

813.155.1

Vollzugsverordnung zur Taxordnung des Universitätsspitals Zürich (VVO TO USZ)

(vom 9. März 2016)

Die Spitaldirektion,

gestützt auf § 29 der Taxordnung USZ (TO USZ) vom 25. März 2009¹,
beschliesst:

A. Allgemeine Bestimmungen

- Begriffe § 1. ¹ Als stationäre Behandlung gelten Aufenthalte im Spital:
- a. von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege,
 - b. von weniger als 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege, wenn während einer Nacht ein Bett belegt wird,
 - c. wenn eine Patientin oder ein Patient in ein anderes Spital überwiesen wird,
 - d. wenn eine Patientin oder ein Patient stirbt.
- ² Alle übrigen Behandlungen gelten als ambulante Behandlungen.
- Weitere Leistungen § 2. Weitere Leistungen gemäss § 9 TO USZ werden gemäss Anhang 1 verrechnet, soweit sie nicht bereits durch die Grundtaxe bzw. die Entschädigung für die Basisleistung abgegolten sind.
- Kleinbeträge § 3. ¹ Im Rechnungswesen zwischen Zahlungspflichtigen und dem Spital können Saldobeträge bis zu Fr. 50 erlassen werden.
- ² Beträge bis Fr. 50 zugunsten des Zahlungspflichtigen sind beim Spital abzuholen.
- Ablehnung der Aufnahme wegen offener Rechnungen § 4. Schuldet eine Patientin oder ein Patient dem Spital Taxen, so kann das Spital die Aufnahme verweigern, soweit der Verweigerung keine gesetzlichen oder vertraglichen Aufnahmepflichten entgegenstehen.

B. Ambulante Behandlungen

§ 5. ¹ Das Spital verrechnet Leistungen der Kategorie ambulant Basis nach § 10 TO USZ. Ambulant Basis

² Für die Behandlung von schweizerischen und ausländischen Patientinnen und Patienten gemäss § 10 Abs. 4 TO USZ werden Zuschläge von bis zu 20% erhoben.

§ 6. ¹ Bei Zusatzleistungen nach § 6 Abs. 2 TO USZ erhebt das Spital einen Zuschlag von 20% für Patientinnen und Patienten nach § 3 Abs. 1 lit. c TO USZ. Ambulant Privat

² Für die ambulante Behandlung durch eine honorarberechtigte Ärztin oder einen honorarberechtigten Arzt gemäss § 11 Abs. 3 TO USZ können Honorare gemäss Honorarordnung Anhang 4 in Rechnung gestellt werden.

§ 7. ¹ In der Kategorie ambulant Basis werden für ästhetische Eingriffe und weitere Leistungen sowie die Kombination mehrerer Eingriffe Fallpauschalen gemäss Anhang 2 verrechnet. Ambulante Fallpauschale für Ästhetische Chirurgie und weitere Leistungen

² Werden die Leistungen in der Kategorie ambulant Privat erbracht, können Zuschläge gemäss § 6 in Rechnung gestellt werden.

C. Stationäre Behandlung

§ 8. ¹ Die Grundtaxe nach § 13 TO USZ ermittelt sich aus einem für das gesamte Universitätsspital Zürich gültigen Basisfallwert (Spital-Baserate genannt) sowie definierten Zusatzentgelten. Elemente der Grundtaxe

² Die Spital-Baserate wird in Anhang 3 definiert. Sie wird mit einem aufgrund der jeweiligen Fallschwere pro stationäre Behandlung ermittelten Wert multipliziert und ergibt, zuzüglich allfälliger Zusatzentgelte, den Rechnungsbetrag aus der Grundtaxe.

§ 9. In definierten Fällen gemäss Anhang 3 werden die Taxen abweichend berechnet (z.B. Frührehabilitationen, Hotellerie-Taxen für Pflegepatientinnen oder Pflegepatienten, Psychiatriepatientinnen oder Psychiatriepatienten). Sonderregelung Taxen

§ 10. ¹ In der stationären Behandlung können Zusatztaxen nach § 14 der Taxordnung USZ Zusatztaxe halbprivate und private Abteilung

a. für Hotellerie-Zusatztaxen gemäss Anhang 3 und

b. für ärztliche Zusatzhonorare gemäss Anhang 4 erhoben werden.

² Während der Zeit auf der Intensiv-, Verbrennungs- oder Sterilpflegestation wird die Hotellerie-Zusatztaxe nicht verrechnet.

- Verlegung § 11. ¹ Bei einer Überweisung in ein anderes Spital und bei einer Aufnahme von einem anderen Spital rechnet das Universitätsspital diejenigen Fallpauschalen ab, die sich aus der Behandlung am Universitätsspital ergeben.
- ² Auf dem Betrag gemäss Abs. 1 wird ein Abschlag gewährt, wenn die Aufenthaltsdauer der Patientin oder des Patienten im Universitätsspital unterhalb der mittleren Verweildauer der abgerechneten Fallgruppe gemäss Fallpauschalenkatalog liegt. Der Abschlag berechnet sich nach den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG.
- Wiedereintritt § 12. ¹ Grundsätzlich wird jeder Wiedereintritt als neuer Fall betrachtet.
- ² Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt aus dem Universitätsspital ein Wiedereintritt ins Universitätsspital und fallen beide Fälle in dieselbe Hauptdiagnose-Kategorie (MDC = Major Diagnostic Category), so werden die Fälle nach den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG zusammengeführt.

D. Schlussbestimmung

- Inkrafttreten § 13. Diese Vollzugsverordnung tritt am 1. Juli 2016 in Kraft und ersetzt die Vollzugsverordnung zur Taxordnung des Universitätsspitals Zürich vom 28. Oktober 2011.

Spitaldirektion Universitätsspital Zürich
Der Generalsekretär:
Dr. Vital Zehnder

Rechtskraft

Die Vollzugsverordnung zur Taxordnung des Universitätsspitals Zürich vom 9. März 2016 ist rechtskräftig ([ABI 2016-04-08](#)).

¹ [LS 813.155.](#)

Anhang 1**Weitere Leistungen nach § 9 Taxordnung USZ (§ 2 VVO TO USZ)**

Leistung	Tarif
Prothesen, soweit es sich nicht um Implantate handelt, Materialien und andere Instrumente oder Gegenstände, die der Patientin oder dem Patienten mitgegeben werden	Einstandspreis, zuzüglich Bewirtschaftungszuschlag von 10%
Bei Spitalaustritt mitgegebene Arzneimittel sowie von der Patientin oder vom Patienten gewünschte Arzneimittel, die nicht im Zusammenhang mit der Spitalbehandlung stehen	Publikumspreis, zuzüglich 10%
Fremdtransport	Rechnungsbetrag
Repatriierung ins Ausland	Rechnungsbetrag
Transportbegleitung, soweit nicht bereits durch die Grundtaxe bzw. die Entschädigung für die Basisleistung abgegolten	Fr. 100 pro Person
Unentschuldigte, versäumte, ambulante Termine	Fr. 80, zuzüglich Kosten von Substanzen, die nicht mehr verwendet werden können
Unentschuldigte, versäumte, ambulante Gruppentherapiesitzungen	Fr. 40
Abmeldung von einer geplanten ambulanten, tagesstationären oder stationären Operation/Behandlung unter 24 Stunden	Fr. 200
Nichterscheinen zu einer geplanten ambulanten, tagesstationären oder stationären Operation/Behandlung	Fr. 500
Blutentnahme für Blutalkoholuntersuchung	nach Analysenliste: Fr. 60
Blutentnahme mit Blutalkoholuntersuchung	nach Analysenliste: Fr. 120

Leistung	Tarif
Bereitstellung eines Geburtsscheins	Gebühren gemäss Verordnung über die Gebühren im Zivilstandswesen
Zeugnisse zuhänden des Arbeitgebers	Fr. 15
Zeugnisse und Gutachten, soweit nicht in der Pauschale enthalten	Leistungen für Zeugnisse, Berichte und Gutachten der Kat. A–D werden nach Tarmed zu den jeweils gültigen Taxpunktwerten abgerechnet. Für Gutachten der Kat. E erfolgt eine Vereinbarung mit dem Auftraggeber. Für Aktenstudien und Aktenkonsilien erfolgt eine Vereinbarung mit dem Auftraggeber.
Persönliche Sonderleistungen wie	
– Kosten für Telekommunikationsdienstleistungen, wie Telefon/Internet	Grundtaxe pro Gespräch Fr. 0.60 plus Gebühren
– Todesfallkosten	Rechnungsbetrag
– Abklärung und Begleitungen (Abklärung von Garantieverhältnissen, USZ-intern erbrachte Dolmetscherleistungen und Übersetzungen, Transportbegleitung, Begleitung von Patientinnen und Patienten an den Wohnort, zu Ämtern usw.)	Fr. 100 pro Stunde
– USZ-extern erbrachte Dolmetscherleistungen und Übersetzungen	Rechnungsbetrag
– Instandstellung von Einrichtungen	Rechnungsbetrag
Geburtsvorbereitungskurse	pro Kurs
– Geburtsvorbereitung einzeln (4 × 2 Std.)	Fr. 200
– Geburtsvorbereitung Paare (4 × 2 Std.)	Fr. 400
– Geburtsvorbereitung in deutscher Sprache am Wochenende einzeln (10 Std.)	Fr. 250
– Geburtsvorbereitung in deutscher Sprache am Wochenende Paare (10 Std.)	Fr. 500

813.155.1

VVO TO USZ

Leistung	Tarif
– Geburtsvorbereitung Wochenende in Englisch einzeln (11 Std.)	Fr. 275
– Geburtsvorbereitung Wochenende in Englisch Paare (11 Std.)	Fr. 550
– Geburtsvorbereitung bei geplantem Kaiserschnitt (2 × 3 Std.)	
Einzeln	Fr. 180
Paare	Fr. 300
– Rückbildung (8 × 70 Min.)	Fr. 250
– Neugeborenen-Pflege einzeln (3 Std.)	Fr. 75
– Neugeborenen-Pflege Paare (3 Std.)	Fr. 150
– Yoga in der Schwangerschaft (8 × 70 Min.)	Fr. 250
Kosmetische Behandlung	Rechnungsbetrag
Sitzwache	Fr. 60 pro Stunde
Zusatzbett für Begleitperson	Fr. 100 pro Nacht
Von Patientin oder Patienten gewünschte Kopien der Patientendokumentation	Fr. 1 pro Kopie / Fr. 50 pro Datenträger
Alle weiteren Leistungen, für die keine Tarifpositionen in einem Tarifregelwerk vorhanden sind	Fr. 120 pro Stunde, zuzüglich Sachkosten
Leistungen, die nicht oder noch nicht in der Vollzugsverordnung und deren Anhängen abgebildet sind, werden gemäss ambulanter oder stationärer Tarifstruktur des USZ bewertet und abgerechnet. Die Patientin oder der Patient wird vorgängig über die zu erwartenden Kosten informiert.	

Anhang 2**Ambulante Gebühren gemäss § 8 VVO TO USZ**

1. Für ästhetische Eingriffe und weitere Leistungen in der Kategorie ambulant Basis werden folgende Fallpauschalen verrechnet:

Leistung	Fallpauschale
-----------------	----------------------

Ästhetische Eingriffe und Behandlungen

Facelift partiell	6 000
Facelift partiell TKL in Vollnarkose	4 000
Rhinoplastik (einfach)	4 400

Ohrenanlegeplastik

Ohrenanlegeplastik bds. in Lokalanästhesie	3 000
Ohrenanlegeplastik bds. in Vollnarkose	3 500

Blepharoplastiken

Blepharoplastik 1 Unterlid ambulant in Lokalanästhesie	3 000
Blepharoplastik 1 Unterlid in der Tagesklinik in Lokalanästhesie	3 375
Blepharoplastik 1 Unterlid in der Tagesklinik in Vollnarkose	3 750
Blepharoplastik 2 Unterlider ambulant in Lokalanästhesie	4 000
Blepharoplastik 2 Unterlider in der Tagesklinik in Lokalanästhesie	4 500
Blepharoplastik 2 Unterlider in der Tagesklinik in Vollnarkose	5 000
Blepharoplastik 1 Oberlid ambulant in Lokalanästhesie	2 250
Blepharoplastik 1 Oberlid in der Tagesklinik in Lokalanästhesie	2 625
Blepharoplastik 1 Oberlid in der Tagesklinik in Vollnarkose	3 000
Blepharoplastik 2 Oberlider ambulant in Lokalanästhesie	3 000

813.155.1

VVO TO USZ

Blepharoplastik 2 Oberlider in der Tagesklinik in Lokalanästhesie	3 500
Blepharoplastik 2 Oberlider in der Tagesklinik in Vollnarkose	4 000
1 Brauenanhebung ambulant in Lokalanästhesie	750
1 Brauenanhebung in der Tagesklinik in Lokalanästhesie	940
1 Brauenanhebung in der Tagesklinik in Vollnarkose	1 125
2 Brauenanhebungen ambulant in Lokalanästhesie	1 000
2 Brauenanhebungen in der Tagesklinik in Lokalanästhesie	1 250
2 Brauenanhebungen in der Tagesklinik in Vollnarkose	1 500
Xanthelasmen-Entfernung einseitig	300
Xanthelasmen-Entfernung beidseitig	500
Personalized Cell Therapy	800
Ästh. Behandl. OP Fibrome/15 Min.	500
Ästh. Behandl. OP Probebehandlung	100
Ästh. Behandl. OP Seborrhoische Keratose/15 Min.	250
Ästh. Behandl. OP Syringome beidseits	500
Ästh. Behandl. OP Talgdrüsenhyperplasie/15 Min.	250
Ästh. Lasertherapie jede weitere Behandlung	450
Ästh. Lasertherapie Probelaser	250
Ästh. Lasertherapie vermehrter Zeitaufwand	150
Lasertherapie klein	250
Lasertherapie mittel	450
Lasertherapie gross	700
Laser CO ₂ Fractional, ganzes Gesicht, gross	1 100
Laser CO ₂ Fractional, Teilbereich	750
Laser CO ₂ Fractional, Teilbereich klein	550
Sklerotherapie Besenreiser 1 Sitzung pauschal	110
Narbenkorrektur klein ambulant in Lokalanästhesie	800
Narbenkorrektur klein in Tagesklinik	4 000
Narbenkorrektur/Weichteilkorrektur klein ambulant in LA	800
Narbenkorrektur/Weichteilkorrektur gross ambulant in LA	2 000

Eigenfettunterspritzung ambulant in Lokalanästhesie	4 000
Eigenfettunterspritzung in Tagesklinik in Vollnarkose	4 000
Eigenfettunterspritzung klein ambulant in LA	800
Eigenfettunterspritzung gross ambulant in LA	2 000
Eigenfettunterspritzung TKL in Vollnarkose	4 000
Mammaaugmentation mit Eigenfett, Ersteingriff (in der Tagesklinik)	9 500
Mammaaugmentation mit Eigenfett, Folgeeingriff (in der Tagesklinik)	6 000
Liposuction eine Region	4 500
Liposuction pro weitere Region	800
Liposuction ambulant in LA 1 Region	2 000
Zuschlag Zusatznacht pro Nacht	1 000
Cellulite Single Procedure Set	2 900
Mini-Abdominoplastik ambulant in LA	2 000
Mini-Abdominoplastik (in Vollnarkose)	4 000
Oberarmstraffung (in Vollnarkose)	4 000
Lidstraffung ambulant in LA	3 000
Lidstraffung TKL in Vollnarkose	4 000
Venen-Laser-Therapie pro 10 cm	70
Venen-Clarivein-Therapie pro 10 cm	70

Botulinumtoxin-Behandlungen

Stirn	450
Stirn und Augen	500
einzelne kleine Region	150
Hyperhidrosetherapie Achseln	700
Hyperhidrosetherapie Hände und Füsse	1 200
Filler pro Spritze	450
Bei Kombination mehrerer Botulinumtoxin-Behandlungen Preisreduktion	100

Gynäkologische Leistungen und Behandlungen

Laparoskopische Sterilisation	1 900
Einlage Gynefix (ohne Operationssaalbenutzung)	400
Einlage Kupferspirale (ohne Operationssaalbenutzung)	350
Einlage Hormonspirale (ohne Operationssaalbenutzung)	550
ambulante Beratung und Abgabe Pille danach	60
PraenaTest®	1 500

Geburtshilfliche Leistungen

Hörscreening bei Neugeborenen	20
-------------------------------	----

Urologische Leistungen und Behandlungen

Vasektomie	1 200
Vaso-Vasostomie	7 500
Hodenbiopsie	2 500
Abstandhalter (Spacer) für Strahlentherapie der Prostata	1 500
Zirkumzision	1 300

Radiologische-/Nuklearmedizinische Leistungen und Behandlungen

O-Arm/Iso-C (CT-ähnliche Bildgebung), 1. Region	1 000
O-Arm/Iso-C, pro weitere Region	200
SIRT-Therapie	32 000
Zuschlag Laborleistungen für ambulante Barzahler 1	100
Zuschlag Laborleistungen für ambulante Barzahler 2	200
Zuschlag Radiologieleistungen für ambulante Selbstzahler 1	150
Zuschlag Radiologieleistungen für ambulante Selbstzahler 2	300

Rheumatologische Leistungen und Behandlungen

Feldenkrais pro Stunde	120
Radiofrequenztherapie lumbal	300
Whole Body Composition	300

Stosswellentherapie bei Verkalkungen und Entzündungen von Sehnen und Gelenken	1 500
--	-------

Kardiologische/Herzchirurgische Leistungen

Excor-Mobile-Gerätewechsel	7 000
----------------------------	-------

Gastroenterologische Leistungen und Behandlungen

Endobarrier (Implantat) bei nichtoperativer Behandlung zur Gewichtsabnahme	4 600
Kapsel-Videoendoskopie des Dünndarms (nur Kamera-Kapsel)	900

Notfallbehandlungen

Notfallbehandlung Kategorie 1 (kleiner Aufwand)	pauschal 400
Notfallbehandlung Kategorie 2 (mittlerer Aufwand)	pauschal 800
Notfallbehandlung Kategorie 3 (grosser Aufwand)	pauschal 1200
Notfallbehandlung Kategorie 4 (Aufwand grösser als Kategorie 3)	nach Aufwand

2. Für die Kombination mehrerer Eingriffe werden deren Taxen wie folgt verrechnet:
 - a. Kombination mehrerer ästhetischer Eingriffe

teuerster Eingriff	zu 100%
ab dem zweiten Eingriff	zu 50%
 - b. Kombination von Pflicht- und ästhetischen Leistungen in gleicher Körperregion

Hauptleistung (Pflichtleistung)	zu 100%
erste zusätzliche Nichtpflichtleistung	zu 75%
zweite zusätzliche Nichtpflichtleistung	zu 50%
3. Für die ambulante Korrektur eines am USZ durchgeführten ästhetischen Eingriffs werden 40% der betreffenden Fallpauschale nach Ziff. 1 verrechnet bzw. der betreffenden Fallpauschale nach Anhang 3 Ziff. 3 bei ambulanten Korrekturen stationärer Leistungen.

4. Für die Durchführung eines einseitigen Eingriffs gemäss Ziff. 1 bei einer Pauschale, die beide Seiten umfasst, werden 75% der Pauschale verrechnet.
5. Im Tarmed nichttarifizierte Leistungen, die im engeren Zusammenhang mit Transplantationen stehen, werden nach den Ansätzen gemäss den gesamtschweizerisch geltenden Verträgen über die Fallabwicklung und Abgeltung von nicht durch SwissDRG geregelten Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantation von Soliden Organen und hämatopoietischen Stammzellen abgegolten.
6. Nichtpauschalierte Leistungen in der Kategorie ambulant **Basis** werden gemäss § 10 der Taxordnung nach dem Tarifregelwerk Tarmed mit folgenden Taxpunktswerten abgerechnet.

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Taxpunktswert	1.00	1.00	1.20

Nichtpauschalierte Leistungen in der Kategorie ambulant **Privat** werden gemäss § 10 der Taxordnung nach dem Tarifregelwerk Tarmed mit folgenden Taxpunktswerten abgerechnet.

Ärztliche Zusatzhonorare gemäss § 16 der Taxordnung werden zusätzlich verrechnet.

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Taxpunktswert	1.20	1.20	1.20

Anhang 3**Stationäre Gebühren gemäss § 9 VVO TO USZ**

1. Die Spital-Baserate gemäss § 13 TO USZ beträgt
(in Franken pro Fall):

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Baserate	13 300	14 600	15 900

2. Für Psychatriepatientinnen und -patienten werden Tagespauschalen erhoben. Sie betragen (in Franken pro Tag):

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Psychiatrie	1 190	1 308	1 427

3. Nachfolgende Leistungen werden nach Fallpreispauschalen abgerechnet. Diese betragen (in Franken):

Leistung	Fallpreispauschale
----------	--------------------

Ästhetische Eingriffe und Behandlungen

Facelift total	12 000
Facelift partiell stationär	6 000
Nasenkorrektur einfach (Rhinoplastik Tip)	4 400
Rhinoplastik	8 000
Oberarmlift (beidseits)	7 000
Mammareduktionsplastik (beidseits)	10 000
Mammaaugmentationsplastik*, Mammadeformität*	7 500
Mammaimplantatewechsel*	7 500
* Brustimplantat (pro Implantat)	1 000
Reimplantation Prothesen	2 500
Mastopexie	8 000
periareoläre Mastopexie	7 000

813.155.1

VVO TO USZ

Subkutane Mastektomie (beidseits)	7 000
Abdominoplastik	8 000
Mini-Abdominoplastik	4 000
Oberschenkelstraffung (beidseits)	8 000
Narben-/Weichteilkorrektur mittel (in Vollnarkose)	6 000
Narben-/Weichteilkorrektur gross (in Vollnarkose)	8 000
Beltlipectomie	10 000
Lower Bodylift	14 000
Upper Bodylift	10 000
Eigenfettunterspritzung stationär	6 000
Cellulite Single Procedure Set	2 900

Gynäkologische Leistungen und Behandlungen

Laparoskopische Sterilisation (Einzeleingriff)	1 900
Laparoskopische Sterilisation (Zusatzeingriff)	950
Gelegenheitssterilisation (bei gynäkologischen Laparoskopieeingriffen oder bei Kaiserschnitt)	200
Abdominale Sterilisation post partum	800
PraenaTest®	1 500
Einlage Spirale während geplanten Eingriffs*	30
Einlage Implanon während geplanten Eingriffs*	50
* Verrechnung von Spirale oder Implanon zusätzlich	Preis je nach Modell

Kardiologische Leistungen und Behandlungen

Renale Symphatikusdenervation	13 000
-------------------------------	--------

Radiologische Leistungen und Behandlungen

O-Arm/Iso-C (CT-ähnliche Bildgebung), 1. Region	1 000
O-Arm/Iso-C pro weitere Region	200

Gastroenterologische Leistungen und Behandlungen

Endobarrier (Implantat)
bei nichtoperativer Behandlung zur Gewichtsabnahme 4 600
Bei Eingriffen mit Implantaten werden diese separat
verrechnet.

4. Für die Durchführung eines einseitigen Eingriffs gemäss Ziff. 3 bei einer Pauschale, die beide Seiten umfasst, werden 75% der Pauschale verrechnet.
5. Für die Kombination mehrerer Eingriffe gemäss Ziff. 3 werden deren Taxen wie folgt verrechnet:
 - a. Kombination mehrerer ästhetischer Eingriffe

teuerster Eingriff	zu 100%
ab dem zweiten Eingriff	zu 50%
 - b. Kombination von Pflicht- und ästhetischen Leistungen in gleicher Körperregion

Hauptleistung (Pflichtleistung)	zu 100%
erste zusätzliche Nichtpflichtleistung	zu 75%
zweite zusätzliche Nichtpflichtleistung	zu 50%
6. Für die stationäre Korrektur eines am USZ durchgeführten ästhetischen Eingriffs gemäss Ziff. 3 werden 40% der betreffenden Fallpauschale nach Ziff. 3 verrechnet.
7. Unbewertete DRG werden mit nachfolgenden Tagespauschalen abgerechnet:

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Frührehabilitationen	2 786	3 065	3 371

8. Hotellerie-Leistungen für Pflegepatientinnen und -patienten werden mit nachfolgenden Tagespauschalen abgerechnet:

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Hotellerie-Steuer für Pflegepatientinnen und -patienten	500	500	500

9. Zusatztaxen nach § 14 der Taxordnung USZ betragen (in Franken pro Tag):

	Zürcherische Patientinnen und Patienten	Schweizerische Patientinnen und Patienten	Ausländische Patientinnen und Patienten
Halbprivatabteilung	570	570	590
Privatabteilung	1 010	1 010	1 070

10. In SwissDRG unbewertete Transplantationsleistungen werden nach den Ansätzen gemäss den gesamtschweizerisch geltenden Verträgen über die Fallabwicklung und Abgeltung von nicht durch SwissDRG geregelten Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantation von Soliden Organen und hämatopoietischen Stammzellen abgegolten.

Anhang 4

Übersicht ärztliche Zusatzhonorare

1. Stationäre Behandlung

1.1 Betreuung und Konsilien

Leistung	Arzthonorar Pauschaltarif (Fr.) ¹
Betreuung von nichtoperativen und psychiatrischen Patienten ²	
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 Patienten ²	
1.1.4 Aufnahmeuntersuchung ⁷	100–300
1.1.5 Tagespauschale (inkl. Operations- und Abschlusstag)*	70–300
Betreuung von Intermediate-Care-Patienten (operativ und nichtoperativ)	
1.1.6 Aufnahmeuntersuchung ⁷	330–660
1.1.7 Tagespauschale*	150–400
Betreuung von nichtchirurgischen IPS-Patienten ⁸	
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-Patienten ¹⁵	
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

1.2	Eingriffe ^{17, 18, 19}	
1.2.1	Eingriff Kategorie 1: klein	50–200
1.2.2	Eingriff Kategorie 2: klein, aufwendig	150–400
1.2.3	Eingriff Kategorie 3: einfach	300–700
1.2.4	Eingriff Kategorie 4: einfach, aufwendig	600–1200
1.2.5	Eingriff Kategorie 5: mittelschwer	1000–2100
1.2.6	Eingriff Kategorie 6: mittelschwer, aufwendig	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
1.3	Korrektur- und Ergänzungsfaktoren für Eingriffspauschalen:	
1.3.1	Notfalleingriff	
	– Wochentag (tagsüber, 07.00–19.00) ²⁰	+ 30%
	– Nacht, Wochenende, Feiertag	+ 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.

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, 07.00–19.00): + 30%
Nacht, Wochenende, Feiertag: + 50%

- ³ Einmal, nicht mit **laufenden Visiten** am selben Tag kumulierbar, hinzugezogene klinikfremde Ärzte verrechnen **Konsilien** (gemäss Honorarmodell, 1.1.18 und 1.1.19). 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. Vorgängige Regel gilt auch bei Wechsel der Klinik innerhalb des USZ, die aufnehmende Klinik kann die **Aufnahmeuntersuchung** verrechnen, sofern eine solche durchgeführt wurde. Die abgebende Klinik erfasst entweder **laufende Visiten**, sofern eine oder mehrere durchgeführt wurden, oder eine **Abschlussvisite inkl. Bericht** (am selben Tag nicht kumulierbar), wenn gemacht. Beim Wechsel von der Bettenstation auf eine IMC oder IPS erfasst die abgebende Klinik **laufende Visiten**, sofern eine oder mehrere durchgeführt wurden, oder eine **Abschlussvisite inkl. Bericht** (am selben Tag nicht kumulierbar), wenn gemacht.
- Beim Wechsel einer Patientin oder eines Patienten direkt vom Schockraum auf eine IMC oder IPS erfasst die abgebende Klinik eine Aufnahmeuntersuchung bzw. die aufnehmende IMC oder IPS die dafür vorgesehene Tagespauschale.
- ⁴ Mehrere pro Tag möglich, sofern eine oder mehrere stattgefunden haben. 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. Hinzugezogene klinikfremde Ärzte verrechnen **Konsilien** und/oder Eingriffe gemäss **Eingriffsliste**. Eingriffe ausserhalb von Visiten werden gemäss der Eingriffsliste zusätzlich erfasst und in Rechnung gestellt.
- Für Visiten, an denen mehrere Ärzte, die der gleichen Klinik angehören, teilnehmen, kann diese jeweils nur einmal abgerechnet werden.
- ⁵ Bei psychiatrischen Patienten auch Gespräche mit Dritten wie Angehörigen, Behörden, Einweisern usw. ohne schriftliche Berichte.
- ⁶ Einmal, nicht mit **laufenden Visiten** am selben Tag kumulierbar (gilt auch dann, wenn zu Beginn des Tages noch nicht feststand, dass der Patient im Laufe des Tages entlassen wird). 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. Die aufnehmende Klinik erfasst die **Aufnahmeuntersuchung**, sofern eine solche gemacht wurde. Diese ist klinikintern nicht mit der **Tagespauschale (inkl. Operations- und Abschlusstag)** am selben Tag kumulierbar. Die aufnehmende Klinik kann die **Aufnahmeuntersuchung** verrechnen, sofern eine solche durchgeführt wurde. Wurde keine **Aufnahmeuntersuchung** durchgeführt, kann eine **Tagespauschale (inkl. Operations- und Abschlusstag)** verrechnet werden.
- Beim Wechsel auf eine IMC oder IPS erfasst die abgebende Klinik eine **Tagespauschale (inkl. Operations- und Abschlusstag)**.
- Hinzugezogene klinikfremde Ärzte verrechnen **Konsilien** und/oder Eingriffe gemäss **Eingriffsliste**.

Bei Wechsel von Klinik oder IPS auf IMC oder von IMC zu IMC erfasst die abgebende IMC die **Tagespauschale**, die abgebende IPS die **Tagespauschale** der entsprechenden SGI-Kategorie.

- * **Tagespauschalen (inkl. Operations- und Abschlusstag) und Tagespauschalen** für IMC-Patienten sollen durchgängig für jeden Tag (exkl. Aufnahmetag [Aufnahmeuntersuchung]) auch an Wochentagen oder Wochenenden, wenn der honorarberechtigte Arzt nicht beim Patienten war bzw. nur Pikettendienst (Hintergrunddienst) hat, erfasst werden. Die Erfassung erfolgt dann immer auf den honorarberechtigten verantwortlichen Arzt (OA/LA/KD). Allfällige Eingriffe werden gemäss **Eingriffsliste** zusätzlich erfasst und in Rechnung gestellt.
- 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 Nur bei Notfallaufnahme und Aufnahme von instabilen Patienten, nicht verrechenbar bei stabilen oder postoperativen Patienten. Vorgängige Regel gilt auch bei Wechsel der IPS innerhalb des USZ. **Aufnahmeuntersuchungen** werden immer erfasst, sofern eine solche durchgeführt wurde, falls nicht, wird nur eine **Tagespauschale** gemäss SGI-Kategorie erfasst und verrechnet. Letzteres gilt auch bei Wechsel von Klinik oder IMC auf eine IPS. Bei Wechsel von IPS zu IPS innerhalb des USZ wird die **Tagespauschale** gemäss SGI-Kategorie nur durch die aufnehmende IPS erfasst, die abgebende IPS erfasst nur die **Aufnahmeuntersuchung**, sofern gemacht.
- ¹⁰ Betreuungsaufwand in SGI-Kategorie III: 2 normale Visiten/Besuche, tagsüber, 15 Minuten (30 min/IPS-Tag). **Tagespauschalen** gemäss SGI-Kategorie bei IPS-Patienten sollen durchgängig für jeden Tag (inkl. Aufnahmetag zusätzlich zur Aufnahmeuntersuchung), auch an Wochentagen oder Wochenenden, wenn der honorarberechtigte Arzt nicht beim Patienten war bzw. nur Pikettendienst (Hintergrunddienst) hat, erfasst werden. Die Erfassung erfolgt dann immer auf den honorarberechtigten verantwortlichen Arzt (OA/LA/KD). *Vorgängige Regel gilt für alle SGI-Kategorien Tagespauschalen* ^(10, 11, 12, 13, 14).
- 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 2× 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 4× 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 das Betreuungshonorar des mitbehandelnden Chirurgen. Hinzugezogene klinikfremde Ärzte verrechnen **Konsilien** und/oder Eingriffe gemäss **Eingriffsliste**.

- ¹⁶ Beinhaltet den gesamten Aufwand inkl. Aktenstudium, Einholen von Auskünften usw.
- ¹⁷ Die empfohlenen Höchstansätze der einzelnen Kategorien gelten für besonders aufwendige 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.
- ²⁰ Bei der Versorgung von Patienten, bei denen ein Notfall den Standard darstellt (Neurochirurgie, Geburtshilfe, allgemeinchirurgischer Notfall) wird kein Notfallzuschlag verrechnet. Bei Hinzuzug einer fachspezifischen Expertise (z.B. Viszeralchirurg, Thoraxchirurg, Unfallchirurg) gilt der Notfall nicht mehr als Standard und wird gemäss Punkt 1.3.1 verrechnet.
- ²¹ Z.B. Adhäsiolyse 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.