



Taxordnung

Gültig ab 1. Januar 2017
(aktualisiert am 25.1.17)

Allgemeiner Hinweis:

Zugunsten der besseren Lesbarkeit verwenden wir in der Taxordnung ausschliesslich die männliche Form. Damit sind sämtliche Personen, unabhängig des Geschlechts, bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Bestimmungen	4
Art. 1	Geltungsbereich	4
Art. 2	Abgrenzung stationäre und ambulante Aufenthalte	4
Art. 3	Genereller Hinweis zum stationären Aufenthalt	4
Art. 4	Angaben zu SwissDRG	5
Art. 5	Zimmerkomfort oder Arztwahl im stationären Bereich.....	5
Art. 6	Ökonomische Aufklärung bei Nichtpflichteingriffen	5
Art. 7	Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag und Vertretung bei medizinischen Massnahmen	6
Art. 8	Kostenvorschuss / Anzahlung	6
Art. 9	Kostengutsprache / Eintrittsmeldung	7
Art. 10	Anwendbarer Tarif	7
Art. 11	Begleitpersonen	7
Art. 12	Ausserkantonale Behandlungen	8
Art. 13	Rechnungsstellung	8
II	Finanzielles	9
Art. 14	Stationäre Tarife	9
14.1	Pflichtleistungen / Allgemeine Abteilung	9
14.2	Halbprivate oder Private Abteilung	10
14.3	Nichtpflichtleistungen / Allgemeine Abteilung	10
Art. 15	Ambulante Tarife	11
15.1	Pflichtleistungen.....	11
15.2	Nichtpflichtleistungen.....	11
Art. 16	Kosten zulasten der Patienten	11
Art. 17	Zahlungsfrist und Mahnwesen, Verfügung	11
Art. 18	Zuschlag für Administration	11
Art. 19	Fachstelle für Austrittsorganisation und sozialrechtliche Beratung	12
III	Vollzugsbeginn	12
Art. 20	Gültigkeit	12
Anhang 1 / Preisübersicht stationäre Tarife		13
1	Baserate (SwissDRG-Pauschale) gem. Art. 14.1	13
2	Zuschläge für Halbprivat gemäss Art. 14.2.....	13
3	Zuschläge für Privat gemäss Art. 14.2.....	14
4	Nichtpflichtleistungen gem. Art. 14.3	14
5	Zimmerkomfort oder freie Arztwahl im stationären Bereich gem. Art. 5	15
Anhang 2 / Preisübersicht ambulante Tarife		16
6	TARMED-Leistungen.....	16
7	Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen.....	16

8	Laborleistungen	17
9	Physiotherapeutische Leistungen	17
10	Ergotherapeutische Leistungen	17
11	Logopädische Leistungen	18
12	Ernährungs- und Diabetesberatung	18
13	Medikamente	18
14	Dialyse	19
15	Stomaberatung und -behandlung	19
16	Hebammenleistungen	19
17	Neuropsychologische Leistungen	20
Anhang 3 / Besondere Leistungen		21
18	Rechtsmedizin / Autopsien / Verkehrsmedizin	21
19	Rettungsdienst	21
20	Begleitpersonen	22
21	Versäumte Termine	23



Taxordnung der Kantonsspital Aarau AG vom 1. Januar 2017

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

I Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

Diese Taxordnung regelt die Abgeltung des Spitalaufenthaltes bzw. einer Behandlung für Patienten des Kantonsspitals Aarau. Der Patient oder der Versicherer kann sich mit der vorliegenden Taxordnung über die administrativen Regelungen und finanziellen Konsequenzen einer medizinischen Behandlung orientieren.

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.

Art. 2 Abgrenzung stationäre und ambulante Aufenthalte

Für die Abgrenzung zwischen der stationären und ambulanten Behandlung gilt die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheimen in der Krankenversicherung (VKL¹), welche durch den Bundesrat verabschiedet wurde.

Als stationärer Patient gilt:

- a) wer sich länger als 24 Stunden im Spital aufhält;
- b) wer sich weniger als 24 Stunden jedoch über Mitternacht (00.00 Uhr) im Spital aufhält und während der Nacht ein Bett belegt;
- c) wer im Spital stirbt;
- d) wer in ein anderes Spital verlegt wird.

Die übrigen Patienten gelten als ambulante Patienten.

Art. 3 Genereller Hinweis zum stationären Aufenthalt

Am 1.1.2012 wurde schweizweit ein einheitliches Tarifsysteem – SwissDRG – für stationäre Spitalleistungen in der Grundversicherung eingeführt. Detailinformationen können dem Art. 4 entnommen werden.

Stationäre grundversicherte Patienten werden durch einen von der Klinikleitung beauftragten Arzt behandelt und in einem Mehrbettzimmer betreut und gepflegt.

Patienten, welche eine Zusatzversicherung Halbprivat oder Privat bei einer Kranken- oder Unfallversicherung abgeschlossen haben, können die freie Arztwahl (Behandlung durch einen Chefarzt oder einen Leitenden Arzt) beanspruchen. Zudem stehen für die Betreuung und Pflege Zweibettzimmer (Halbprivatversicherte) sowie Einbettzimmer (Privatversicherte) zur Verfügung, wenn nicht betriebliche Gründe die Betreuung in einem Mehrbettzimmer bedingen.

¹ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheimen in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002

Art. 4 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. 14 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.

Art. 5 Zimmerkomfort oder Arztwahl im stationären Bereich

Patienten der allgemeinen Abteilung oder halbprivat versicherte Patienten können auf Wunsch und im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten gegen Aufpreis und Vorauszahlung (siehe auch Art. 8)

- a) in einem Einbett- oder Zweibettzimmer untergebracht werden (Modul Komfortzimmerwahl);
- b) die freie Arztwahl in Anspruch nehmen (Modul freie Arztwahl)

Die daraus entstehenden Kosten sind - abzüglich der durch Versicherer abgeholzten Anteile - vom Patienten zu tragen.

Die Angebote a) und b) dieses Artikels können auch kombiniert werden.

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.

Art. 6 Ökonomische Aufklärung bei Nichtpflichteingriffen

Der behandelnde Arzt oder andere Mitarbeitende des Spitals klären den Patienten vor einem Nichtpflichteingriff oder einer Behandlung, welche nicht von einer Versicherung übernommen wird, über die ungefähren Kosten auf. Der Patient nimmt damit zur Kenntnis, dass die Kostenangabe aufgrund der bekannten Ausgangslage des Gesundheitszustands erstellt wurde und auf dieser Grundlage verbindlich ist.

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



Art. 7 Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag und Vertretung bei medizinischen Massnahmen

Patientenverfügung: Mit der Patientenverfügung können Patienten im Hinblick auf eine allfällige Urteilsunfähigkeit schriftlich festlegen, welche Massnahmen sie wünschen bzw. ablehnen und wer bei medizinischen Entscheidungen vertretungsberechtigt ist.

Es gibt zahlreiche vorgedruckte Patientenverfügungen, z.B. jene der FMH, die gemeinsam mit der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erarbeitet wurde. Die vorgedruckte Patientenverfügung kann auf die persönlichen Bedürfnisse angepasst werden. Die Patientenverfügung muss datiert und unterzeichnet werden, damit sie gültig wird.

Auf der Versichertenkarte kann der Patient durch seinen Hausarzt einen Hinweis speichern lassen, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird. Die Patientenverfügung kann auch z.B. beim Familiengericht, bei einer Vertrauensperson oder einer Organisation hinterlegt werden.

Wichtig: Die Patientenverfügung ist bei Spitaleintritt mitzubringen und beim Patientenempfang abzugeben, damit im Falle einer eintretenden Urteilsunfähigkeit entsprechend dieser Verfügung medizinisch behandelt wird. Auch Änderungen der Patientenverfügungen sind dem Patientenempfang in der neusten Fassung jeweils auszuhändigen.

Vorsorgeauftrag: Mit dem Vorsorgeauftrag wird das Selbstbestimmungsrecht für den Fall gewahrt, dass der Patient die Urteilsfähigkeit verliert. Dabei können natürliche oder juristische Personen beauftragt werden, sich um die persönlichen oder finanziellen Belange zu kümmern. Ein Vorsorgeauftrag muss vom Patienten handschriftlich aufgesetzt und unterzeichnet oder notariell beglaubigt werden.

Vertretung bei medizinischen Massnahmen von Gesetzes wegen: Wenn ein Patient urteilsunfähig wird und medizinisch behandelt werden muss, jedoch kein Vorsorgeauftrag, keine Patientenverfügung und keine Beistandschaft besteht, müssen die behandelnden Ärzte die Vertretung bei medizinischen Massnahmen von Gesetzes wegen beiziehen, um diese über bevorstehende medizinische Behandlungen zu orientieren und deren Zustimmung einzuholen. Als Vertretung gelten Ehegatten oder eingetragene Partner, Konkubinatspartner, Personen die im gleichen Haushalt leben, Nachkommen, Eltern oder Geschwister (in dieser Reihenfolge), sofern diese Personen engen Kontakt mit dem Patienten pflegen und persönlichen Beistand leisten.

Art. 8 Kostenvorschuss / Anzahlung

In folgenden Fällen wird ein Kostenvorschuss verlangt:

- Sofern keine oder nur eine ungenügende Versicherungsgarantie eines Versicherers vorliegt (bei Patienten, die im Ausland wohnhaft sind, richtet sich die Höhe der Anzahlung nach der mutmasslichen Höhe der Behandlungskosten).
- Für Leistungen, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz keine Pflichtleistungen darstellen.
- Bei Patienten, welche einen Zimmer-Upgrade oder die freie Arztwahl gem. Art. 5 wünschen.

In gewissen Fällen können in gegenseitigem Einvernehmen Akontozahlungen vereinbart werden.



Art. 9 Kostengutsprache / Eintrittsmeldung

Stationäre Patienten

Das Kantonsspital Aarau stellt dem Versicherer vor dem geplanten stationären Eintritt ein Kostengutsprachegesuch zu. In medizinischen Notfällen erfolgt die Zustellung spätestens am zweiten Arbeitstag nach dem Eintritt.

Wird keine Kostengutsprache beigebracht, wird eine entsprechende Anzahlung des Patienten fällig. Lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Behandlung ab, wird der Patient als Selbstzahler betrachtet.

Ambulante Patienten

Falls bei ambulanten Behandlungen die Kostenübernahmepflicht unklar ist, behält sich das Kantonsspital Aarau vor, eine Kostengutsprache zu verlangen.

Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird der Patient als Selbstzahler betrachtet und ein Kostenvorschuss/Anzahlung eingefordert.

Art. 10 Anwendbarer Tarif

Für die Höhe des Tarifs massgebend sind:

- die Behandlungsart (ambulant / stationär);
- der steuerliche Wohnsitz des Patienten (kantonal / ausserkantonal / Ausland);
- die Zuteilung der Leistung (Pflichtleistung / Nichtpflichtleistung);
- der Garant (Versicherer / Selbstzahler);
- gewünschte Aufenthaltsklasse (stationär: allgemein / halbprivat / privat).

Bei Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz werden die Tarife für Patienten wohnhaft ausserhalb des Kantons Aargau angewendet. Bei Patienten ohne Wohnsitz und ohne Versicherung in der Schweiz werden die Tarife für im Ausland lebende Personen angewendet.

Betreffend der freien Spitalwahl verweisen wir auf folgende Information auf unserer Webseite: <http://www.ksa.ch/1440/1880/1932/5109.asp>.

Art. 11 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.



Art. 12 Ausserkantonale Behandlungen

Bei ausserkantonalen Hospitalisierungen bezahlen die Grundversicherung und der Kanton unter Umständen lediglich nur jene Kosten, die bei gleicher Behandlung im Wohnkanton anfallen würden. Dies gilt im Speziellen, wenn das Kantonsspital Aarau keinen Leistungsauftrag des Wohnkantons hat oder wenn der Wohnkanton vor dem Spitalaufenthalt keine Kostengutsprache für die Behandlung abgibt. Kostet eine solche Wahlbehandlung im Kantonsspital Aarau mehr als im Wohnkanton, muss die Kostendifferenz von der Zusatzversicherung oder vom Patienten selbst übernommen werden. Es entstehen also mögliche Restkosten.

Wir empfehlen deshalb, bei einer ausserkantonalen Behandlung und bei fehlender Zusatzversicherung für die ganze Schweiz bei der Krankenversicherung frühzeitig entsprechende Abklärungen vorzunehmen.

Behandlungen von Nichtkantonseinwohnern gemäss KVG Art. 41 Abs. 2 und 3 werden mit den jeweils gültigen Kostenteiler des Wohnkantons verrechnet.

Art. 13 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 Patienten oder sonst 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 Patient 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).

Der Patient kann auf Wunsch eine Kopie der Rechnung, welche an den Versicherer versendet wurde, verlangen. Das Kantonsspital Aarau stellt in einem solchen Fall die Rechnungskopien unentgeltlich zu.



II **Finanzielles**

Art. 14 Stationäre Tarife

14.1 Pflichtleistungen / Allgemeine Abteilung

Der Versicherer vergütet dem Spital die Kosten für seine Leistungen auf der Basis von Pauschalen und Regeln nach dem Tarifsysteem 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) Zuschläge für besondere Leistungen (z.B. Telefon / Radio / TV / Internet, private Porti, spezielle nicht medizinisch begründete Verpflegungswünsche sowie Mehrleistungen für weitere private Aufwendungen des Patienten);
- e) Medikamente und Materialien, die dem Patienten bei Austritt mitgegeben werden;
- f) Speziell verlangte Gutachten und Autopsien;
- g) Besondere Leistungen im Todesfall;
- h) Generelle Nichtpflichtleistungen.

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 eines Patienten ergibt sich aus Kostengewicht SwissDRG des Falles x Baserate.

Da die Baserate vom Kanton noch nicht definitiv in Kraft gesetzt wurde, ist diese Preisangabe in der Taxordnung nur unter Vorbehalt gültig.



14.2 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) Grundmodul (wobei jeder Eintritt gezählt wird, auch jeder Wiedereintritt. D.h. es erfolgt keine Anwendung der SwissDRG Wiedereintrittsregelung);
- b) Honorare für Halbprivat- und Privatbehandlung (nach Aufwand);
- c) Zimmerzuschlag Zwei- oder Einbettzimmer (Tageszählung ohne Entlassungs-/ Verlegungstag und ohne vollständige Urlaubstage, jedoch mindestens 1 Tag, d.h. Tageszählung gemäss SwissDRG-Falldefinition).

14.3 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 gezählt 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 teure 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 des Patienten);
- f) Medikamente und Materialien, die dem Patienten mitgegeben werden;
- g) Generelle Nichtpflichtleistungen.

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.



Art. 15 Ambulante Tarife

15.1 Pflichtleistungen

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

15.2 Nichtpflichtleistungen

Bei ambulanten Nichtpflichtleistungen kommen entweder Einzelleistungen oder Pauschalen zur Anwendung. Zusätzlich werden einige Leistungen via Honorare verrechnet.

Bei Nichtpflichtleistungen, welche im Rahmen einer bestehenden Behandlung erfolgen - sogenannte Mischfälle - richtet sich die Höhe des massgebenden Taxpunktwertes nach dem bestehenden Patientenfall. Bei reinen Nichtpflichtfällen wird der Taxpunktwert KVG verrechnet.

Art. 16 Kosten zulasten der Patienten

Der Patient trägt die Kosten für:

- 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.

Art. 17 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.

Art. 18 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.



Art. 19 Fachstelle für Austrittsorganisation und sozialrechtliche Beratung

Die Fachstelle steht allen Patienten beratend, unterstützend und vermittelnd zur Seite, wenn es um die Austrittsplanung und/oder die Lösung sozialer Probleme im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand geht. Die Abteilung arbeitet eng mit dem Pflege- und Arztdienst zusammen und entlastet diese Dienste in ihrem Bestreben, unnötig lange Spitalaufenthalte zu vermeiden. Die Problemlösung orientiert sich grundsätzlich an den medizinischen Erfordernissen, definiert durch den behandelnden Arzt, den Patientenwünschen und am Leistungskatalog der Fachstelle, unter Berücksichtigung der gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie der Patientenressourcen.

Die Zusammenarbeit mit der Fachstelle beruht auf Freiwilligkeit. Kommt es zu keiner einvernehmlichen Lösung, sind die Patienten für die Lösung der mit der Spitalbehandlung einhergehenden sozialen Probleme selbst verantwortlich. Bei nicht urteilsfähigen Patienten kommt das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht zur Anwendung.

III Vollzugsbeginn

Art. 20 Gültigkeit

Diese Taxordnung wird ab 1. Januar 2017 angewendet.

Für die Geschäftsleitung

Dr. med. Robert Rhiner, MPH
CEO

Thomas Fischer
Finanzen + Controlling /
Mitglied der Geschäftsleitung

Anhang 1 / Preisübersicht stationäre Tarife

1 Baserate (SwissDRG-Pauschale) gem. Art. 14.1

1.1	Patientenkategorie	Baserate (Basis 100%) in CHF
1.11	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen	9'700
1.12	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	9'894
1.13	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	12'000

2 Zuschläge für Halbprivat gemäss Art. 14.2

Als Zuschlag zum Tarif nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (OKP).

	Bezeichnung des Moduls	Preis in CHF
2.1	Grundmodul pro Spitaleintritt ¹	1'650
2.2	Modul pro Tag ²	175
2.3	Arzthonorar gemäss Honorarliste	Nach Aufwand



3 Zuschläge für Privat gemäss Art. 14.2

Als Zuschlag zum Tarif nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (OKP).

	Bezeichnung des Moduls	Preis in CHF
3.1	Grundmodul pro Spitaleintritt ¹	1'950
3.2	Modul pro Tag ²	295
3.3	Arzthonorar gemäss Honorarliste	Nach Aufwand

¹ Fallzählung: Jeder Eintritt wird gezählt, auch jeder Wiedereintritt. Es erfolgt keine Anwendung der SwissDRG Wiedereintrittsregelung.

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

4 Nichtpflichtleistungen gem. Art. 14.3

Die daraus entstehenden Kosten sind - abzüglich der durch Versicherer abgegoltenen Anteile - vom Patienten zu tragen.

	Bezeichnung der Leistung	Preis in CHF
4.1	Grundmodul pro Spitaleintritt ¹	1'150
4.2	Pauschale pro Tag ²	1'150
4.3	Nichtpflicht honorare	Nach Aufwand
4.4	Implantate / teure Medikamente	Nach Aufwand

¹ Fallzählung: Jeder Eintritt wird gezählt, auch jeder Wiedereintritt. Es erfolgt keine Anwendung der SwissDRG Wiedereintrittsregelung.

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

5 Zimmerkomfort oder freie Arztwahl im stationären Bereich gem. Art. 5

Als Zuschlag zum Tarif nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (OKP) bzw. zum Tarif für Nichtpflichtleistungen.

Die daraus entstehenden Kosten sind – da es sich um Nichtpflichtleistungen handelt - vom Patienten zu tragen.

	Bezeichnung der Leistung	Preis in CHF
5.1	Honorare freie Arztwahl	Nach Aufwand
5.2	Allgemein versicherter Patient mit Benutzung Zweibettzimmer pro Tag ²	175
5.3	Allgemein versicherter Patient mit Benutzung Einbettzimmer pro Tag ²	295
5.4	Halbprivat versicherter Patient mit Benutzung Einbettzimmer pro Tag ²	120

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



Anhang 2 / Preisübersicht ambulante Tarife

6 TARMED-Leistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
6.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen	0.89
6.2	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.00
6.3	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

Da der Taxpunktwert unter Ziff. 6.1 vom Kanton noch nicht genehmigt wurde, ist diese Preisangabe in der Taxordnung unter Vorbehalt gültig.

7 Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
7.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	3.10
7.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	3.10
7.3	Zahntechnische Leistungen	gemäss Vertrag zwischen der SSO und santésuisse zum Taxpunktwert von 5.55



8 Laborleistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
8.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.00
8.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

9 Physiotherapeutische Leistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
9.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen	1.03
9.2	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	0.95
9.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

Da der Taxpunktwert unter Ziff. 9.1 vom Kanton noch nicht genehmigt wurde, ist diese Preisangabe in der Taxordnung unter Vorbehalt gültig.

10 Ergotherapeutische Leistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
10.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.10
10.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

Da der Taxpunktwert unter Ziff. 10.1 vom Kanton noch nicht genehmigt wurde, ist diese Preisangabe in der Taxordnung unter Vorbehalt gültig.



11 Logopädische Leistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
11.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen - HSK-Versicherer - Alle übrigen Versicherer	1.04 1.10
11.2	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.00
11.3	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

Da die Taxpunktwerte unter Ziff. 11.1 vom Kanton noch nicht festgesetzt bzw. genehmigt wurden, sind diese Preisangaben in der Taxordnung unter Vorbehalt gültig.

12 Ernährungs- und Diabetesberatung

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
12.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.00
12.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

13 Medikamente

	Patientenkategorie	Preis in CHF
13.1	Alle Garanten	Preise gem. der Spezialitätenliste und Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) des Bundesamtes für Sozialversicherungen



14 Dialyse

	Patientenkategorie	Preis in CHF
14.1	Alle Garanten	Gemäss den jeweils gültigen Verträgen über Dialysebehandlungen

15 Stomaberatung und -behandlung

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
15.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen	0.89
15.2	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.00
15.3	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich eines der oben erwähnten Gesetze fallen	1.50

16 Hebammenleistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
16.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) fallen	1.10
16.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich des oben erwähnten Gesetzes fallen	1.50

17 Neuropsychologische Leistungen

Der jeweilige nationale Tarif wird mit den aufgeführten Umrechnungssätzen multipliziert.

	Patientenkategorie	Umrechnung in CHF
17.1	Versicherte Personen, welche in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG) oder Militärversicherung (MVG) fallen	1.00
17.2	Patienten, welche nicht in den Geltungsbereich des oben erwähnten Gesetzes fallen	1.50

Anhang 3 / Besondere Leistungen

18 Rechtsmedizin / Autopsien / Verkehrsmedizin

18.1	Alle Garanten	Gemäss gültigen Tarifen des Instituts für Rechtsmedizin am Kantonsspital Aarau
------	---------------	--

19 Rettungsdienst

	Transport-Bezeichnung	Preis in CHF
19.1	Primäreinsatz D1: Notfalleinsatz; vitale Bedrohung des Lebens ist anzunehmen oder nicht auszuschliessen; Ausrückzeit höchstens 3 Minuten; Fahrt mit Sondersignal. Grundtaxe D1 für die erste Stunde zusätzliche Zeit pro 15 Minuten	702 130
19.2	Primäreinsatz D2: Notfalleinsatz; vitale Bedrohung des Lebens ist ausgeschlossen; Ausrückzeit höchstens 10 Minuten; Fahrt ohne Sondersignal. Grundtaxe D2 für die erste Stunde zusätzliche Zeit pro 15 Minuten	632 130
19.3	Primäreinsatz D3: Nicht dringlicher Transport von der Arztpraxis ins Spital bzw. vom Aufenthaltsort des Patienten ins Spital; Abholzeit wird vereinbart; Fahrt ohne Sondersignal. Grundtaxe D2 für die erste Stunde zusätzliche Zeit pro 15 Minuten	492 130
19.4	Sekundäreinsatz V1: Kranken- oder Verlegungstransporte von Patienten mit medizinisch stabilen Gesundheitszustand vom Spital in ein anderes Spital, in ein Pflegeheim oder in einen Privathaushalt. Grundtaxe V1 (ohne zeitliche Befristung) Wegenschädigung pro km	480 5
19.5	Sekundäreinsatz V2: Kranken- oder Verlegungstransporte von Patienten mit medizinisch instabilem Gesundheitszustand vom Spital in ein anderes Spital, in ein Pflegeheim oder in einen Privathaushalt. Grundtaxe V2 (ohne zeitliche Befristung) Wegenschädigung pro km	765 5

Alters- oder Pflegeheime und Arztpraxen gelten als Primäreinsatzorte.

Aufgrund des laufenden Festsetzungsverfahrens und da die Preise unter Art. 19 vom Kanton als Übergangstarif in Kraft gesetzt wurden, ist diese Preisangabe in der Taxordnung nur unter Vorbehalt gültig.

20 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.

Die Verpflegung wird separat in Rechnung gestellt und dem Patienten verrechnet.

Ein entsprechendes Anmeldeformular kann auf der zuständigen Station angefordert werden.

	Beschreibung	Bezeichnung der Leistung	*Preis pro Tag in CHF
A	Elternteil als Begleitperson des Kindes – Aufenthalt in der Klinik für Kinder und Jugendliche		
	Patient ist allgemein versichert	Bett für Elternteil, Etagedusche/-WC	70.00
	Patient ist halbprivat versichert	Bett für Elternteil, Etagedusche/-WC	50.00
B	Erwachsene Begleitperson (selbständig)		
	Die Begleitpersonen haben keinen Anspruch auf hospitality-Leistungen (z.B. Unterbringung auf Privatbettenstationen, Gastgeberinnen und sonstige Zusatzleistungen)		
	Patient ist allgemein versichert	Unterbringung im selben Zimmer	370.00
	Patient ist halbprivat versichert	Unterbringung im selben Zimmer	195.00
	Patient ist privat versichert	Unterbringung im selben Zimmer	20.00
C	Kind als Begleitperson (Säugling/Kleinkind) – Aufenthalt in entsprechender Klinik (Mutter und Kind)		
	Ein Neugeborenes (ein Kind nach der Geburt bis zum Alter von 4 Wochen), welches die kranke/verunfallte Mutter begleitet, wird als separater Fall geführt und an den Krankenversicherer abgerechnet. Hier entfällt die untenstehende Abgeltung.		
	Patient ist allgemein, halbprivat oder privat versichert	Inkl. einer eventuellen Unterstützung durch Pflege je nach Bedarf (Pflege und Benützung von Kinderbett, Kleider, Milchpumpen, Wickelunterlagen, Nahrung)	50.00
	+ Zuschlag, wenn separates Zimmer belegt werden muss (Störung anderer Patienten)	1- oder 2-Bettzimmer	175.00
D	Unterstützungsbedürftige Begleitperson bei einem Patienten (keine Pflegefälle)		
	Patient ist allgemein, halbprivat oder privat versichert	Tagespauschale und Unterstützung Pflege - Unterbringung im selben Zimmer	650.00
E	Kinderschutz-Fälle (Abrechnung an Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde)		
	Unabhängig des Versicherungsstatus	Tagespauschale	650.00

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

21 Versäumte Termine

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

Eine versäumte Behandlung oder unentschuldigte Sitzung wird mit CHF 50 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 in Rechnung gestellt.