stellen.

Die entstandenen Kosten werden dem Patienten / der Patientin direkt in Rechnung gestellt.