

Klinik Barmelweid AG

Taxordnung

gültig ab 1. Januar 2026



Inhaltsverzeichnis

Artikel	Thema	Seite
	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	
Art. 1	Geltungsbereich	3
Art. 2	Abweichende Regelungen	3
Art. 3	Patientinnen und Patienten	3
Art. 4	Wohnsitz	3
Art. 5	Behandlungsart	3
Art. 6	Vollkostenrechnung	3
	LEISTUNGSKATEGORIEN	
Art. 7	Ambulante Behandlung	4
Art. 8	Stationäre Behandlung Allgemeine Pflegeklasse	4
Art. 9	Stationäre Behandlung Halbprivate und Private Pflegeklasse	4
Art. 10	Zimmerkategorie	5
Art. 11	Ausserkantonale Behandlungen	5
Art. 12	Weitere Leistungskategorien	5
Art. 13	Anzahlung / Vorauszahlung	5
	FESTLEGUNG DER TAXEN	
Art. 14	Ambulante Behandlung	6
Art. 15	Stationäre Behandlung	6
Art. 16	Zusatztaxen	6
Art. 17	Ärztliche Honorare	6
Art. 18	Sonderleistungen	7
Art. 19	Begleitpersonen von Patientinnen und Patienten	7
Art. 20	Ein- und Austrittstag	7
Art. 21	Pflegeklassenwechsel	7
Art. 22	Verzug	7
	AUFNAHME VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN	
Art. 23	Grundsatz	8
Art. 24	Aufnahmeformalitäten	8
	ALLGEMEINE HINWEISE	
Art. 25	Anwendbarer Tarif	9
Art. 26	Rechnungsstellung	9
Art. 27	Verrechnung und Zahlung	9
Art. 28	Zuschlag für Administration	10
Art. 29	Sozialdienst	10
	SCHLUSSBESTIMMUNGEN	
Art. 30	Genehmigung	10
Art. 31	Inkraftsetzung und aufgehobenes Recht	10
	ANHÄNGE	
Anhang 1	Steuern für stationäre Behandlung und ambulante Taxpunktswerte	11 - 17
Anhang 2	Sonderleistungen	18
Anhang 3	Abkürzungen	19

Allgemeine Bestimmungen

	Art. 1
Geltungsbereich	Die Klinik Barmelweid AG - nachfolgend Klinik genannt - erhebt unter Berücksichtigung des kantonalen Leistungsauftrags Preise für Leistungen nach dieser Taxordnung.
	Art. 2
Abweichende Regelungen	Vorbehalten bleiben Regelungen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherungs- gesetzgebung des Bundes, Verträge mit Versicherern und anderen Garanten sowie Verein- barungen mit anderen Kantonen.
	Art. 3
Patientinnen/Patienten	Patientinnen und Patienten im Sinne dieser Taxordnung sind Personen, welche sich in der Klinik behandeln lassen. Als Behandlung gelten alle medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Massnahmen zur Untersuchung, Behandlung und Therapie.
	Art. 4
Wohnsitz	Zur Anwendung des Tarifs werden unterschieden: a) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder üb- rige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Kran- kenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind; b) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind; c) Patientinnen und Patienten, die nicht unter lit. a) oder b) fallen.
	Art. 5
Behandlungsart	Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt stationär oder ambulant. Die Zuord- nung richtet sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheimen in der Kranken- versicherung (VKL), welche durch den Bundesrat verabschiedet wurde.
	Art. 6
Vollkostenrechnung	Als Vollkostenrechnung im Sinne dieser Taxordnung gilt eine Kostenrechnung mit folgen- den Elementen: a) Betriebskosten, bestehend aus dem Personalaufwand und dem Sachaufwand inkl. Kapitalkosten. b) Investitionskosten, Verzinsung und Amortisation. c) Kosten für Aus-/Weiterbildung (keine GWL).

Leistungskategorien

	Art. 7
Ambulante Behandlung	<p>Bei ambulanter Behandlung erbringt die Klinik Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen. Für Leistungen ausserhalb der entsprechenden Gesetze können abweichende Preise vereinbart werden, soweit keine Tarifschutzbestimmungen vorgehen.</p> <p>Eine Kostengutsprache kann verlangt werden. Wird die Kostengutsprache nicht rechtzeitig beigebracht oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Kosten ab, wird die Patientin/der Patient als Selbstzahler/Selbstzahlerin betrachtet.</p> <p>In der Regel werden Einzelleistungen oder Pauschalen verrechnet.</p>
	Art. 8
Stationäre Behandlung Allgemeine Pflegeklasse	<p>In der allgemeinen Pflegeklasse erbringt die Klinik Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Klinik stellt Zimmer inklusive Pflege zur Verfügung und legt den Zeitpunkt und Ablauf der Behandlung im Rahmen der Vorschriften der Gesundheits- und Patientengesetzgebung fest. Die Patientinnen und Patienten werden von einer/einem durch die Klinik beauftragten Ärztin/Arzt behandelt.</p> <p>Die Aufnahme kann in der Regel nur erfolgen, wenn vor dem Eintritt eine gültige und vollständige Kostengutsprache der Versicherung, bzw. des Wohnkantons, vorliegt. Lehnt der Kostenträger nachträglich die Übernahme ab, wird die Patientin bzw. der Patient als Selbstzahlerin/Selbstzahler betrachtet.</p> <p>In der Regel werden Fall- oder Tagespauschalen verrechnet.</p>
	Art. 9
Stationäre Behandlung Halbprivate und Private Pflegeklasse	<p>In der Halbprivaten und Privaten Pflegeklasse bietet die Klinik den Patientinnen und Patienten zusätzliche Mehr- und Zusatzleistungen an.</p>
	<p>Patientinnen und Patienten mit einer Halbprivatversicherung haben in der Regel Anspruch auf:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Unterbringung in einem Zweibettzimmerb) Radio und TVc) Mehrleistungen der Hotelleried) Behandlung durch die Leitende Ärztin/den Leitenden Arzt bzw. deren Stellvertretung <p>Patientinnen und Patienten mit einer Privatversicherung haben zusätzlich zu den Halbprivat-Leistungen in der Regel Anspruch auf:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Unterbringung in einem Einbettzimmerc) Zusätzliche Leistungen der Hotelleried) Behandlung durch die Chefärztin/den Chefarzt bzw. die Leitende Ärztin/den Leitenden Arzt oder deren Stellvertretung

Zimmerkategorie	<p>Art. 10</p> <p>Die Klinik Barmelweid bietet Zwei- und Einbettzimmer an, wobei einige Zwei- und Einbettzimmer für halbprivat- bzw. privatversicherte Patientinnen und Patienten reserviert sind.</p> <p>Im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und ohne rechtlichen Anspruch können tiefer versicherte Patientinnen und Patienten gegen einen Aufpreis auch Einbettzimmer belegen. Dafür wird ein täglicher Zuschlag, welcher im <i>Anhang 1</i> geregelt ist, verrechnet. Da die Leistung in der Regel nicht von der Versicherung übernommen wird, verlangen wir eine entsprechende Vorauszahlung.</p> <p>Muss aus Kapazitätsgründen bereits beim Eintritt eine höhere Zimmerkategorie zugeteilt werden, ohne dass die Patientin/der Patient dies ausdrücklich wünscht, besteht kein Anrecht, die Zimmerkategorie für die ganze Aufenthaltsdauer zu behalten. Wünscht die Patientin/der Patient in diesen Fällen nachträglich in der von ihr/ihm belegten Kategorie zu bleiben, wird der Zuschlag gemäss <i>Anhang 1</i> ab dem Eintrittstag verrechnet.</p> <p>Durch die Bezahlung des Zuschlags kommt die Patientin bzw. der Patient in den Genuss der vorstehenden Mehr- und Zusatzleistungen (exklusive freie Arztwahl).</p>
Ausserkantonale Behandlungen	<p>Art. 11</p> <p>Bei ausserkantonalen Hospitalisierungen übernehmen die Grundversicherung und der Kanton unter Umständen nur einen Teil der Kosten. In diesem Fall muss die Kostendifferenz von der Zusatzversicherung oder der Patientin/dem Patienten selbst übernommen werden.</p>
Weitere Leistungskategorien	<p>Art. 12</p> <p>Die Klinik kann weitere Zusatzleistungen anbieten. Die Taxberechnung richtet sich nach den Grundsätzen dieser Taxordnung.</p>
Anzahlung / Vorauszahlung	<p>Art. 13</p> <p>In folgenden Fällen wird eine Anzahlung verlangt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sofern keine oder nur eine ungenügende Versicherungsgarantie eines Versicherers vorliegt, b) für Leistungen, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz keine Pflichtleistungen darstellen, c) bei Patientinnen und Patienten, welche einen Zimmer-Upgrade wünschen.

Festlegung der Taxen

Art. 14

Ambulante Behandlung

Bei ambulanten Behandlungen kommen folgende gesamtschweizerischen Tarife zur Anwendung:

- a) TARDOC (ambulanter ärztlicher Einzelleistungstarif)
- b) Ambulante Pauschalen (ambulanter ärztlicher Pauschaltarif)
- c) Physio- und Ergotherapie, Logopädie, psychologische Psychotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung sowie nichtärztliche Beratungs- und Pflegeleistungen
- d) Analysenliste, Spezialitätenliste, Mittel- und Gegenständeliste

Die durch die Klinik im Zusammenhang mit einer Behandlung in Auftrag gegebenen externen Leistungen (z.B. Labor) werden durch die Erbringer direkt in Rechnung gestellt.

Von diesen Regelwerken nicht erfasste Leistungen werden wie jene Leistungen verrechnet, denen sie nach Anforderungen und Aufwand am nächsten kommen.

Weiter werden für Leistungen, die über die entsprechende Sozialversicherung hinausgehen oder für die keine Tarifschutzbestimmungen gelten, die Tarife so festgelegt, dass die Vollkosten im Sinne von Art. 6 gedeckt sind.

Beruhend auf einem Taxpunktsystem, so kommen die für den jeweiligen Geltungsbereich gültigen Taxpunktwerte der Krankenversicherung, Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung zur Anwendung.

Art. 15

Stationäre Behandlung

Bei stationärer Behandlung kommen folgende gesamtschweizerischen Tarife zur Anwendung:

- a) TARPSY (Psychiatrie)
- b) SwissDRG (Akutsomatik)
- c) ST Reha (Rehabilitation)

Die Taxen sind im *Anhang 1* festgehalten.

Für abweichende Behandlungsgebiete der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und für Nichtpflichtleistungen legt die Klinik die Tarife so fest, dass die Vollkosten im Sinne von *Artikel 6* gedeckt sind.

Art. 16

Zusatztaxen

Für die Zusatz- bzw. Mehrleistungen gemäss *Artikel 9*, ausgenommen die Behandlung durch honorarberechtigte Ärztinnen/Ärzte, erhebt die Klinik Zusatztaxen (Hotellerie- und Pflagetaxen). Diese werden nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt und sind im *Anhang 1* aufgeführt.

Art. 17

Ärztliche Mehrleistungen

Bei stationären Patientinnen und Patienten der Halbprivaten und Privaten Pflegeklasse gemäss *Artikel 9* werden die Mehrleistungen der behandelnden Kader-Ärztinnen/Ärzte verrechnet. Die Leistungen werden mittels Pauschalen gemäss *Anhang 1* in Rechnung gestellt.

Sonderleistungen	<p>Art. 18</p> <p>Sonderleistungen, wie Transporte oder Berichte und Gutachten sowie Leistungen für die Erfüllung persönlicher Bedürfnisse der Patientin/des Patienten, werden gemäss <i>Anhang 2</i> separat in Rechnung gestellt, sofern sie nicht Bestandteil der Tarife sind.</p>
Begleitpersonen von Patienten	<p>Art. 19</p> <p>Für den Aufenthalt von Begleitpersonen der spitalbedürftigen Patientinnen und Patienten im Klinikzimmer legt die Klinik besondere Taxen fest.</p> <p>Es besteht weiter die Möglichkeit, ein Gästezimmer zu den Konditionen der Barmelweid Gruppe AG zu belegen.</p>
Ein- und Austrittstag	<p>Art. 20</p> <p>Bei den Tarifen ST Reha (Rehabilitation), TARPSY (Psychiatrie) und SwissDRG (Akut-somatik) gelten die entsprechenden nationalen Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung.</p>
Pflegeklassenwechsel	<p>Art. 21</p> <p>Klassenwechsel sind im Einvernehmen mit der Klinik gestattet. Beim Übertritt einer Patientin/eines Patienten vom Allgemein- in den Privat- oder Halbprivatstatus oder umgekehrt, verrechnet die Klinik die für die neue Leistungskategorie geltenden Taxen ab dem Wechseltag.</p>
Verzug / versäumte Behandlung	<p>Art. 22</p> <p>Tritt eine Patientin/ein Patient unabgemeldet die vereinbarte stationäre Behandlung nicht termingerecht an, so verrechnet die Klinik die Taxen für die reservierte Kategorie für höchstens 3 Tage.</p> <p>Bei ambulanten Behandlungen sind Abmeldungen oder Terminverschiebungen spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin bei der entsprechenden Ärztin/beim entsprechenden Arzt oder Sekretariat vorzunehmen. Eine versäumte Behandlung wird mit CHF 50 bis 150 plus allfällige für die Behandlung speziell vorbereitete Medikamente in Rechnung gestellt.</p> <p>Die Leistungen für nicht abgemeldete Termine und Behandlungen werden direkt der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt.</p>

Aufnahme von Patientinnen und Patienten

Art. 23

Grundsatz

Die Einweisung erfolgt in der Regel über die Hausärztin/den Hausarzt oder durch eine andere Institution des Gesundheitswesens.

Art. 24

Aufnahmeformalitäten**Kostengutsprache**

Die stationäre Aufnahme kann in der Regel nur erfolgen, wenn vor dem Eintritt eine gültige und vollständige Kostengutsprache der Versicherung bzw. bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zusätzlich des Wohnkantons vorliegt.

Aufnahme

Bei Eintritt werden folgende Unterlagen von der Patientin/vom Patienten benötigt:

- a) Personalausweis oder gleichwertiges Dokument
- b) gültige Versicherungskarte
- c) vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Eintrittserklärung

Werden diese Unterlagen bei der Aufnahme nicht vorgelegt oder nicht innert 3 Arbeitstagen nachgereicht, kann die Klinik vorsorglich eine unverzinsliche Zahlung im Umfang des mutmasslichen Rechnungsbetrages verlangen. Die Kosten für den Aufwand der Klinik in obigem Zusammenhang werden den Patientinnen und Patienten nach *Artikel 1* in Rechnung gestellt.

Allgemeine Hinweise**Art. 25****Anwendbarer Tarif**

Für die Höhe des Tarifs massgebend sind:

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

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

Art. 26**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 Patientinnen und Patienten oder sonst Zahlungspflichtigen (z.B. Sozialdienste) in Rechnung gestellt.

Der Tiers payant kommt nicht zur Anwendung, wenn die Patientin/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 die Klinik im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens darüber.

Das System des Tiers payant gilt bei stationären Fällen ebenfalls 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 oder Vorbehalte bestehen.

Bei Fallpauschalen (ST Reha, TARPSY und SwissDRG) gelten jeweils die Abrechnungsregeln und Preise des Kalenderjahres, in dem der Spitalaustritt erfolgt.

Die inhaltlichen Anforderungen an die Rechnungsstellung richten sich nach der vom Bundesrat erlassenen Verordnung unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen.

Eine Kopie der Rechnung, welche an die Grund- sowie Zusatzversicherung versendet wurde, wird den Patientinnen und Patienten unentgeltlich zugestellt.

Art. 27**Verrechnung und Zahlung**

Die Klinik erstellt spätestens nach Entlassung der Patientin/des Patienten sowie allenfalls per 31. Dezember Rechnung für die bezogenen Leistungen. Bei längeren Aufenthalten können auch Zwischenrechnungen erstellt werden.

Die Rechnung kann innerhalb der Zahlungsfrist beanstandet werden, ansonsten gelten die Forderungen als anerkannt und rechtskräftig. Der nicht beanstandete Teil einer Rechnung erwächst in Rechtskraft und wird gemäss den Bestimmungen dieser Taxordnung beglichen.

Die Zahlungsfrist beträgt 30 Tage ab Rechnungsdatum. Ab der 1. Mahnung kann eine Mahngebühr von CHF 20.- und ein Verzugszins gemäss OR von 5 % erhoben werden. Die Verrechnung mit Gegenforderungen wird wegbedungen.

Art. 28

Zuschlag für Administration

Besteht zwischen der Klinik und dem Garanten keine vertragliche Regelung, behält sich die Klinik vor, einen Zuschlag für den administrativen Zusatzaufwand in Rechnung zu stellen.

Art. 29

Sozialdienst

Die Fachstelle steht allen Patientinnen und Patienten beratend, unterstützend und vermittelnd zur Seite, wenn es um die Austrittsplanung und/oder die Lösung sozialer Probleme im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand geht.

Schlussbestimmungen**Art. 30**

Genehmigung

Die Taxordnung wurde durch den Verwaltungsrat genehmigt. Die von den Sozialversicherungen zu zahlende Tarife und Preise müssen jeweils von den entsprechenden Genehmigungsbehörden (Bund/Kanton) genehmigt werden.

Art. 31Inkraftsetzung und
aufgehobenes Recht

Diese Taxordnung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Mit ihrem Inkrafttreten sind alle ihr widersprechenden Bestimmungen aufgehoben, insbesondere die bisherige Taxordnung.

Genehmigung durch den Verwaltungsrat der Klinik Barmelweid AG:

Barmelweid, 12. November 2025

Präsident: Dr. Daniel Heller



Mitglied: Dr. med. Serge Reichlin



Anhang 1a
Stationäre Behandlung Rehabilitation

Nachstehende Taxen verstehen sich als Basispreise, jedoch ohne Leistungen für persönliche Bedürfnisse, welche nach Aufwand verrechnet werden. Zuschläge „Hotellerie und Pflege“ gelten als Tagestaxen (kein Nachtzensus).

Abweichende vertragliche Vereinbarungen mit einzelnen Versicherern sind möglich.

Basispreis = Tagesumrechnungswert für ein Kostengewicht von 1.0

[Effektiver Fallpreis = Kostengewicht pro Tag der entsprechenden Rehabilitativen Kosten-
gruppe (RCG) x Verweildauer x Basispreis]

	Bestimmungen gemäss Taxordnung Art. 4, 8, 9, 15, 16, 17, 20	Preis in CHF
Allgemeine Pflegeklasse	<p>a) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.</p> <p>Basispreis</p>	720.-
	<p>b) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.</p> <p>Basispreis gemäss separater Kostengutsprache</p>	
	<p>c) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. a) oder b) dieser Bestimmung versichert sind.</p> <p>Es gelten die Preise gemäss vorstehender Aufstellung lit. a)</p> <p>+ Zuschlag Hotellerie und Pflege</p>	<p>pro Tag</p> <p>300.-</p>

Halbprivate Pflegeklasse Zweibettzimmer

- d) **Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.**
- Es gelten die Preise gemäss vorstehender Aufstellung lit. a)
- + VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag 400.-
- e) **Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.**
- Basispreis gemäss separater Kostengutsprache
- + VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag 400.-
- f) **Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. d) oder e) dieser Bestimmung versichert sind oder falls keine vertragliche Vereinbarung mit der Klinik besteht.**
- Es gelten die Preise gemäss vorstehender Aufstellung lit. a)
- + VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag 500.-

Private Pflegeklasse Einbettzimmer

- g) **Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.**
- Es gelten die Preise gemäss vorstehender Aufstellung lit. a)
- + VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag 550.-
- h) **Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.**
- Basispreis gemäss separater Kostengutsprache
- + VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag 550.-
- i) **Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. g) oder h) dieser Bestimmung versichert sind oder falls keine vertragliche Vereinbarung mit der Klinik besteht.**
- Es gelten die Preise gemäss vorstehender Aufstellung lit. a)
- + VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag 650.-

Zimmerzuschlag Allgemeine Pflegeklasse

- j) **Zuschlag für Einbettzimmer (ohne freie Arztwahl) pro Tag 300.-**

Zimmerzuschlag Halbprivate Pflegeklasse

- k) **Zuschlag für Einbettzimmer (ohne freie Arztwahl) pro Tag 150.-**

Anhang 1b
Stationäre Behandlung Akutsomatik

Nachstehende Taxen verstehen sich als Fallpauschalen, jedoch ohne Leistungen für persönliche Bedürfnisse, welche nach Aufwand verrechnet werden. Zuschläge „Hotellerie und Pflege“ gelten als Tagestaxen (Nachtzensus), beim Zuschlag für die Nutzung eines Einbettzimmers gilt der Tageszensus.

Abweichende vertragliche Vereinbarungen mit einzelnen Versicherern sind möglich.

Baserate = SwissDRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0
[Effektiver Fallpreis = Kostengewicht (CW) x Baserate]

	Bestimmungen gemäss Taxordnung 4, 8, 9, 15, 16, 17, 20	Preis in CHF
Allgemeine Pflegeklasse	a) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind. Baserate	9'460.-
	b) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind. Baserate gemäss separater Kostengutsprache	
	c) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. a) oder b) dieser Bestimmung versichert sind. Baserate + Zuschlag Hotellerie und Pflege pro Nacht	9'460.- 300.-
Halbprivate Pflegeklasse Zweibettzimmer	d) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind. Baserate + VVG Hotellerie und Pflege pro Nacht + VVG Arzthonorare pauschal pro Fall	9'460.- 330.- 3'000.-
	e) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind. Baserate gemäss separater Kostengutsprache + VVG Hotellerie und Pflege pro Nacht + VVG Arzthonorare pauschal pro Fall	330.- 3'000.-

	f) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. d) oder e) dieser Bestimmung versichert sind oder <u>falls keine vertragliche Vereinbarung</u> mit der Klinik besteht.	
	Baserate	9'460.-
	+ VVG Hotellerie und Pflege pro Nacht	430.-
	+ VVG Arzthonorare pauschal pro Fall	4'000.-
Private Pflegeklasse Einbettzimmer	g) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.	
	Baserate	9'460.-
	+ VVG Hotellerie und Pflege pro Nacht	430.-
	+ VVG Arzthonorare pauschal pro Fall	4'000.-
	h) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.	
	Baserate gemäss separater Kostengutsprache	
	+ VVG Hotellerie und Pflege pro Nacht	430.-
	+ VVG Arzthonorare pauschal pro Fall	4'000.-
	i) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. g) oder h) dieser Bestimmung versichert sind oder <u>falls keine vertragliche Vereinbarung</u> mit der Klinik besteht.	
	Baserate	9'460.-
	+ VVG Hotellerie und Pflege pro Nacht	500.-
	+ VVG Arzthonorare pauschal pro Fall	5'000.-
Zimmerzuschlag Allgemeine Pflegeklasse	j) Zuschlag für Einbettzimmer (ohne freie Arztwahl) pro Tag	300.-
Zimmerzuschlag Halbprivate Pflegeklasse	k) Zuschlag für Einbettzimmer (ohne freie Arztwahl) pro Tag	150.-

Anhang 1c
Stationäre Behandlung Psychiatrie

Nachstehende Taxen verstehen sich als Basispreise, jedoch ohne Leistungen für persönliche Bedürfnisse, welche nach Aufwand verrechnet werden. Zuschläge „Hotellerie und Pflege“ gelten als Tagestaxen (kein Nachtzensus).

Abweichende vertragliche Vereinbarungen mit einzelnen Versicherern sind möglich.

Basispreis = Tagesumrechnungswert für ein Kostengewicht von 1.0
[Effektiver Fallpreis = Kostengewicht pro Tag der entsprechenden Psychiatrischen Kosten-
gruppe (PCG) x Verweildauer x Basispreis]

	Bestimmungen gemäss Taxordnung 4, 8, 9, 15, 16, 17, 20	Preis in CHF
Allgemeine Pflegeklasse	<p>a) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.</p> <p>Basispreis</p>	710.-
	<p>b) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.</p> <p>Basispreis gemäss separater Kostengutsprache</p>	
	<p>c) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. a) oder b) dieser Bestimmung versichert sind.</p> <p>Basispreis</p> <p>+ Zuschlag Hotellerie und Pflege pro Tag</p>	<p>710.-</p> <p>300.-</p>
Halbprivate Pflegeklasse Zweibettzimmer	<p>d) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind</p> <p>Basispreis</p> <p>+ VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag</p>	<p>710.-</p> <p>400.-</p>
	<p>e) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind</p> <p>Basispreis gemäss separater Kostengutsprache</p> <p>+ VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag</p>	<p></p> <p>400.-</p>

	f) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. d) oder e) dieser Bestimmung versichert sind oder <u>falls keine vertragliche Vereinbarung</u> mit der Klinik besteht.	
	Basispreis	710.-
	+ VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag	500.-
Private Pflegeklasse Einbettzimmer	g) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.	
	Basispreis	710.-
	+ VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag	550.-
	h) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.	
	Basispreis gemäss separater Kostengutsprache	
	+ VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag	550.-
	i) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. g) oder h) dieser Bestimmung versichert sind oder <u>falls keine vertragliche Vereinbarung</u> mit der Klinik besteht.	
	Basispreis	710.-
	+ VVG Hotellerie und Pflege sowie Mehrleistungen Arzt pro Tag	650.-
Zimmerzuschlag Allgemeine Pflegeklasse	l) Zuschlag für Einbettzimmer (ohne freie Arztwahl) pro Tag	300.-
Zimmerzuschlag Halbprivate Pflegeklasse	m) Zuschlag für Einbettzimmer (ohne freie Arztwahl) pro Tag	150.-

Anhang 1d**Ambulante Taxpunktwerte**

Nachstehende Preise verstehen sich als Umrechnungswerte für die Berechnung der ambulanten Abgeltung. Für Tarife, welche nicht aufgeführt sind, gelten die kantonal bzw. national gültigen Taxpunktwerte und Preise.

Abweichende vertragliche Vereinbarungen mit einzelnen Versicherern sind möglich.

Taxpunktwert = Umrechnungswert für einen Taxpunkt
[Effektiver Leistungspreis = TP x TPW]

Bestimmungen gemäss Taxordnung Art. 4, 7, 14

Preis in CHF

Taxpunktwerte

a) Patientinnen und Patienten mit steuerrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz oder übrige versicherungspflichtige Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 versichert sind.	
TARDOC / Amb. Pauschalen	0.92
Labor	1.00
Physiotherapie	1.07
Ergotherapie	1.10
Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00
Psychologische Psychotherapie	2.58
Tagesklinik Barmelweid (Tagespauschale)	178.-
Tagesklinik Baden (Tagespauschale)	200.-
b) Patientinnen und Patienten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 oder nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 versichert sind.	
TARDOC / Amb. Pauschalen	0.96
Labor	1.00
Physiotherapie	1.00
Ergotherapie	1.10
Ernährungs- und Diabetesberatung	1.00
Tagesklinik Barmelweid (Tagespauschale)	178.-
Tagesklinik Baden (Tagespauschale)	200.-
c) Übrige Patientinnen und Patienten, die nicht nach lit. a) oder b) dieser Bestimmung versichert sind.	
TARDOC / Amb. Pauschalen	1.50
Labor	1.50
Physiotherapie	1.50
Ergotherapie	1.50
Ernährungs- und Diabetesberatung	1.50
Psychologische Psychotherapie	3.00
Tagesklinik Barmelweid (Tagespauschale)	450.-
Tagesklinik Baden (Tagespauschale)	650.-

Anhang 2

Sonderleistungen

Diese Leistungen werden von den Versicherern in der Regel nicht übernommen und fallen zusätzlich zu den im *Anhang 1* genannten Kosten an. Die Liste ist nicht abschliessend.

Bestimmungen gemäss Taxordnung Art. 16

Nicht kassenpflichtige Leistungen	- Gemäss KVG nicht kassenpflichtige Leistungen
Krankentransportkosten	<ul style="list-style-type: none"> - Allfällige Transportkosten bei Klinikeintritt- oder Austritt (ausgenommen medizinisch indizierte Verlegungen) - Allfällige Verlegungsfahrten für Leistungen, welche nicht im Zusammenhang mit der Behandlung in der Klinik stehen
Spitalfremde Ärzte	- Auf Wunsch der Patientin/des Patienten oder dessen Angehörigen zugezogene spitalfremde Ärztinnen/Ärzte
Persönliche Bedürfnisse	- Persönliche Bedürfnisse der Patientin/des Patienten (z.B. Telefongespräche, Wäschereinigung usw.)
Persönliche Effekten	- Anschaffung, Pflege, Reinigung und Reparatur von Bekleidung, Zahnprothesen und Brillen etc.
Mehrleistungen der Hotellerie	- Mehrleistungen der Hotellerie gegenüber der versicherten Pflegeklasse
Sachbeschädigungen	- Kosten im Zusammenhang mit Sachbeschädigungen
Begleitpersonen	- Beherbergung und Auslagen von Begleitpersonen
Todesfall	- Unkosten bei Todesfall

Anhang 3**Abkürzungen**

Die nachfolgenden Abkürzungen werden in der Taxordnung verwendet.

	Ausgeschriebene Bezeichnung
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflege (=Grundversicherung)
OR	Schweizerisches Obligationenrecht
TARMED	tarif médical = National gültiger Tarif für ambulante ärztliche Leistungen
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag