

Honorarordnung über die Zusatzhonorare des Kantonsspital Winterthur KSW

(vom 29. Juli 2008)

Die Spitaldirektion,

gestützt auf § 16 der Taxordnung über Leistungen und Gebühren des Kantonsspitals Winterthur (Taxordnung KSW) vom 25. Juni 2008,

beschliesst:

A. Allgemeine Bestimmungen

I. Tarife:

- **Privatabteilungen:** Bei der Verrechnung von Zusatzhonoraren an Patientinnen und Patienten der Privatabteilungen ist der nachfolgende Tarifrahmen (Abschnitt B Ziff. 1) zu verrechnen.
- **Halbprivatabteilungen:** Bei der Verrechnung von Zusatzhonoraren an Patientinnen und Patienten der Halbprivatabteilungen ist 60% der für die Privatabteilungen massgebende Tarifrahmen (Abschnitt B Ziff. 1) zu verrechnen.
- **Ambulante Behandlung:** Für ambulant erbrachte Nicht-KVG-Leistungen, bei denen die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht für Basisleistungen in Anspruch genommen wird, soll das Arzthonorar auf Verhandlungsbasis mit der Patientin bzw. dem Patienten vor Behandlungsbeginn schriftlich vereinbart werden.

II. Revision der Verrechnung von ärztlichen Zusatzhonoraren:

Die Spitaldirektion behält sich vor, die Honorarordnung über die Zusatzhonorare jederzeit zu revidieren oder an Änderungen übergeordneten Rechts anzupassen.

B. Tarifrahmen für Patientinnen und Patienten der Privatabteilungen

1. Stationäre Behandlung

1.1. Betreuung und Konsilien:

Leistung		Arzthonorar Pauschaltarif (CHF) ¹	
		von	bis
Betreuung von nicht-operativen und psychiatrischen Patienten²			
1.1.1	Aufnahmeuntersuchung ³	300	700
1.1.2	Laufende Visiten ^{4, 5}	70	200
1.1.3	Abschlussvisite inkl. Bericht ⁶	100	300
Betreuung von operativen Patienten²			
1.1.4	Aufnahmeuntersuchung ⁷	100	300
1.1.5	Tagespauschale (inkl. Operations- und Abschlusstag)	70	300
Betreuung von Intermediate Care - Patienten (operativ u. nicht-operativ)			
1.1.6	Aufnahmeuntersuchung	330	660
1.1.7	Tagespauschale	150	400

¹ Der empfohlene Tarifrahmen umfasst im unteren Bereich Standardmassnahmen von durchschnittlichem Zeitaufwand, im oberen Bereich von überdurchschnittlich stark erhöhtem Zeitaufwand (in der Regel bei sehr hohen Anforderungen).

² Für Notfälle kann ein Zuschlag verrechnet werden. Der Notfallzuschlag gilt nur für Massnahmen, die notfallmässig ausgeführt werden müssen. (Folgevisiten und zusätzliche Massnahmen sind im Rahmen der üblichen Betreuung zu verrechnen):

Wochentag (tagsüber (0700-1900)): + 30%

Nacht, Wochenende, Feiertag: + 50%

³ Einmal, nicht mit laufenden Visiten am selben Tag kumulierbar. Umfasst eine ausführliche Anamnese inkl. Aktenstudium sowie die klinische Untersuchung. Zusätzliche Massnahmen wie technische Untersuchungen oder Eingriffe werden separat verrechnet (siehe Ziff. 1.2). Beträge über Fr. 600.- sind nur in begründeten Ausnahmefällen verrechenbar.

⁴ Mehrere pro Tag möglich. Technische Aktivitäten wie z.B. Infiltrationen sind inbegriffen, sofern sie während der Visite ohne speziellen Aufwand durchgeführt werden können. Andernfalls werden sie separat verrechnet (siehe Ziff. 1.2). Beträge über Fr. 150.- sind nur bei ausserordentlichem Zeitaufwand verrechenbar.

⁵ Bei psychiatrischen Patienten auch Gespräche mit Dritten wie Angehörige, Behörden, Einweiser usw., ohne schriftliche Berichte.

⁶ Einmal, nicht mit laufenden Visiten am selben Tag kumulierbar. Enthält die abschliessende Besprechung, einen ausführlichen Bericht sowie die notwendigen organisatorischen Punkte (Spitex, Physiotherapie, Rezeptausstellung usw.) und eine Standortbestimmung für die zukünftige Betreuung des Patienten.

⁷ beinhaltet auch die Tagespauschale für den Eintrittstag

Betreuung von nicht-chirurgischen IPS-Patienten⁸			
1.1.8	Aufnahmeuntersuchung ⁹	330	660
1.1.9	SGI-Kategorie III, Tagespauschale ^{10,14}	150	400
1.1.10	SGI-Kategorie II, Tagespauschale ^{11,14}	350	700
1.1.11	SGI-Kategorie Ib, Tagespauschale ^{12,14}	570	930
1.1.12	SGI-Kategorie Ia, Tagespauschale ^{13,14}	790	1140
Betreuung von chirurgischen IPS-Patienten¹⁵			
1.1.13	Aufnahmeuntersuchung ⁹	390	730
1.1.14	SGI-Kategorie III, Tagespauschale ^{10,14}	165	440
1.1.15	SGI-Kategorie II, Tagespauschale ^{11,14}	385	770
1.1.16	SGI-Kategorie Ib, Tagespauschale ^{12,14}	630	1020
1.1.17	SGI-Kategorie Ia, Tagespauschale ^{13,14}	870	1255
Konsilien			
1.1.18	Erstkonsilium ¹⁶	250	600
1.1.19	Folgekonsilium ¹⁶	120	300

⁸ Die empfohlenen Tarife gelten für geschlossene Intensivstationen. Bei offenen Intensivstationen werden vom mitbehandelnden Internisten zusätzlich die Pauschalen für Konsilien (Ziff. 1.1.18 und 1.1.19) in Rechnung gestellt.

⁹ Bei Notfallaufnahme und Aufnahme von instabilen Patienten. Nicht verrechenbar bei stabilen elektiv-postoperativen Patienten).

¹⁰ Betreuungsaufwand in SGI-Kategorie III: 2 normale Visiten/Besuche, tagsüber, 15 Minuten (30 min/IPS-Tag).

¹¹ Betreuungsaufwand in SGI-Kategorie II: 2 normale Visiten/Besuche, tagsüber, 15 Minuten; plus 2 dringende fachärztliche Besuche tags/nachts, 15 Minuten (60 min/IPS-Tag).

¹² Betreuungsaufwand in SGI-Kategorie Ib: 2 normale Visiten/Besuche, tagsüber, 15 Minuten; plus 2 dringende fachärztliche Besuche tags/nachts, 15 Minuten; plus 2x zusätzlicher Zeitaufwand 15 Minuten (90 min/IPS-Tag).

¹³ Betreuungsaufwand in SGI-Kategorie Ia: 2 normale Visiten/Besuche, tagsüber, 15 Minuten; plus 2 dringende fachärztliche Besuche tags/nachts, 15 Minuten; plus 4x zusätzlicher Zeitaufwand 15 Minuten (120 min/IPS-Tag).

¹⁴ Zusätzlicher Betreuungsaufwand wird nicht verrechnet. Bei deutlicher Abweichung des Betreuungsaufwands wird der Patient neu kategorisiert. Eingriffe werden zusätzlich in Rechnung gestellt (siehe Ziff. 1.2 Eingriffe).

¹⁵ Die empfohlenen Tarife beinhalten auch das Betreuungshonorar des mitbehandelnden Chirurgen.

¹⁶ Beinhaltet den gesamten Aufwand inkl. Aktenstudium, Einholen von Auskünften usw.

1.2. Eingriffe:

Leistung		Arzthonorar Pauschaltarif (CHF)	
		von	bis
Eingriffe^{17,18,19}			
1.2.1	Eingriff Kategorie 1: klein	50	200
1.2.2	Eingriff Kategorie 2: klein, aufwändig	150	400
1.2.3	Eingriff Kategorie 3: einfach	300	700
1.2.4	Eingriff Kategorie 4: einfach, aufwändig	600	1200
1.2.5	Eingriff Kategorie 5: mittelschwer	1000	2100
1.2.6	Eingriff Kategorie 6: mittelschwer, aufwändig	1900	3200
1.2.7	Eingriff Kategorie 7: mittelschwer bis schwierig	2900	4500
1.2.8	Eingriff Kategorie 8: schwierig	4100	5600
1.2.9	Eingriff Kategorie 9: sehr schwierig	5300	6800
1.2.10	Eingriff Kategorie 10: ausserordentlich gross und komplex	6400	8000

¹⁷ Die empfohlenen Höchstansätze der einzelnen Kategorien gelten für besonders aufwändige und/oder problematische Eingriffe (=TARMED-Risikoklasse III und IV) sowie beim Vorliegen zusätzlicher patientenbedingter Risikofaktoren (= patientenspezifische Faktoren, die den Eingriff erheblich erschweren oder verlängern, oder die aussergewöhnliche Komplikationen verursachen können, d.h. ASA-Klasse 3-5 (American Society of Anesthesiologists)).

¹⁸ Für den Einsatz von honorarberechtigten ärztlichen OP-Assistenten können zusätzlich je max. 30%, gesamthaft jedoch max. 50% des Pauschaltarifs in Rechnung gestellt werden.

¹⁹ Kategorienbildung siehe Anhang.

1.3. Korrektur- und Ergänzungsfaktoren für Eingriffspauschalen:

Faktor		Arzthonorar Tarifkorrektur
1.3.1	Notfalleingriff <ul style="list-style-type: none">• Wochentag (tagsüber (0700-1900))²⁰• Nacht, Wochenende, Feiertag	+ 30% + 50%
1.3.2	Mehrfachoperation (= zusätzliche Operationen, die grundsätzlich nicht mit dem Primäreingriff im Zusammenhang stehen. Gleiches Operationsgebiet. Gleiche Fachrichtung. Ebenso beidseitig durchgeführte Operationen) ²¹	50% der entsprechenden Operationstarife
1.3.3	Kombinierte Operationen (= zusätzliche Operationen, die grundsätzlich nicht mit dem Primäreingriff im Zusammenhang stehen. Anderes Operationsgebiet oder andere Fachrichtung ²²)	100% der entsprechenden Operationstarife

2. Ambulante Behandlung

2.1. Nicht-KVG-Leistungen, bei denen die Obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht für Basisleistungen in Anspruch genommen wird²³:

Das Arzthonorar wird auf Verhandlungsbasis mit der Patientin bzw. dem Patienten vereinbart und vor Behandlungsbeginn schriftlich festgelegt.

²⁰ Bei der Versorgung von Patienten, bei denen ein Notfall den Standard darstellt (z.B. Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Geburtshilfe) wird kein Notfallzuschlag verrechnet.

²¹ z.B. Adhäsionslyse bei Darmoperation, Cholecystektomie bei Leberresektion usw. sowie beidseitige Operationen wie beidseitige Mammoplastik, beidseitige Inguinalhernie usw.

²² z.B. Laparotomie und Extremitätenfrakturversorgung, Leberresektion und Rektumresektion usw.

²³ Leistungen, die für Selbstzahler erbracht werden, sowie Leistungen, die nicht im Pflichtleistungskatalog nach KVG enthalten sind.

C. Anhang: Kategorisierung typischer Eingriffe nach Fachrichtung

Siehe separate Eingriffsliste.

Die Eingriffsliste gilt als Beispielkatalog und wird periodisch revidiert.

D. Verschiedene Bestimmungen

Diese Honorarordnung tritt per 1. Juli 2008 in Kraft.

Winterthur, 29. Juli 2008

Im Namen der Spitaldirektion

Rolf Zehnder
Spitaldirektor