

Taxordnung 2026

Patientenadministration
Sekretariat
Direkt +41 56 486 22 26/11

Stationäre Behandlung

Allgemein	
Krankenkassenpatienten mit Wohnsitz im Kanton Aargau Fallpauschale nach SwissDRG (bei Schweregrad 1) Berechnungsbeispiel Fallpauschale siehe Rückseite	CHF 10'300.-
Unfallversicherung nach UVG/MV/IV (ganze Schweiz) Fallpauschale nach SwissDRG (bei Schweregrad 1)	CHF 10'438.-
Patienten mit Wohnsitz übrige Schweiz/Ausserkantonal <ul style="list-style-type: none"> ● Notfall nach Art. 41 Abs. 3 KVG: Fallpauschale SwissDRG (bei Schweregrad 1) ● Freie Spitalwahl**: Fallpauschale SwissDRG (bei Schweregrad 1) <small>** Den Versicherten werden nur die Kosten zum Tarif ihres Wohnkantons erstattet. Falls sie sich ausserkantonal zu einem höheren Spitaltarif behandeln lassen, müssen sie die Differenz zum Tarif ihres Wohnkantons selber zahlen oder über eine Zusatzversicherung ganze Schweiz verfügen.</small>	CHF 10'300.- CHF 10'300.-
Patienten mit Wohnsitz Ausland (EU-Staaten) nach Art. 41 Abs. 3 KVG (Notfall) Fallpauschale nach SwissDRG (bei Schweregrad 1)	CHF 10'300.-
Patienten mit Wohnsitz Ausland und Vertragskrankenkasse Schweiz Fallpauschale SwissDRG (bei Schweregrad 1)	CHF 10'300.-
Patienten mit Wohnsitz Ausland/Privatversicherung Fallpauschale nach SwissDRG (bei Schweregrad 1)	CHF 13'000.-
Soziale Hospitalisation Nachttaxe Hotellerie, Betreuung	CHF 700.-

Halbprivat	
Zusätzlich zur Fallpauschale nach SwissDRG <ul style="list-style-type: none"> ● Nachttaxe für Krankenpflege und Hotellerie ● Baserate Arztleistungen 	CHF 450.- CHF 5'000.-

Privat	
Zusätzlich zur Fallpauschale SwissDRG <ul style="list-style-type: none"> ● Nachttaxe für Krankenpflege und Hotellerie ● Baserate Arztleistungen 	CHF 650.- CHF 6'000.-

Ambulante Behandlung (Aufenthalt unter 24h)

	OKP	UVG	SZ/Ausland
Abrechnung nach Einzelleistungstarif Taxpunktwert, Arbeitstarif	TS und CSS: 0.92 HSK Arbeitstarif: 0.92 ALZF: 0.91	Baden: 0.96 ALZF: 0.92	1.50
Paramed. Leistungen gemäss nationalem Tarif, Taxpunktwert	0.95 - 1.11	0.95 - 1.11	1.50
Laborleistungen gemäss nationalem Tarif, Taxpunktwert	1.00	1.00	1.50

Pflegeklassen der Kantonsspital Baden AG

Allgemein (ohne Arztwahl)

Sie werden durch einen von der Klinikleitung beauftragten Arzt behandelt und in einem Zweibettzimmer ausserhalb des 6. Stock betreut und gepflegt. Die Fallpauschale nach SwissDRG wird verrechnet, sobald ein Patient über 24 Stunden hospitalisiert ist. Ausnahme Aufenthalt unter 24 h: bei einer Verlegung in ein anderes Spital, Verlegung in eine Rehabilitationsklinik etc., auf einer Bettstation über Mitternacht oder im Spital verstorben.

Berechnungsmodell Fallpauschalen SwissDRG:

Die Fallpauschale gilt als Berechnungsgrundlage für die Rechnungsstellung. Die Fallpauschale wird im einzelnen Fall mit dem Schweregrad der Behandlung (Case-Mix-Index) multipliziert. *Rechnungsbeispiel: Bei einem Schweregrad von 1.500 multipliziert mit der Fallpauschale von CHF 10'300.- ergibt sich ein Rechnungsbetrag von CHF 15'450.-.* Der Schweregrad ermittelt sich aus den Haupt- und Nebendiagnosen und den durchgeföhrten Prozeduren. Der Wohnkanton (zivilrechtlicher Wohnsitz) beteiligt sich zu 55% an den Kosten der Fallpauschale, sofern Sie im Wohnkanton angemeldet sind. Bei Patienten mit Wohnsitz Ausland nach Art. 41 Abs. 3 KVG (Notfall), wird die Fallpauschale zu 100% über die Koordinationsstelle: Gemeinsame Einrichtung, Solothurn abgerechnet.

Unfallversicherung, Militärversicherung, Invalidenversicherung: nach Fallpauschale SwissDRG.

Halbprivat (freie Arztwahl)

Sie können durch einen Kaderarzt behandelt werden. Sie werden im Zweibettzimmer wann immer möglich auf dem 6. Stock betreut und gepflegt. Für die Krankenpflege, Hotellerie und den Zuschlag halbprivat wird eine Nachtaxe in Rechnung gestellt.

Privat (freie Arztwahl)

Sie werden durch den Chefarzt oder dessen Stellvertretung behandelt. Sie werden im Einzelzimmer wann immer möglich auf dem 6. Stock betreut und gepflegt. Für die Krankenpflege, Hotellerie und den Zuschlag privat wird eine Nachtaxe in Rechnung gestellt.

Rechnungsstellung

In der Regel erfolgt die Rechnungsstellung direkt an Ihre Versicherung (tiers payant). Auf Verlangen senden wir Ihnen gerne eine Rechnungskopie zu.

Unentschuldigte Konsultationen

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte wir Sie diesen zeitnah, mindestens jedoch 24 Stunden vorher schriftlich abzusagen. Für unentschuldigte Konsultationen stellen wir Ihnen unseren Aufwand wie folgt in Rechnung: Erstmalige unentschuldigte Konsultationen: CHF 80.-. Weitere: CHF 100.-

Versäumter Eingriff

Sollte ein geplanter Eingriff nicht innerhalb der seitens Klinik vorgegebenen Zeit verschoben oder abgesagt werden, stellen wir Ihnen den entstandenen Aufwand in Rechnung.

Zuschläge für besondere Leistungen

Ein- und Austrittstransporte, Unkosten bei Todesfällen, Leistungen für persönliche Bedürfnisse, Nichtpflichtleistungen, Übernachtung und Verpflegung von Begleitpersonen etc. Diese Leistungen werden den Patienten, Angehörigen direkt in Rechnung gestellt.

Kostenübernahme/Vorauszahlung

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegenüber dem KSB Schuldner/in der von Ihnen gewünschten Behandlung sind. Sie kennen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes; das KSB hat keine Abklärungspflicht. Unsere Abklärungen erfolgen entgegenkommenderweise aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben auf dem Anmeldeformular. Sollte keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers (Versicherung/Kanton) vorliegen, ist eine Vorauszahlung zu leisten. Sie sind **verpflichtet**, eine Vorauszahlung zu leisten:

- Ambulante Patienten: Wenn Sie nicht Mitglied einer Krankenkasse sind oder wenn keine vollumfängliche Kostengarantie eines Versicherers bei Eintritt vorhanden ist.
- Allgemeine Patienten: Wenn Sie nicht Mitglied einer Krankenkasse sind oder wenn keine vollumfängliche Kostengarantie eines Versicherers bei Eintritt vorhanden ist.
- Privat-/Halbprivat-Patienten: Wenn Ihre Krankenkasse/Versicherung bei Eintritt keine vollumfängliche Kostengarantie abgibt.
- Klassenwechsel: Wenn Sie in einer höheren Pflegeklasse behandelt werden wollen, als Sie versichert sind.
- Nicht-Pflichtleistung: Wenn die von Ihnen gewünschte Behandlung von der Krankenkasse nicht übernommen wird.

Die Höhe der Vorauszahlung richtet sich nach dem Wohnsitz und der Pflegeklasse. Wir empfehlen Ihnen, vor Ihrem Spitäleintritt abzuklären, ob die von Ihnen gewünschte Pflegeklasse und Behandlung durch die Krankenkasse oder Versicherung gedeckt ist. Lehnt der Kostenträger nachträglich eine Übernahme der Behandlung ab, wird der Patient als Selbstzahler betrachtet. Bei Unklarheiten beraten wir Sie gerne: Patientenadministration Telefon 056 486 22 26/11.