

Taxordnung 2026

der Spitäler Schaffhausen (SSH)

Gültig ab:	1. Januar 2026
vom Spitalrat erlassen:	27. März 2026
Version:	Taxordnung 2026 der SSH_SR 27.03.2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Präambel	1
§ 1 Geltungsbereich	1
§ 2 Rechnungsstellung, Kostengutsprache, Depotleistung	1
§ 3 stationäre Falldefinition, Tages-Fallpauschalen	2
§ 4 Nichtpflichtleistungen und Selbstzahler	2
§ 5 Separat verrechnete Leistungen bei stationärem Aufenthalt	2
§ 6 Klassenwechsel zu Ein- oder Zweibettzimmer und freie Arztwahl	3
§ 7 Privatabteilung	3
§ 8 Ambulante Behandlung und Tageskliniken	3
§ 9 Langzeitpflege	3
§ 10 Härtefälle	4
§ 11 Taxen und Anhänge	4
Anhang I Taxen (Stand 1. Januar 2026)	5
1 Allgemeine Abteilung	5
2 Privatabteilung und Mehrleistungen der SSH	5
3 Privatabteilung Psychiatrie und Rehabilitation	7
4 Langzeitpflege	8
5 Wartepatienten, Pflegepatienten, weitere Hospitalisation	9
6 Ambulante Leistungen	9
7 Forensische Psychiatrie	10
8 Gutachten	10
9 Auskunftsstelle und Offerten	10
Anhang II - Transporttarif	11
Anhang III - Pauschaltarife Nichtpflichtleistungen 2026	12

Präambel

Auf Grundlage der nationalen Gesetzgebung gemäss dem Krankenversicherungsgesetz KVG, den eidgenössischen Sozialversicherungsgesetzen UVG/IVG/MVG sowie des Spitalgesetzes des Kantons Schaffhausen vom 22. November 2004 (Art. 14 Abs. 3 lit. J), erlässt der Spitalrat der Spitäler Schaffhausen diese Taxordnung. Sie ersetzt alle bisherigen Versionen.

§ 1 Geltungsbereich

Die Taxordnung regelt die Leistungsverrechnung der Spitäler Schaffhausen (fortan Spital genannt) für die medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung der Patienten* aller Herkunft und für alle Fachbereiche der Spitäler Schaffhausen.

Das Spital kann mit vom Bund anerkannten Krankenversicherern und Versicherungsgesellschaften wie auch mit übrigen Dritten besondere Verträge abschliessen, die von dieser Taxordnung abweichen.

*Für eine bessere Lesbarkeit wird die männliche Form gewählt. Damit sind alle Personen, unabhängig des Geschlechts, bezeichnet.

§ 2 Rechnungsstellung, Kostengutsprache, Depotleistung

¹ Schuldner des Rechnungsbetrages ist der Patient, wenn zwischen Spital und Versicherung keine anderslautende Vereinbarung besteht. Die Rechnung ist innert 30 Tagen zu begleichen.

^{2a} Beim Eintritt in das Spital muss der Patient die Bezahlung der Behandlungskosten sicherstellen. Wird die Sicherstellung nicht vor Erbringen der Leistung beigebracht, ist das Spital nicht zur Aufnahme und Behandlung verpflichtet; ausgenommen hiervon sind Notfälle. Für Patienten, bei deren Kosten eine Versicherung, Fürsorgestelle oder Behörde aufkommt, kann das Spital die Kostengutsprache direkt bei der kompetenten Stelle einholen.

^{2b} Das Spital ist bei geplanten stationären Eintritten auf eine Kostengutsprache des Versicherers, einer Behörde usw. angewiesen. Fehlt eine den gesetzlichen Anforderungen genügende Versicherungsdeckung, muss der Patient für den Fehlbetrag bei Eintritt ein Depot leisten. Kann die Sicherstellung nicht rechtzeitig geleistet werden oder lehnt der Versicherer nachträglich eine Kostenübernahme ab, wird der Patient als Selbstzahler nach § 4 betrachtet.

³ Bei dringlichen Aufnahmen wie z.B. einem Notfall werden die entsprechenden Abklärungen nach dem Eintritt veranlasst. Die Depotpflicht bleibt bestehen, die Sicherstellung des Depots wird sobald als möglich nachgeholt.

⁴ Bei Nichtpflichtleistungen sowie bei Personen ohne schweizerischen Wohnsitz und ohne Versicherungsschutz nach schweizerischem Recht können Offerten erstellt werden. In diesen Fällen wird ein Depot in der Höhe der Offerte bei Eintritt verlangt. Das Depot kann bis fünf Arbeitstage im Voraus auf ein Konto des Spitals überwiesen oder mit Meldung am Eintrittstag bar bezahlt werden. Es gelten jeweils die Taxordnung, die Abrechnungsregeln und Preise des Kalenderjahres, in dem der Austritt stattgefunden hat.

⁵ Die obligatorische Versichertenkarte ist bei Eintritt vorzuweisen. Das Spital kann die benötigten Daten speichern. Bei fehlender Vorlage der Versichertenkarte können allfällige Umtriebe den Patienten nach Aufwand verrechnet werden. Das Spital ist ermächtigt, Angaben betreffend Kostendeckung bei den Versicherern einzufordern.

⁶ Bei ausländischen Patienten mit obligatorischer Schweizer Krankenkasse und Anrecht auf Kostenbeitrag eines Anknüpfungspunktes in der Schweiz nach Art. 41 Abs. 2 KVG sind die

notwendigen Dokumente (Grenzgänger Bewilligung, etc.) entsprechend bis zum Eintritt bei geplanten stationären Behandlungen bzw. bei Notfall Eintritt sobald als möglich nach dem Spitalaufenthalt einzureichen.

§ 3 stationäre Falldefinition, Tages-Fallpauschalen

¹ Bei stationären Behandlungen im Akutspital, der psychiatrischen Klinik und der Rehabilitation werden für die allgemeine Abteilung die administrativen Regeln und Vorgaben der Swiss DRG AG und die gemäss den Verträgen mit den Versicherern vereinbarten Pauschalen und Preise angewandt. Zudem gelten entsprechende bundesrechtliche Verordnungen.

² Bei allen anderen stationären Behandlungen sowie für Mehrleistungen werden je nach bestehender Verträge oder Taxordnung die Eintritts- als auch der Austrittstag entweder vollständig als Pflage tag angerechnet oder es gilt der Mitternachtszensus wie im Hotel. Diese Regelung gilt auch bei internen Verlegungen in andere Tarifräume. Welche Tageszählung zur Anwendung kommt, wird angegeben.

³ Bei Beurlaubung während stationären Behandlungen im Akutspital, der psychiatrischen Klinik sowie der Rehabilitation bis zu 24 Stunden am Stück werden gemäss Vorgabe von Swiss DRG AG die Tage der Abwesenheit als Pflage tage angerechnet.

§ 4 Nichtpflichtleistungen und Selbstzahler

¹ 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 Vollkosten fakturiert.

² Dies gilt auch für individuell verlangte Zusatz- und Mehrleistungen aller Patienten sowie für Wahlbehandlungen bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

³ Patienten mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Schaffhausen, welche keine Kostengutsprache des Wohnkantons vorweisen können, müssen in der Regel Differenzbeträge zu den Tarifen des Wohnkantons vollständig selber tragen.

⁴ Das Spital offeriert auf Anfrage hin bei fehlenden Tarifen oder bei Selbstzahlern die geplanten Behandlungen. Für Leistungen im Akutspital, der psychiatrischen Klinik oder der Rehabilitation kann aufgrund der Berechnungssystematik der Fallpauschalen der Rechnungsbetrag am Ende des Aufenthaltes vom Offert-Betrag abweichen. Wo nicht anders vereinbart, gilt die effektiv erbrachte Leistung als Basis für die Rechnungsstellung (Vollkosten).

⁵ Das Spital erstellt Preislisten (Taxordnung) oder individuelle Offerten. Individuelle Offerten mit fest vereinbarten Preisen für Mehrleistungen gehen dem Anhang I vor. Ist ein Gegenstand nicht genügend im Vorfeld geklärt worden oder eine ungenügende Versicherungsdeckung des Patienten war nicht bekannt, trägt der Patient das Kostenrisiko vollständig.

§ 5 Separat verrechnete Leistungen bei stationärem Aufenthalt

Soweit die Verträge mit den Versicherern nichts Abweichendes vorsehen, werden ausserhalb der Tarife folgende Leistungen separat dem Patienten in Rechnung gestellt:

- a) Dialysebehandlungen
- b) Untersuchungen und Behandlungen bei externen Leistungserbringern, inkl. somatische Spitalbehandlungen bei Psychiatriepatienten und Rehabilitationspatienten
- c) Krankentransporte

- d) Medikamente, Mittel und Gegenstände, die zum Gebrauch nach dem Spitalaustritt abgegeben werden
- e) medizinische Leistungen ausserhalb der Leistungspflicht der bundesrechtlichen Sozialversicherungen, inkl. präventivmedizinische Leistungen
- f) individuell verlangte Mehrleistungen für Komfort, Hotellerie und Arztwahl
- g) Hausabklärungen, Sozialberatung, Familiengespräche, externe Dolmetscherdienste
- h) ärztliche Gutachten und Berichte für externe Stellen
- i) Auslagen für persönliche Bedürfnisse wie Telefon, TV, Coiffeur, Pedicure, Zahnarzt, Anschaffungen, Taxi-Dienst, Aufbereitung der persönlichen Wäsche usw.,
- j) Kosten für Sachbeschädigungen
- k) Todesfallkosten, verlangte Autopsien
- l) Hauptreinigung bei Zimmeraufgabe in Langzeitabteilungen

§ 6 Klassenwechsel zu Ein- oder Zweibettzimmer und freie Arztwahl

¹Für Patienten, welche für die Privatabteilung keine genügende Versicherungsdeckung haben und die auf eigenen Wunsch im Ein- oder Zweibettzimmer beherbergt bzw. durch Kaderärzte ihrer Wahl behandelt werden wollen, bestehen verschiedene Mehrleistungsangebote. Die Zuschlagspreise für die Mehrleistungen sind in dieser Taxordnung unter Anhang 1 enthalten.

²Ein einmaliger Wechsel von der Privatabteilung in die Allgemeine Abteilung ist zulässig. Bis und mit dem Tage der Verlegung gelten die Preise der Privatabteilung.

³Ein einmaliger Wechsel von der Allgemeinen Abteilung in die Privatabteilung ist möglich, sofern ein entsprechendes Zimmer verfügbar ist. Ab dem Tage der Verlegung gelten die Preise der Privatabteilung.

§ 7 Privatabteilung

Den Patienten der Halbprivat- und Privatabteilung werden gemäss den jeweiligen Verträgen mit den Versicherern die Mehrleistungen verrechnet. Diese Preise richten sich nach der erfolgten Behandlung im stationären Bereich und sind erst bei Austritt bekannt. Der Preisrahmen für Selbstzahlende ist dem Anhang I zu entnehmen.

§ 8 Ambulante Behandlung und Tageskliniken

¹Ambulante Leistungen sowie Leistungen in den Tageskliniken werden nach den bestehenden Tarifen und Verträgen bzw. nach den Grundsätzen gemäss § 4 abgerechnet.

²Nicht kassenpflichtige Leistungen werden im Sinne von § 4 und § 5 separat und nach Aufwand in Rechnung gestellt, oder es gelten die Preise dieser Taxordnung.

§ 9 Langzeitpflege

¹Für Betreuung und Pension (ohne Leistungen gemäss Ziffer 3 nachstehend) werden für Einwohner des Kantons Schaffhausen Grundpauschalen verrechnet. Für Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz gelten höhere Ansätze. Die Preise werden unter Anhang 1 aufgeführt.

²Verrechnet werden auch Komfortzuschläge (Einbettzimmer auf Wunsch) und Reservationsgebühren bei Abwesenheiten ab dem 3. Tag.

³ Für die Leistungen der Pflege, des Arztes, medizinische Diagnostik und verrechenbare Medikamente und Materialien gelten die vereinbarten bzw. national festgelegten Tarife.

⁴ Weitere Leistungen werden im Sinne von § 4 und § 5 aufwandgerecht verrechnet oder sind unter Anhang 1 aufgelistet.

⁵ Bei Personen, die Anspruch auf Leistungen von Unfall- oder Haftpflichtversicherungen haben, werden die Tarife nach Massgabe des medizinischen und pflegerischen Aufwandes festgelegt.

§ 10 Härtefälle

Stellen verrechnete Leistungen/Kosten für Patienten eine besondere Härte dar, so können sie von der Spitalleitung ganz oder teilweise erlassen werden. Zur Prüfung eines Härtefalls werden Unterlagen wie z.B. Steuerveranlagungen einverlangt und geprüft.

§ 11 Taxen und Anhänge

¹ Die Taxen unter Anhang I bis III sind integrierender Bestandteil dieser Taxordnung.

Anhang I Taxen (Stand 1. Januar 2026)

1 Allgemeine Abteilung

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.

² Für Leistungen, die ausserhalb der genannten bundesrechtlichen Sozialversicherungen erbracht werden, kommen die folgenden Taxen zur Anwendung:

Stationäre Taxen für Selbstzahler/innen gemäss § 2 Ziffer 4	CHF
¹ Baserate-Fallpauschale Akutspital, Normalfall und Wahleingriffe	11'500
¹ Baserate-Fallpauschale Akutspital, Notfall	10'575
¹ Baserate Psychiatrie stationär Akut (bei tagesabhängigem Kostengewicht)	750
Tagespauschale Psychiatrie / Tagesklinik	550
¹ Baserate Rehabilitation Geriatrie (bei tagesabhängigem Kostengewicht)	750

¹Die Fallpauschale (Baserate) gilt als Berechnungsgrundlage bei Kostengewicht 1.0 für die Rechnungsstellung. Die Baserate wird im einzelnen Fall mit dem Schweregrad der Behandlung (Case-Mix-Index) multipliziert.

³ Diese Taxen gelten für Kostenträger ohne Tarifverträge und Selbstzahler mit Depotleistung im System Tiers payant. Für Kostenträger ohne Tarifverträge wird bei Anwendung von Tiers Garant ein Zuschlag von 5 % erhoben.

⁴ Bei den Taxen für ausserkantonale Patienten werden die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes Art. 41 angewendet. Daraus können Differenzbeträge zu Lasten der versicherten Person entstehen.

⁵ Die Rechnung wird in den Fällen der Ziffern 2, 3 und 4 direkt an die behandelte Person gestellt. Sofern eine verbindliche Kostengutsprache einer Versicherung mit ausgewiesenem Betrag der Kostenübernahme besteht, wird dieser Teil direkt dem Versicherer in Rechnung gestellt und der Rechnung an die behandelte Person abgezogen.

2 Privatabteilung und Mehrleistungen der SSH

Für die Privatabteilung (privat und halbprivat) werden drei Mehrleistungspakete angeboten. Der Inhalt der Mehrleistungspakete wird den zusatzversicherten Patienten transparent vor dem Eintritt, im Falle einer Notaufnahme sobald möglich, kommuniziert.

Auf der Rechnung werden mindestens die Leistungspakete dargestellt. Es gelten folgende Bezeichnungen:

- Arzt-Basispreis pro Fall (Arztwahl- und Mehrleistungspaket) freie Arztwahl
- Mehrleistungspaket der Hotellerie
- Mehrleistungspaket der Klinik

Basis zu diesen Leistungen stellt das Vertragsversicherungsgesetz dar (VVG). Für Versicherungen mit Vertrag gelten andere Bestimmungen und Preise, respektive deren Verträge.

- **Arzt-Basispreis pro Fall, Akutspital** (freie Arztwahl - *Medico*)

Das ärztliche Mehrleistungspaket ist einmal pro Aufenthalt geschuldet. Das Paket enthält die freie Arztwahl und Mehrleistungen der Ärzte, die an der Behandlung beteiligt sind. Der gewählte oder bei Notaufnahme zugewiesene Kaderarzt ist Fallführer und für den persönlichen Einsatz und die Koordination verantwortlich. Der Preis wird über den Basispreis und das abgerechnete Fallgewicht nach SwissDRG ermittelt und steht erst am Ende des Aufenthaltes fest.

Arzt-Mehrleistungen pro Fall, Akutspital	Privat in CHF	Halbprivat in CHF
Basispreis bei Kostengewicht 1.0; abhängig vom jeweiligen Fallgewicht	7'500	6'000

- **Arzt-Mehrleistungen in der Psychiatrie und der Rehabilitation**

In den Leistungsbereichen der stationären Psychiatrie und Rehabilitation sind die Arzt-Mehrleistungen Teil der Tagespauschale, welche alle drei Elemente (Arztmehrleistungen, Hotellieriemehrleistungen, Klinikmehrleistungen) enthält und keine weitere Unterscheidung erfordert.

- **Hotellerie- und Klinik-Mehrleistungen Akutspital**

Die Hotellerie- und Klinik-Mehrleistungen werden pro Nacht erhoben. Zu den Hotellieriemehrleistungen gehören die erweiterte Zimmerausstattung, erweiterte Besuchszeit und das erweiterte Verpflegungsangebot. Zu den Klinik-Mehrleistungen gehören die Betreuung und Begleitung von erfahrenen Pflegepersonen sowie eine individuelle Tagesplanung.

pro Nacht	Privat in CHF	Halbprivat in CHF
Hotellerie-Mehrleistungen <i>Komfort</i>	300	180
Klinik-Mehrleistungen Akutspital	500	380

- **Einzelzimmerwahl (Austritt bis 10 Uhr)**

Die Versicherungsklassen Allgemein und Halbprivat können ein Einzelzimmer wählen, solange Zimmer verfügbar sind.

Auf der Gebärabteilung kann von allen Versicherungsklassen ein Familienzimmer gewählt werden - solange verfügbar. Die Pauschale beinhaltet zusätzlich die Verpflegung und Unterkunft der Familienangehörigen (Ehepartner/Lebenspartner sowie Kinder).

Einzelzimmerwahl (Austritt bis 10 Uhr)	pro Nacht in CHF
Albergo (1-Bett-Zimmer für Allgemeinversicherte) *	300
Albergo+ (1-Bett-Zimmer für Halbprivatversicherte) *	155
Familienzimmer (Gebärabteilung) für Allgemeinversicherte *	260
Familienzimmer (Gebärabteilung) für Halbprivatversicherte *	220

* Diese Produkte gelten nur, wenn Zimmer verfügbar sind

Die Arzt-Mehrleistungen sowie die Hotellerie-Mehrleistungen Privat oder Halbprivat können von Allgemein-Versicherten gemeinsam oder separat in Anspruch genommen werden (gilt nicht für Albergo).

Leistungsübersicht:

Arzt- und Komfortpauschale kombiniert (Halbprivat/Privat):

- Unterbringung auf Privatabteilung
- Freie Arztwahl mit Behandlung durch Chefarzt oder leitenden Arzt
- Bevorzugte Reservation eines entsprechenden Zimmers
- Terminwahl

Arzt- ohne Komfortpauschale (Medico)

- Freie Arztwahl mit Behandlung durch Chefarzt oder leitenden Arzt
- Unterbringung auf allgemeiner Abteilung

Komfort- ohne Arztpauschale (Komfort)

- Unterbringung auf Privatabteilung in 1-Bett- oder 2-Bett-Zimmer
- Keine Reservation des Zimmers im Voraus möglich
- Vorbehältlich der Verfügbarkeit eines entsprechenden Zimmers am Eintrittstag

1-Bett Zimmer für Allgemeinversicherte auf allgemeiner Station (Albergo)

- Keine Reservation des Zimmers im Voraus möglich
- Vorbehältlich der Verfügbarkeit eines entsprechenden Zimmers am Eintrittstag

1-Bett Zimmer für Halbprivatversicherte auf privater Station (Albergo+)

- Keine Reservation des Zimmers im Voraus möglich
- Vorbehältlich der Verfügbarkeit eines entsprechenden Zimmers am Eintrittstag

3 Privatabteilung Psychiatrie und Rehabilitation

Die Pauschalen werden pro Aufenthaltstag bzw. Kalendertag erhoben.

Arztwahl- und Komfortpauschale VVG-Psychiatrie	pro Tag in CHF
Halbprivat (2-Bett-Zimmer) *	350
Privat (1-Bett-Zimmer) *	420
1- Bett-Zimmer für Allgemeinversicherte (Albergo)	150
1- Bett-Zimmer für Halbprivatversicherte (Albergo+)	120

Arztwahl- und Komfortpauschale VVG-Rehabilitation	pro Tag in CHF
Halbprivat (2-Bett-Zimmer) * (für allg. Versicherte)	290
Privat (1-Bett-Zimmer) * (für allg. Versicherte)	410
1- Bett-Zimmer für Allgemeinversicherte (Albergo)	170
1- Bett-Zimmer für Halbprivatversicherte (Albergo+)	130

* Diese Produkte beinhalten auch die Arztwahl

4 Langzeitpflege

Pflege-Steuer, Betreuung und Pension bei Einwohnern des Kantons Schaffhausen:

Pflegefinanzierung in CHF, Spitäler Schaffhausen					
Pflege- stufe	Pflegebedarf Minuten	Beiträge Versicherer¹	Patienten- beteiligung Pflege	Betreuung²	Pension^{2/3}
1	1-20	9.60	5.10	-	125
2	21-40	19.20	23	-	125
3	41-60	28.80	23	15	125
4	61-80	38.40	23	30	125
5	81-100	48.00	23	30	125
6	101-120	57.60	23	30	125
7	121-140	67.20	23	30	125
8	141-160	76.80	23	30	125
9	161-180	86.40	23	30	125
10	181-200	96.00	23	30	125
11	201-220	105.60	23	30	125
12	ab 221	115.20	23	30	125

¹ Die Pauschalen zu Lasten der Krankenversicherungen werden anhand der gesetzlichen Vorgaben (Art. 7a Abs. 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung) abgerechnet. Anderweitige KVG-Pflichtleistungen (Arzt, Physiotherapie, Medikamente, usw.) werden nach den ambulant gültigen Einzelleistungstarifen abgerechnet.

² Der Zuschlag für ausserkantonale Patienten beträgt 30 % der Pauschalen «Betreuung» und «Pension».

^{2/3} Zuschlag für ein Einbettzimmer auf Wunsch wird mit CHF 80 pro Tag abgerechnet.

Für Reservationen bei zeitweisen nicht belegten Betten wird eine Gebühr von CHF 85 pro Tag - ab dem 3. Tag - erhoben.

Für die Austritts-/Endreinigung wird eine Pauschale von CHF 300 verrechnet.

Leistungsangebot Wäscherei für Langzeitpflege	in CHF
Wäscheaufbereitung bis Pflegestufe BESA 4 *	
- pro Kilo	9
- Pauschal pro Pflage-tag (Abo)	6
Wäscheaufbereitung ab Pflegestufe BESA 5	inklusiv
Waschgang durch Patienten auf Station - Nutzung Maschine	
- pro Waschgang	6
Beschriftung der Kleidungsstücke bei Eintritt oder Neubeschaffung	
- pro 50 Kleiderstücke	65
Näharbeiten, Flicken von Kleidungsstücken	
- pro Stunde	60
- Materialersatz (Reissverschluss, Knopf, etc.)	Selbstkosten

* Härtefallregelung bei Nachweis körperlicher Gebrechen mit Unmöglichkeit der eigenen Wäscheverrichtung und ohne unterstützungspflichtige Angehörige CHF 1 pro Pflage-tag.

5 Wartepatienten, Pflegepatienten, weitere Hospitalisation

In Fällen, wo die Akutspitalbedürftigkeit im Sinne von Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung nicht mehr gegeben ist, gelangt Art. 50 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung in Anwendung. Zusätzlich werden für Nicht-KVG-pflichtige-Leistungen tagesbezogene Pauschalen pro Tag verrechnet.

Nachsorge nicht indiziert (Hotellerie, Betreuung, Pflegebeitrag)	pro Tag in CHF
Langzeitstation / Akutstation allgemeine Behandlung: Wartepatientinnen und -patienten schulden für Hotellerie, Betreuung und Eigenanteil Pflege pauschal pro Nacht zuzüglich gesetzliche Leistungen zulasten der Wohngemeinde und der Krankenkasse folgende Beträge: (Mehrbettzimmer 1er Zimmer)	250 bis max. 375
Akutstation - Privatstation: - 2er Zimmer / Halbprivate Behandlung - 1er Zimmer / Private Behandlung - Albergo+ / 1-Bett-Zimmer für Halbprivat Versicherte	max. 507 max. 675 max. 687

6 Ambulante Leistungen

¹ Bei ärztlichen Nichtpflichtleistungen sowie Wahlbehandlungen bei Personen gemäss § 2 Abs. 4 wird für die ambulanten Leistungen ein Taxpunktwert von CHF 1.20 angewendet.

² Unentschuldigtes Fernbleiben bei Konsultationen in Sprechstunden werden mit CHF 80 verrechnet, bei neuropsychologischen Untersuchungen CHF 450. Unentschuldigtes Nichtantreten einer Operation wird mit CHF 400 verrechnet.

7 Forensische Psychiatrie

¹ Für Massnahme-Patienten, welche von einer Justizbehörde eingewiesen werden, gilt für akutstationäre Aufenthalte auf der allgemeinen Abteilung folgende Tagepauschale:

- CHF 725 pro Tag

² Nebenkosten wie Taschengeld oder Aktivitätspauschalen werden zusätzlich zu den Tagesvollpauschalen verrechnet. Sicherheitskosten können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

³ Die Rechnungsstellung erfolgt an die zuweisende Justizbehörde. Die von der Krankenversicherung sowie dem Kanton bezahlten Beträge werden dabei in Abzug gebracht.

8 Gutachten

¹ Für psychiatrische Gutachten werden pro Stunde CHF 250 verrechnet.

9 Auskunftsstelle und Offerten

Preisauskünfte werden von den untenstehenden Abteilungen erteilt. Anderweitige Preisauskünfte werden bei der Rechnungsstellung nicht berücksichtigt, ausser sie können mit entsprechenden schriftlichen Dokumenten belegt werden.

Auskunftsstelle für Taxen/Preise: Abteilung Patientenaufnahme und Information

patientenaufnahme@spitaeler-sh.ch

Kontakt:

Tel- +41 (52) 634 28 08

Erstellung von Kostenvoranschlägen: Abteilung Fakturierung

fakturierung@spitaeler-sh.ch

Kontakt:

Tel- +41 (52) 634 33 45

Anhang II - Transporttarif

Der Rettungsdienst der Spitäler Schaffhausen verrechnet die nachfolgenden Preise:

Ziffer	Leistung	Bezeichnung	Interpretation	Preis in CHF
01.01.01.000	Grundtaxe P1 (A / B / C und D mit Sondersignal)¹		Teilpauschale	527.00
01.01.02.000	Grundtaxe P2 (D ohne Sondersignal / E / F)		Teilpauschale	261.00
01.02.02.020	Grundtaxe Delegierter Notarzteinsatz mit Fahrer		Teilpauschale	300.00
01.02.02.020	Grundtaxe Rapid Responder (Notarzfahrzeug mit Fahrer und Rettungspersonal)		Teilpauschale	120.00
01.02.04.010	RTW-Kilometerentschädigung	Hin- und Rückfahrtweg	pro effektiv gefahrene Kilometer	4.00
01.02.02.040	NEF- Kilometerentschädigung	Hin- und Rückfahrtweg	pro effektiv gefahrene Kilometer	2.00
01.02.03.010	Transporthelfer / Studierende 1. + 2. Ausbildungsjahr		Arbeitszeit	35.00
01.02.03.040	Dipl. Rettungssanitäter HF		pro angebrochene 15 Minuten und	45.00
01.02.03.000	Anästhesie- und IPS-Pflege		pro Person / Wartezeiten werden regulär verrechnet.	55.00
01.00.00.000	Notarzt / Notärztin			75.00
01.02.04.080	Disposition durch die Sanitätsnotrufzentrale pauschal	Teilpauschale für Organisation Notrufzentrale pro Primär oder Sekundäreinsatz	pro Fahrt auch ohne Transport Patient	27.00
01.02.04.030	Nachtzuschlag	Zuschlag pro Einsatz – zwischen 20.00 und 06.00 Uhr	kumulierbar mit Sonn- und Feiertagszuschlag	+ 25 %
01.02.04.020	Sonn- und Feiertagszuschlag (inkl. Samstage)	Zuschlag zwischen 00:00 - 23:59 Uhr	kumulierbar mit Nachtzuschlag	+ 25 %
Medizinische Leistungen				
01.02.01.010	Stufe 1	Wundversorgung (Gaze, Cobanbinde, Netzverband...) / EKG (4 Ableitungen) / BZ / Cool- oder Hotpack - erschwert		75.00
01.02.01.020	Stufe 2	PVK mit Infusion / O2 bis 5 Liter / Treppentragestuhl / Tragetuch weiss / EKG (12 Ableitungen) / rektale und dermale Medikamente		160.00
01.02.01.030	Stufe 3	Alle Bergungsgeräte inkl. Rotes Tragetuch / Defi-Pats / Medikamente i/v und i/n / O2 ab 6 Liter / Beckenschlinge		260.00
01.02.01.040	Stufe 4	REA / Intubation / I.O Borer / CPAP / WV mit spez. Material (Traumabandage, Tourniquet, Cytosan, Chest Seal)		400.00
01.02.04.050	Spesen	Auslagenersatz	Auslagen für Verpflegungs- und Übernachtungskosten, Verlade- und Parkgebühren	nach Aufwand
Tardoc-Leistungen Material und Medikamente				
		Nebenleistungen	nach den gültigen ambulanten Tarifen / verwendete Artikel zum Publikumspreis / Spezialitätenliste	
R1	Rotkreuz-Einsatz Kt. SH	Einsatz pro Minute pauschal	Hilfestellung vor Ort des Patienten	8.00
01.01.05.000	Dienst vor Ort (DVO-Pauschale)	ohne Mitnahme von Personen	Pauschale Verrechnung pro Einsatz	250.00
	Einsätze des Rettungsdienstes bei Grossanlässen (Brand etc.)	Präsenz ohne Rettung	pro angebrochene Stunde	250.00

- Die Kosten eines Sammeltransportes werden bis 3 Personen ungeachtet des Aufwandes aufgeteilt. Ab 4 Personen wird jeder Person die DVO-Pauschale verrechnet.
- Die Härtefallregelung aus der Leistungsverrechnung wird gemäss gültiger Taxordnung der Spitäler Schaffhausen angewandt.

¹Die Grundtaxe umfasst die Infrastrukturkosten und Pikettstellungen.

Anhang III - Pauschaltarife Nichtpflichtleistungen 2026

Für **Nichtpflichtleistungen** gelten nachfolgende Spezialpauschalen:

Spezialpauschalen	Tarif ab 1.1.2026
Urologie	CHF
Zirkumzision in Lokalanästhesie	1'100.00
Rituelle Beschneidung in Narkose	1'000.00
Vasektomie in Lokalanästhesie	900.00
Vasektomie in Narkose	1'400.00
Vasektomie als Zusatzeingriff	700.00
Vaso-Vasostomie	8'000.00
Frauenklinik	CHF
IUD Gynefix 200 Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	590.00
IUD Gynefix 200 Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	1'290.00
IUD Jaydess Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	550.00
IUD Jaydess Einlage / Wechsel in Narkose inkl. ärztliche Leistungen und Material	1'200.00
IUD Kyleena Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	550.00
IUD Kyleena Einlage / Wechsel in Narkose inkl. ärztliche Leistungen und Material	1'250.00
IUD Mirena Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	550.00
IUD Mirena Einlage / Wechsel in Narkose inkl. ärztliche Leistungen und Material	1'200.00
IUD Mona Lisa Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	400.00
IUD Mona Lisa Einlage / Wechsel in Narkose inkl. ärztliche Leistungen und Material	1'100.00
Implanon Einlage / Wechsel inkl. ärztliche Leistungen und Material	500.00
Ambulante laparoskopische Sterilisation	1'800.00
Laparoskopische Sterilisation als Zusatzeingriff	800.00
Laparoskopische Sterilisation bei Kaiserschnitt	400.00
Mastopexie einseitig (Bruststraffung) ohne Arztwahl	8'000.00
Mastopexie beidseits (Bruststraffung) ohne Arztwahl	11'000.00
Mammareduktion einseitig (Brustverkleinerung) ohne Arztwahl	8'500.00
Mammareduktion beidseits (Brustverkleinerung) ohne Arztwahl	12'000.00

Orthopädie	CHF
Eigenbluttherapie	220.00
Eigenbluttherapie mit ACP Max-PRP	480.00
HNO (Hals, Nase und Ohren)	CHF
Otoplastik in Narkose	individuelle Berechnung
Otoplastik in Lokalanästhesie	Individuelle Berechnung
Nasenseptumplastik	Individuelle Berechnung
Rhinoplastik als Zusatzeingriff	Individuelle Berechnung
Therapien	CHF
Ergotherapie 30 Minuten	75.00
Ergotherapie 45 Minuten	110.00
Logopädie 45 Minuten	110.00
Physiotherapie 30 Minuten	75.00
Physiotherapie 45 Minuten	110.00
Trainingsberatung / -erstellung 30 Minuten	75.00
Craniosacral Therapie pro 5 Minuten	12.25
Psychiatrie	CHF
RTMS Selbstzahler Pauschale	120.00
RTMS Selbstzahler Pauschale (Ausland)	200.00
TPS Selbstzahler Pauschale	120.00
TPS Selbstzahler Pauschale (Ausland)	200.00

zuständige Person Spitäler Schaffhausen:	Fabienne Grant, Leiterin Rechnungswesen Tel. 041 52 634 28 63; fabienne.grant@spitaeler-sh.ch
--	--