

Taxordnung über Leistungen und Gebühren der Schulthess Klinik (Taxordnung KWS)

(Stand 01.01.2025)

A. Allgemeine Bestimmungen	
Präambel	Auf Grundlage der nationalen Gesetzgebung gemäss dem Krankenversicherungsgesetz KVG, den eidgenössischen Sozialversicherungsgesetzen UVG/IVG/MVG sowie des Spitalgesetzes des Kantons Zürich, erlässt die Schulthess Klinik diese Taxordnung. Dies ist die zweite Version.
Geltungsbereich	<p>§ 1.</p> <p>¹ Die Taxordnung regelt die Leistungsverrechnung der Schulthess Klinik für die medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten aller Herkunft und für alle Fachbereiche.</p> <p>² Die Schulthess Klinik (KWS) kann mit vom Bund anerkannten Krankenversicherern und anderen Versicherungsgesellschaften, wie auch mit übrigen Dritten besondere Verträge abschliessen, die von dieser Taxordnung abweichen.</p>
Patientinnen und Patienten	<p>§ 2.</p> <p>¹ Patientinnen und Patienten im Sinne dieser Taxordnung sind Personen, die in der KWS behandelt werden.</p> <p>² Als Behandlung gelten alle medizinischen, pflegerischen und betreuenden Massnahmen zur Untersuchung, Behandlung und Therapie.</p>
Patientengruppen	<p>§ 3.</p> <p>¹ Die Patientinnen und Patienten können nach ihrem zivilrechtlichen Wohnsitz (Steuerort) wie folgt unterschieden werden:</p> <p>a. Patientinnen und Patienten sind Personen, die ihren zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton Zürich haben oder die wirtschaftliche Hilfe gemäss dem Sozialhilfegesetz beanspruchen können;</p> <p>b. Patientinnen und Patienten sind Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in anderen Kantonen. Diesen gleichgestellt sind Personen aus EU/EFTA im Geltungsbereich von Art. 95a KVG. Die Gleichstellung erfolgt nur für die in der genannten Bestimmung vorgesehenen Leistungen und nur so weit, als sie im Anwendungsbereich dieser Taxordnung liegen;</p> <p>c. Ausländische Patientinnen und Patienten sind Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Ausland, die nicht unter lit. b Satz 2 fallen (aus dem Nicht-EU/EFTA-Raum).</p> <p>² Massgebend ist der zivilrechtliche Wohnsitz zu Beginn der ambulanten Behandlung oder des stationären Aufenthaltes im Spital.</p>

B. Leistungskategorien	
Behandlungsart	<p>§ 4.</p> <p>¹ Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt ambulant oder stationär. Die Unterscheidung erfolgt grundsätzlich nach der für die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Regelung.</p> <p>² 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 (VKL), welche durch den Bundesrat verabschiedet wurde.</p> <p>Als stationäre Patientin und Patient gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Wer sich länger als 24 Stunden 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 anders Spital verlegt wird. <p>Die übrigen Patientinnen und Patienten gelten als ambulante Patientinnen und Patienten.</p>
Ambulante Behandlung	<p>§ 5.</p> <p>Bei ambulanter Behandlung erbringt die KWS Leistungen nach den Standards der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p>
Stationäre Behandlung a. allgemein	<p>§ 6.</p> <p>¹ Bei allgemein Versicherten erbringt die KWS Leistungen nach den Standards der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² In der allgemeinen Versichertenklasse bestimmt die zur Verfügung gestellte Infrastruktur sowie Zeitpunkt und Ablauf der Behandlung im Rahmen der Vorschriften der Gesundheits- und Patientengesetzgebung. Die Patientinnen und Patienten haben insbesondere keinen Anspruch auf Arzt- und Zimmerwahl.</p>

b. halbprivat und privat	<p>§ 7.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Für die halbprivate und private Behandlung bietet die KWS den Patientinnen und Patienten Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung, der Behandlung oder im administrativen Bereich an. ² Patientinnen und Patienten mit der halbprivaten Liegeklasse haben in der Regel Anspruch auf: <ol style="list-style-type: none"> a. Unterbringung in einem Zweibettzimmer; b. Behandlung durch die zuständige Kaderärztin oder Kaderarzt (Leitende/r Ärztin/Arzt, ggf. Chefarzt oder eine andere/n Fachärztin/Facharzt mit entsprechender Berechtigung); ³ Patientinnen und Patienten mit einer privaten Behandlung haben in der Regel Anspruch auf: <ol style="list-style-type: none"> a. Unterbringung in einem Einbettzimmer; b. Behandlung durch die zuständige Kaderärztin oder Kaderarzt (Chefärztin/Chefarzt oder Leitende/r Ärztin/Arzt oder eine Stellvertretung mit entsprechender Berechtigung). ⁴ Differenzierung Halbprivat und Privat gemäss Broschüre "Unsere Leistungen".
Weitere Leistungen	<p>§ 8.</p> <p>In den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung können weitere Leistungen angeboten werden.</p>

C. Festlegung der Taxen	
Ambulante Behandlung	<p>§ 9.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Für ambulante Behandlungen verrechnet die KWS ihre Leistungen nach folgenden Regelwerken: <ol style="list-style-type: none"> a. TARMED für die darin definierten Leistungen, weitere vom Bundesrat genehmigte Regelwerke, insbesondere solche für Physio-, Ergotherapie; b. Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände. ² Es kommen die im Bereich der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung geltenden Taxpunkte und Taxpunktwerte zur Anwendung. ³ Für Behandlungen von schweizerischen und ausländischen Patientinnen und Patienten gemäss § 3 Abs. 1 lit. b und c können auf den Taxen Zuschläge nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen erfolgen. ⁴ Bei ausländischen Patientinnen und Patienten gemäss § 3 Abs. 1 lit. c wird eine Vorauszahlung verlangt, welche bis fünf Arbeitstage im Voraus auf ein Konto der Schulthess Klinik überwiesen werden muss.

<p>Stationäre Behandlung</p>	<p>§ 10.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Für stationäre Behandlungen werden in der Regel Pauschalen verrechnet. Es gelten die administrativen Regeln und Vorgaben der SwissDRG AG und die gemäss den Verträgen mit den Versicherern vereinbarten Pauschalen und Preise. ² Bei Behandlungen, deren Kosten wesentlich von den durchschnittlichen Fallkosten abweichen, können ganz oder teilweise Einzelleistungen nach den Regeln und Grundsätzen von §8 verrechnet oder Spezialpauschalen festgelegt werden. ³ Bei Nichtpflichtleistungen sowie bei Personen ohne zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz und ohne Versicherungsschutz nach schweizerischem Recht, können Kostenvoranschläge erstellt werden. In diesen Fällen wird eine Vorauszahlung in der Höhe des Kostenvoranschlags verlangt und muss bis fünf Arbeitstage im Voraus auf ein Konto der Schulthess Klinik überwiesen werden. Es gelten jeweils die Taxordnung, die Abrechnungsregeln und Preise des Kalenderjahres, in dem der Austritt stattgefunden hat.
<p>Selbstzahler und Nichtpflichtleistungen</p>	<p>§ 11.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kanton Zürich, welche nur eine Versicherungsdeckung für den zivilrechtlichen Wohnkanton vorweisen können, müssen in der Regel Differenzbeträge zu den Tarifen des Wohnkantons vollständig selbst tragen. ² Leistungen, für die keine anerkannten Tarife bestehen, die nicht als Pflichtleistung gemäss KVG, IVG, UVG, MVG gelten und in dieser Taxordnung nicht speziell geregelt sind, werden zu marktwirtschaftlichen Preisen fakturiert. Dies gilt auch für individuell verlangte Zusatz- und Mehrleistungen aller Patientinnen und Patienten sowie für Wahlbehandlungen bei Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland. ³ Das Spital erstellt auf Anfrage hin bei fehlenden Tarifen oder bei Selbstzahlern für die geplanten Behandlungen einen Kostenvoranschlag. Der Rechnungsbetrag am Ende des Aufenthaltes kann vom Kostenvoranschlag abweichen. ⁴ Ist die Kostensicherung im Vorfeld nicht geklärt worden oder eine ungenügende Versicherungsdeckung der Patientin oder des Patienten war nicht bekannt, trägt die Patientin oder der Patient das Kostenrisiko vollständig. ⁵ Neue Leistungen bedürfen der Genehmigung der Spitaldirektion.

Separat verrechnete Leistungen	<p>§ 12.</p> <p>Soweit die Verträge mit den Versicherern nichts Abweichendes vorsehen, werden ausserhalb der Tarife folgende Leistungen separat den Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. nicht medizinisch indizierte Transporte; b. Medikamente, Mittel und Gegenstände, die zum Gebrauch nach Austritt abgegeben werden; c. individuell verlangte Mehrleistungen für Komfort, Hotellerie und freie Arztwahl; d. externe Dolmetscherdienste; e. Ärztliche Gutachten und Berichte für externe Stellen; f. Auslagen für persönliche Bedürfnisse nach Übereinkunft; g. Kosten für Sachbeschädigungen; h. Todesfallkosten.
Besondere Patientengruppen / Rooming-In	<p>§ 13.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Die KWS erhebt kostendeckende Taxen für Personen, die Patientinnen oder Patienten begleiten. ² Rooming-in bei Kindern bis zum vollendeten elften Lebensjahr ist möglich, sofern es die Platzverhältnisse zulassen. ³ Begleitperson ist nur möglich, sofern die Patientin oder der Patient eine private Versicherungsdeckung aufweist oder ein Upgrade in Anspruch nimmt und es die Platzverhältnisse zulassen.
Upgrade	<p>§ 14.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Ein Upgrade erfolgt auf Anfrage. ² Beim Übertritt einer Patientin oder eines Patienten in die Privatabteilung verrechnet die KWS die für diese Leistungskategorie geltenden Taxen in der Regel vom Eintrittstag an. ³ Ein Klassenwechsel während des Aufenthaltes ist nur für die gesamte Aufenthaltsdauer möglich.
Versäumte Termine	<p>§ 15.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Die KWS verrechnet versäumte Termine im ambulanten Bereich, wenn sich die Patientin oder der Patient nicht mindestens 24 Stunden vorher abgemeldet hat. ² Es wird ein Pauschalbetrag + allfällige für die Behandlung speziell vorbereitete Medikamente und Materialien in Rechnung gestellt. ³ Bei verpassten Operationsterminen behält sich die KWS vor, die erbrachten Leistungen (z.B. Operationsteam, Infrastruktur, etc.) in Rechnung zu stellen.

D. Taxen																																														
Baserate DRG (Basispreis der obligatorischen Versicherung)	<p>§ 16. ¹ Stationäre Spitalleistungen, die als Pflichtleistungen im Rahmen der bundesrechtlichen Sozialversicherung nach KVG / UVG / IVG / MVG erbracht werden, werden nach den mit den Versicherern vereinbarten bzw. von der zuständigen Behörde festgelegten Tarifen abgerechnet.</p>																																													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: left; background-color: #f2f2f2;">Stationäre Taxen Versicherer KVG in CHF</th> </tr> <tr> <th colspan="5" style="text-align: left; background-color: #f2f2f2;">Versicherer Ausland gemäss Abkommen/Verträge in CHF</th> </tr> <tr> <th colspan="5" style="text-align: left;">Baserate Akutspital, Normalfall und Wahleingriffe</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">2025</th> <th style="width: 15%;">HSK</th> <th style="width: 15%;">tarifsuisse</th> <th style="width: 15%;">CSS</th> <th style="width: 15%;">EU/EFTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>9'900.00</td> <td>9'750.00*</td> <td>Offen</td> <td>*auf Anfrage</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: left; background-color: #f2f2f2;">Stationäre Taxen Eidgenössische Sozialversicherung, mit Vertrag UVG, IVG, MVG in CHF</th> </tr> <tr> <th colspan="5" style="text-align: left;">Baserate Akutspital, alle Fälle/nicht erwähnte Fälle = vertraglos, nur mit KoGu möglich</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">2025</th> <th style="width: 15%;">UVG</th> <th style="width: 15%;">MVG</th> <th style="width: 15%;">IVG</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>9'999.00</td> <td>9'999.00</td> <td>9'999.00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*Provisorischer Tarif aufgrund laufenden Verhandlungs- oder Festsetzungsverfahren. Es ist mit rückwirkenden Korrekturen zu rechnen.</p>	Stationäre Taxen Versicherer KVG in CHF					Versicherer Ausland gemäss Abkommen/Verträge in CHF					Baserate Akutspital, Normalfall und Wahleingriffe					2025	HSK	tarifsuisse	CSS	EU/EFTA		9'900.00	9'750.00*	Offen	*auf Anfrage	Stationäre Taxen Eidgenössische Sozialversicherung, mit Vertrag UVG, IVG, MVG in CHF					Baserate Akutspital, alle Fälle/nicht erwähnte Fälle = vertraglos, nur mit KoGu möglich					2025	UVG	MVG	IVG			9'999.00	9'999.00	9'999.00	
Stationäre Taxen Versicherer KVG in CHF																																														
Versicherer Ausland gemäss Abkommen/Verträge in CHF																																														
Baserate Akutspital, Normalfall und Wahleingriffe																																														
2025	HSK	tarifsuisse	CSS	EU/EFTA																																										
	9'900.00	9'750.00*	Offen	*auf Anfrage																																										
Stationäre Taxen Eidgenössische Sozialversicherung, mit Vertrag UVG, IVG, MVG in CHF																																														
Baserate Akutspital, alle Fälle/nicht erwähnte Fälle = vertraglos, nur mit KoGu möglich																																														
2025	UVG	MVG	IVG																																											
	9'999.00	9'999.00	9'999.00																																											
	<p>² Für Leistungen, die ausserhalb der genannten bundesrechtlichen Sozialversicherungen erbracht werden, gilt der erstellte Kostenvoranschlag. Dies gilt insbesondere für ausländische Patientinnen und Patienten gemäss § 3 Abs. 1 lit. c.</p> <p>³ Die Rechnung wird in den Fällen der Ziffer 2 direkt an die behandelte Person gesendet.</p>																																													
Taxen der Halbprivat- und Privatabteilung	<p>Für Versicherungen mit VVG-Vertrag gelten die vereinbarten Tarife. Für alle anderen ohne Vertrag gilt die folgende Taxordnung:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; background-color: #f2f2f2;">Taxordnung in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz)</th> </tr> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Halbprivat</th> <th style="width: 20%;">Privat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hotellerie- und Spitalmehrleistungen (pro Nacht)</td> <td>700.00</td> <td>1'000.00</td> </tr> <tr> <td>Ärztliche Mehrleistungen (Baserate)</td> <td>6'000.00</td> <td>9'000.00</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; background-color: #f2f2f2;">EU/EFTA in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im EU/EFTA-Raum)</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Halbprivat</td> <td style="text-align: center;">Privat</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">*auf Anfrage</td> <td style="text-align: center;">*auf Anfrage</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; background-color: #f2f2f2;">Ausland in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Nicht-EU/EFTA-Raum)</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Privat</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">*auf Anfrage</td> </tr> </tbody> </table>	Taxordnung in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz)				Halbprivat	Privat	Hotellerie- und Spitalmehrleistungen (pro Nacht)	700.00	1'000.00	Ärztliche Mehrleistungen (Baserate)	6'000.00	9'000.00	EU/EFTA in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im EU/EFTA-Raum)				Halbprivat	Privat		*auf Anfrage	*auf Anfrage	Ausland in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Nicht-EU/EFTA-Raum)					Privat			*auf Anfrage															
Taxordnung in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz)																																														
	Halbprivat	Privat																																												
Hotellerie- und Spitalmehrleistungen (pro Nacht)	700.00	1'000.00																																												
Ärztliche Mehrleistungen (Baserate)	6'000.00	9'000.00																																												
EU/EFTA in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im EU/EFTA-Raum)																																														
	Halbprivat	Privat																																												
	*auf Anfrage	*auf Anfrage																																												
Ausland in CHF (Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Nicht-EU/EFTA-Raum)																																														
		Privat																																												
		*auf Anfrage																																												

Upgrade	Liegeklasse in CHF*		
			Selbstzahler
	Upgrade für Allgemeinversicherte auf Privat		*Upgrade auf Anfrage
	Upgrade für Halbprivatversicherte auf Privat		*Upgrade auf Anfrage

Taxen für ambulante Leistungen und diverse Dienstleistungen	Ambulante Taxen Versicherer KVG in CHF			
	Versicherer Ausland gemäss Abkommen/Verträge in CHF			
		HSK	tarifsuisse	CSS
	TARMED	0.93	0.89*	0.93
	Physiotherapie	1.11	1.08*	1.08
	Ergotherapie	1.10	1.08*	1.10
	Labor	1.00	1.00	1.00
	Ambulante Taxen Eidg. Sozialversicherung UVG, IVG, MVG			
		CHF		
	TARMED	1.00		
	Physiotherapie	0.95		
	Ergotherapie	1.10		
	Labor	1.00		
	Ambulante Taxen für Selbstzahler Schweiz			
		CHF		
	Arztkosten nach TARMED, pro Taxpunkt	0.93		
	Physiotherapie, pro Taxpunkt	1.11		
	Ergotherapie, pro Taxpunkt	1.10		
	Labor, pro Taxpunkt	1.00		
	Ambulante Taxen für EU/ EFTA und Ausland			
	CHF			
Arztkosten nach TARMED, pro Taxpunkt	*auf Anfrage			
Physiotherapie, pro Taxpunkt	*auf Anfrage			
Ergotherapie, pro Taxpunkt	*auf Anfrage			
Labor, pro Taxpunkt	*auf Anfrage			
Versäumte ambulante Termine				
	CHF			
Physiotherapie	60.00			
Für versäumte ambulante Sprechstundentermine können Gebühren erhoben werden.	nach Aufwand			
*Provisorischer Taxpunktwert aufgrund laufenden Verhandlungs- oder Festsetzungsverfahren. Es ist mit rückwirkenden Korrekturen zu rechnen.				

	E. Verschiedene Bestimmungen
Taxverträge	§ 17. ¹ Die Klinik kann mit Versicherern, Amtsstellen und anderen Taxgaranten Verträge abschliessen, in denen von dieser Taxordnung abgewichen wird. ² Die Verträge bedürfen der Genehmigung durch die Spitaldirektion.
Inkrafttreten	§ 18. Diese Taxordnung tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.