

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Tarife, Gebühren und Regelungen

■ Dokumenteigenschaften

Änderungsdatum	-
Gültig ab	01.01.2023
Version	2
Ersetzt Version	-
Verfasst durch	Direktion
Freigegeben durch	Geschäftsleitung, 12.12.2022
Prozessverantwortlich	Direktionssekretariat

■ Dokumentenverlauf

Änderungsdatum	Version	Bearbeiter	Änderungen
	2	P. Wyss	Allgemeine Aktualisierung

■ Inhaltsverzeichnis

1	Geltungsbereich	4
2	Stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten	4
3	Wohnsitz und anwendbarer Tarif	4
4	Selbstzahlende	4
5	Stationärer Aufenthalt	5
5.1	Abrechnungsmodalitäten	5
5.2	Ein- und Austritt sowie interne Verlegungen (innerhalb der Spitäler fmi AG)	5
5.3	Personen mit einer Privat- oder Halbprivatversicherung	5
5.4	Ärztlich bewilligter Urlaub	5
5.5	Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten Akutsomatik	5
5.6	Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten Psychiatrie	6
5.7	Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten mit Status «Kurzaufenthalt»	7
5.8	Zuschläge für den Aufenthalt in einem Einer-, Zweier- oder Familienzimmer:	7
5.9	Kostenübernahme bei medizinisch nicht notwendigen Verlegungen	8
6	Sekundärtransporte	8
7	Ambulante Behandlungen	8
7.1	Grundsätze	8
7.2	Ambulante Tarife	8
8	Rettungsdienst	9
9	Todesfallkosten	10
10	Zuschläge und besondere Leistungen / Diverses	11
11	Langzeitpflege	11
11.1	Berechnung der Aufenthaltstage, Urlaub	11
11.2	Tarife	12
12	Abgeltung weiterer Leistungen der Spitäler fmi AG	12
13	Besondere Bestimmungen	12
13.1	Besondere vertragliche Vereinbarungen	12
13.2	Rechnungsstellung	12
13.3	Anzahlungen an Behandlungskosten	12
13.4	Zahlungsfrist und Mahnwesen	13
13.5	Betreibungen / Abzahlungsverträge / Verzugszins	13
13.6	Gerichtsstand, anwendbares Recht	13
14	Inkrafttreten	13

1 Geltungsbereich

Diese Geschäftsbedingungen regeln die Behandlungs- und Aufenthaltspreise der Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG (kurz: Spitäler fmi AG) sowie die Gebührenpflicht für weitere Leistungen der Spitäler fmi AG. Vorbehalten bleiben abweichende Regelungen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes.

Es werden die Tarife gemäss individuellen Verträgen mit Versicherungen oder die durch die Genehmigungsbehörde festgesetzten Tarife fakturiert. Ohne gültigen Vertrag werden der anerkannten schweizerischen Kranken- oder Unfallversicherung sowie den Selbstzahlenden die Tarife gemäss den Geschäftsbedingungen in Rechnung gestellt.

Ungedeckte Kosten, die durch unkorrekte oder unvollständige Angaben oder fehlender Mitwirkungspflicht der Patientin respektive des Patienten verursacht wurden (z. B. Angaben zu Wohnsitzkanton oder Versicherungskategorie, fehlende Unfallmeldung bei der Versicherung), gehen zu Lasten der zu behandelnden Person.

2 Stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten

Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs.1 KVG gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital:

- von mindestens 24 Stunden
- von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett (Pflegestation/ Intensivmedizin/ IMC/ Wöchnerinnenbett) belegt wird
- bei Überweisung in ein anderes Spital
- bei Todesfällen

Alle übrigen Behandlungen sind ambulant. Patientinnen und Patienten, welche ausschliesslich die Notfallstation, das Schlaflabor, die Dialyse oder das Geburtszimmer beanspruchen (weniger als 24 Stunden sowohl tagsüber als auch nachts) oder sich in Tages- oder Nachtkliniken aufhalten, gelten ebenfalls als ambulant.

3 Wohnsitz und anwendbarer Tarif

Massgebend für die Bestimmung des anwendbaren Tarifs im KVG-Bereich ist immer der gesetzliche Wohnsitz der behandelten Person. Die Definition des Wohnsitzes richtet sich nach den Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches.

Für ausserkantonale Patientinnen und Patienten kommt der Referenztarif des jeweiligen Kantons zur Anwendung. Falls dieser Referenztarif tiefer ist als derjenige des Kantons Bern, geht der Differenzbetrag zu Lasten der behandelten Person, die ausserhalb des Kantons wohnt. Bei Personen mit Wohnsitz im Ausland kommen die Tarife für Selbstzahlende zur Anwendung sofern keine europäische Versicherungsdeckung E111 oder E112 beigebracht werden kann.

Jede Patientin respektive jeder Patient hat bei Spitaleintritt bzw. bei Beginn einer ambulanten Behandlung die gültige Krankenversicherungskarte vorzuweisen. Die Spitäler fmi AG speichert die notwendigen Daten und ist berechtigt, Angaben zur Kostendeckung bei der Versicherung, dem Wohnkanton oder der gemeinsamen Einrichtung KVG abzufragen. Allfällige Umtriebe der Spitäler fmi AG bei Nichtvorweisen der gültigen Versicherungskarte können der Patientin respektive dem Patienten nach Aufwand in Rechnung gestellt werden. Zusätzlich ist ein gültiger persönlicher Ausweis mitzubringen. Als persönlicher Ausweis gelten amtliche Ausweise wie beispielsweise Identitätskarte, Fahrausweis, Ausländerausweis oder Aufenthaltsbewilligung.

4 Selbstzahlende

Als Selbstzahlende gelten Personen, die für die gewünschten resp. die in Anspruch genommenen Spitalleistungen keine oder keine vollumfängliche Versicherungsdeckung einer anerkannten schweizerischen Kranken- oder Unfallversicherung oder eines anderen von der Spitäler fmi AG anerkannten Garanten vorweisen können.

Für Selbstzahlende kommen die Tarife gemäss Ziffer 5.5 ff zur Anwendung. Selbstzahlende können die Leistungen der allgemeinen, halbprivaten und privaten Abteilung wählen. Die Kostenvoranschläge gemäss Ziffer 5.5 gelten vorbehaltlich von Zuschlägen für separate Leistungen, Komplikationen oder anderen Ereignissen, welche sich auf die offerierten Kosten auswirken.

Bei Selbstzahlenden wird eine Anzahlung gemäss Kostenvoranschlag oder bei Notfällen aufgrund der erwarteten Kosten erhoben. Der Betrag ist gemäss Vorgaben der Spitäler fmi AG vor oder bei Eintritt (ambulant und stationär) in das Spital zu bezahlen und wird ohne Verzinsung in der Endabrechnung berücksichtigt.

Übersteigen die Behandlungskosten die Höhe der Anzahlung, ist das Spital jederzeit berechtigt, für die nicht gedeckten und künftigen Kosten von der behandelten Person eine Nachzahlung bereits während der Behandlung zu verlangen. Die geleisteten Anzahlungen werden bei der Endabrechnung in Abzug gebracht.

5 Stationärer Aufenthalt

5.1 Abrechnungsmodalitäten

In der Akutsomatik erfolgt die Abrechnung nach SwissDRG und in der Psychiatrie nach TARPSY mit Fallpauschalen. Bei Personen, welche Privat oder Halbprivat versichert sind sowie bei Selbstzahlenden werden zusätzlich eine Zusatzfallpauschale und/oder eine Tagespauschale abgerechnet.

5.2 Ein- und Austritt sowie interne Verlegungen (innerhalb der Spitäler fmi AG)

Bei Abrechnung nach Tagespauschalen werden für den Eintritts- und den Austritts- bzw. Verlegungstag die vollen Tagespauschalen bzw. Tagesteilpauschalen in Rechnung gestellt.

5.3 Personen mit einer Privat- oder Halbprivatversicherung

Personen, welche Privat oder Halbprivat versichert sind, werden in der Regel von einer Chef-, Kader- oder Belegärztin respektive -arzt behandelt. Die zu behandelnde Person wählt bei Spitaleintritt die entsprechende ärztliche Fachperson aus. Für diese Patientinnen und Patienten besteht die freie Wahl der ärztlichen Fachperson.

Stationäre, privat versicherte Personen werden in einem Einbettzimmer untergebracht, stationäre, halbprivat versicherte Personen in einem Zweibettzimmer.

5.4 Ärztlich bewilligter Urlaub

In der Akutsomatik und der Psychiatrie wird der Urlaub nach den Regeln von SwissDRG respektive Regeln von TARPSY abgerechnet. Bei Abrechnung nach Tagespauschalen werden die Tage, an der die behandelte Person einen Urlaub antritt oder beendet, voll berechnet.

5.5 Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten Akutsomatik

Alle Patientinnen und Patienten

SwissDRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0

- Krankenversicherungen nach Art. 11 KVG → gemäss Vertrag mit Versicherung oder Vorgabe Kanton
- Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung → gemäss Vertrag mit Versicherung
- Selbstzahlende Notfall Ausland → Notfallpauschale CHF 1'500.00
Nachtpauschale CHF 3'500.00
Operations-Zuschlag gross CHF 12'000.00
Operationszuschlag mittel CHF 10'000.00
Operations-Zuschlag klein CHF 8'000.00
IPS-Zuschlag pro Nacht CHF 1'800.00
Intermediate Care pro Nacht CHF 1'000.00
- Selbstzahlende Wahleintritt → gemäss Kostenvoranschlag bzw. Endabrechnung

Mehrleistungen Halbprivat- und Privatpatientinnen respektive Halbprivat- und Privatpatienten

Grundsätzlich richten sich die Tarife im Zusatzversicherungsbereich nach dem Vertrag mit der Versicherung. Die untenstehenden Tarife kommen zur Anwendung, falls kein gültiger Vertrag mit der Versicherung oder keine Versicherung vorliegt. Die Tarife gelten zusätzlich zum Tarif für alle Patientinnen und Patienten. Die freie Wahl der ärztlichen Fachperson für die stationäre Behandlung ist in der Regel nur in Kombination mit den Leistungen der Halbprivat- oder Privatkategorie möglich. Liegt kein gültiger Vertrag mit der Versicherung vor, erfolgt zur SwissDRG-Fallpauschale für die Grundversicherung eine Zusatzfallpauschale nach SwissDRG mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0:

	Personen mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung ohne bestehenden Vertrag zwischen Spitäler fmi AG und Versicherung und Selbstzahlende (Wohnsitz Schweiz)	Selbstzahlende (Wohnsitz Ausland)
Leistungen Halbprivatkategorie	CHF 5'800.00	CHF 9'000.00
Leistungen Privatkategorie	CHF 8'900.00	CHF 14'100.00

Diese Pauschale deckt die freie Wahl der ärztlichen Fachperson, die Mehrleistungen für diese Patientinnen und Patienten, wie z. B. Leistungen der Ärztinnen und Ärzte, Hotellerie und Pflege ab. Die Mehrleistungen finden Sie in unserem Mehrleistungskonzept unter www.spitalfmi.ch>Patienten>Taxen.

5.6 Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten Psychiatrie

Alle Patientinnen und Patienten

Tagespauschale Tarpsy mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0

- Krankenversicherungen nach Art. 11 KVG → gemäss Vertrag mit Versicherung oder Vorgabe Kanton
- Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung → gemäss Vertrag mit Versicherung
- Selbstzahlende → gemäss Kostenvoranschlag bzw. Endabrechnung

Mehrleistungen für Personen, welche Privat respektive Halbprivat versichert sind

Zusätzlich zum Tarif für alle Patientinnen und Patienten erfolgt ein Zuschlag je Pflage-tag (inkl. Eintritts- und Austrittstag). Grundsätzlich richten sich die Tarife im Zusatzversicherungsbereich nach dem Vertrag mit der Versicherung. Liegt kein gültiger Vertrag mit der Versicherung vor, erfolgt zum Tarif für alle Patientinnen und Patienten für die Mehrleistungen folgender Zuschlag je Pflage-tag:

	Personen mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung ohne bestehenden Vertrag zwischen Spitäler fmi AG und Versicherung	Selbstzahlende Zuschlag je Pflage-tag (Ausland)
Leistungen Halbprivatkategorie	CHF 300.00 (→ CHF 250.00 Tagespauschale + CHF 50.00 Pauschale der ärztlichen Fachperson pro 15 Minuten)	CHF 500.00 (→ CHF 400.00 Tagespauschale + CHF 100.00 Pauschale der ärztlichen Fachperson pro 15 Minuten)
Leistungen Privatkategorie	CHF 475.00 (→ CHF 400.00 Tagespauschale + CHF 75.00 Pauschale der ärztlichen Fachperson pro 15 Minuten)	CHF 850.00 (→ CHF 700.00 Tagespauschale + CHF 150.00 Pauschale der ärztlichen Fachperson pro 15 Minuten)

Diese Pauschale deckt die freie Wahl der ärztlichen Fachperson, die Mehrleistungen für diese Patientinnen und Patienten, wie z. B. Leistungen der ärztlichen Fachperson, Hotellerie und Pflege ab. Die Mehrleistungen finden Sie in unserem Mehrleistungskonzept unter www.spitalfmi.ch>Patienten>Taxen.

5.7 Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten mit Status «Kurzaufenthalt»

Bei diesen Patientinnen und Patienten besteht keine Akutspitalbedürftigkeit mehr. Neben der Versicherungsleistung gemäss Krankenversicherungsvertrag werden der zu behandelnden Person die Beträge gemäss Ziffer 10 pro Tag in Rechnung gestellt.

5.8 Zuschläge für den Aufenthalt in einem Einer-, Zweier- oder Familienzimmer:

Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Abteilung oder Halbprivatabteilung können im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und der aktuellen Bettenbelegungssituation gegen Aufpreis in einem Ein- bzw. Zweibettzimmer untergebracht werden. Der Zuschlag beinhaltet nur das Zimmer ohne Hotellerie und ohne Mehrleistungen der Halbprivat- oder Privatkategorie. Bei Zimmerknappheit haben die zusatzversicherten Patientinnen und Patienten Vorrang.

Zuschläge:

	Inland	Ausland
Bei Allgemeinpatientinnen und -patienten für den Aufenthalt in einem Zweibettzimmer ohne Mehrleistungen pro Tag	CHF 150.00	CHF 300.00
Bei Allgemeinpatientinnen und -patienten für den Aufenthalt in einem Einbettzimmer ohne Mehrleistungen pro Tag	CHF 200.00	CHF 400.00
Bei Halbprivatversicherten für den Aufenthalt in einem Einbettzimmer ohne Mehrleistungen pro Tag	CHF 100.00	CHF 200.00

Familienzimmer für Wöchnerinnen, Kind und Begleitperson (Pauschale für 3 Nächte)			
	Inland	Ausland	Bemerkungen
Grundversicherung	CHF 480.00	CHF 1000.00	Verr. 3 Nächte
Halbprivat	CHF 240.00	CHF 500.00	Verr. 3 Nächte
Privat	CHF 120.00	CHF 250.00	Verr. 3 Nächte
weitere Nacht (Grundversicherung)	CHF 150.00	CHF 250.00	Verr. pro Nacht
weitere Nacht (Halbprivat)	CHF 100.00	CHF 200.00	Verr. pro Nacht
weitere Nacht (Privat)	CHF 50.00	CHF 100.00	Verr. pro Nacht

Bettenbenützung Begleitpersonen		
	Inland	Ausland
Liege mit Morgenessen	CHF 50.00	CHF 80.00
Bett mit Morgenessen	CHF 100.00	CHF 160.00
Säuglinge pro Nacht	CHF 55.00	
Säuglinge pro Nacht inkl. Betreuung Säugling	CHF 110.00	
MuKi-Zimmer mit Morgenessen	CHF 35.00	

Der Eintritts- bzw. Verlegungstag wird voll in Rechnung gestellt, unabhängig von der Eintrittszeit. Der Austrittstag wird nicht in Rechnung gestellt. Falls die Verlegung in eine höhere Zimmerkategorie aus betrieblichen oder medizinischen Gründen notwendig ist, werden keine Komfortzuschläge fakturiert.

Telefon-/Internet-/Radio-/TV-Gebühren	
Telefon	Markt-üblicher Tarif für Gespräche
Internet	kostenlos
Radio	kostenlos
Fernsehen Zusatzversicherte	kostenlos
Fernsehen Grundversicherte	CHF 5.00 pro Tag (10 Minuten frei)

5.9 Kostenübernahme bei medizinisch nicht notwendigen Verlegungen

Wünscht eine zu behandelnde Person aus persönlichen Gründen eine Verlegung in ein anderes Spital, muss sie allfällige nicht durch die Versicherung gedeckte Mehrkosten selber übernehmen. Es kann sich dabei um Behandlungsmehrkosten und Transportkosten nach Ziffer 6 handeln.

6 Sekundärtransporte

Sekundärkrankentransporte werden vom verlegenden Spital übernommen und sind im Rahmen der DRG-Fallpauschale oder der TARPSY-Pauschale abgegolten

Verrechnung zu Lasten Patientin respektive Patient in folgenden Fällen

- Alle Transporte, die von Dritten in Auftrag gegeben wurden
- Alle Transporte, die auf Wunsch der zu behandelnden Person durchgeführt werden
- Alle Transporte, die nicht medizinisch indiziert sind
- Alle Transporte für Selbstzahlende mit Wohnsitz im Ausland
- Verlegung ab Spitäler fmi AG in ein Kurhaus oder in ein Alters- und Pflegeheim (inkl. Seniorenpark Weissenau)

7 Ambulante Behandlungen

7.1 Grundsätze

Für ambulante Patientinnen und Patienten gilt die Einzelleistungsfakturierung nach den gültigen Tarifstrukturen und Tarifen. Ausgenommen sind die gemäss separaten Verträgen pauschal vergüteten Behandlungen.

Ambulante Patientinnen und Patienten haben auf Verlangen der Spitäler fmi AG eine Kostengutsprache vorzulegen oder einen Kostenvorschuss zu leisten.

Für versäumte Termine ohne Abmeldung spätestens 24 Stunden vor dem Termin kann ein Pauschalbetrag von mindestens CHF 50.00 in Rechnung gestellt werden.

7.2 Ambulante Tarife

Es gelten die in Verträgen mit der Versicherung oder per Verfügungen festgelegten Taxpunktwerte bzw. Pauschalen. In allen anderen Fällen gelten die nachfolgenden Taxpunktwerte:

	Wohnsitz Inland	Wohnsitz Ausland
Leistungen des ärztlichen Fachpersonals	CHF 1.20	CHF 1.80
Laborleistungen	CHF 1.20	CHF 1.80
Physiotherapie	CHF 1.20	CHF 1.80
Ergotherapie	CHF 1.20	CHF 1.80
Logopädie	CHF 1.20	CHF 1.80
Ernährungs- und Diabetesberatung	CHF 1.20	CHF 1.80
Hebammen	CHF 1.20	CHF 1.80
Stoma-Beratung	CHF 1.20	CHF 1.80

Hämodialyse

Bei der Hämodialyse gilt bei Selbstzahlenden Ausland ein Tarif von CHF 550.00 für den Spitalteil.

8 Rettungsdienst

Die Kosten für Primärkranken Transporte bis in das Zielspital, die durch spitaleigene Ambulanzen durchgeführt werden oder dem Spital von einem externen Transportunternehmen in Rechnung gestellt wurden, werden der zu behandelnden Person in Rechnung gestellt (System des Tiers Garant). Leerfahrten werden derjenigen Person in Rechnung gestellt, die von der Leistung des Rettungsdienstes hätte profitieren sollen. Es gelten die gleichen Tarife wie für erfolgte Primäreinsätze. Grundsätzlich richten sich die Tarife nach dem Vertrag mit der Versicherung. Die untenstehenden Tarife kommen zur Anwendung, falls kein gültiger Vertrag mit der Versicherung vorliegt sowie bei Selbstzahlenden.

Grundleistungen		
Grundtaxe pro Einsatz für Primär- und Sekundäreinsätze (ohne Personal). Die Grundtaxe umfasst die Einsatzdisposition, Infrastrukturkosten und Pikettstellung (inkl. Desinfektion/Reinigung/Wäsche des Fahrzeuges), inkl. Wartezeiten.	Pauschale	CHF 230.00
Anzahl KM (Kilometerpreis)	Hin- und Rückfahrt	CHF 3.80
Dienstleistung ohne Transport der zu behandelnden Person		Bei Dienstleistungen ohne Transportfolgen werden je Grundtaxe, die Kilometer-Erschädigung sowie Dienstleistungen vor Ort an der zu behandelnden Person in Rechnung gestellt

Personal (inkl. Fahrer)		
Transporthelfer:in / Dipl. Pflegepersonal, Rettungssanitäter:in in Ausbildung, Dipl. Rettungssanitäter:in, Dipl. Kinder-, Anästhesie und Intensivpflegepersonal	je Person und angebrochene 15 Min.	CHF 35.00
Ärztliche Fachperson	je angebrochene 15 Min.	CHF 75.00

Notarzteinsätze und Dienstleistungen/Anästhesie/Firstresponder		
Noteinsatzfahrzeug	Zubringerpauschale	CHF 100.00
Anzahl KM (Kilometerpreis)	Hin- und Rückfahrt	CHF 3.80
Personal		Siehe Ansätze «Personal»

Notfallärztin und Notfallarzt		
Notfallärztin und Notfallarzt	z.B. Hausärztin respektive Hausarzt	stellt selber Rechnung

Zuschläge		
Nachtzuschlag	pro Einsatz 20.00 Uhr bis 06.00 Uhr	+ 25% auf Personalkosten
Sonntags-/Feiertagszuschlag	Gilt für Einsätze welche zwischen 00.00 Uhr und	+ 50% auf Personalkosten

	24.00 Uhr des betreffenden Tages begonnen werden	
Isoletten- und Organtransporte		Gilt der Normaltarif «Grundleistungen»
Mehrere Patientinnen und Patienten im Fahrzeug		Die Gesamtkosten werden anteilmässig auf alle Patienten verteilt

Zusatzleistungen		
Standard	Grundmonitoring, Infusion und Blutentnahme sowie Wäsche und Kleinmaterial	In Grundtaxe inbegriffen
Standard erweitert	Standard und zusätzlich Spritzen und Medikamente, Telemetrie, O2 Maske, Multifunktionselektroden und dergleichen	CHF 80.00
Reanimation Narkoseeinleitung Schwere Verbrennungen	Standard erweitert und zusätzlich Beatmungsgerät, Lucas, Halskragen, Beckengurt und dergleichen	CHF 320.00
Ausserordentliche Fahrzeugreinigung (z.B. a.o. Verschmutzung, Hygiene bei Pandemie, MRSA usw.)		CHF 100.00

Spezial- und Eventeinsätze	Gemäss Kostenvoranschlag und Endabrechnung
-----------------------------------	--

9 Todesfallkosten

Kühlraum	Pauschale bis 2 Tage	CHF 115.00 (inkl. MwST)
	Pauschale pro weiterer Tag	CHF 57.50
Aufbahrung	Pauschale bis 4 Tage	CHF 230.00
	Pauschale pro weiterer Tag	CHF 57.50
Sezierraum	Pauschale	CHF 200.00
Ausserordentlicher Aufwand	Pro Arbeitsstunde	CHF 126.00
1. Herrichtung für Aufbahrung	Pauschale für stat. Patientinnen und Patienten Frutigen und Interlaken bzw. Pflegeheim Frutigland	CHF 40.00
Tiefkühlraum-Zuschlag (pauschal)	nur in Meiringen	CHF 136.00
Investitionszuschlag Auswärtige (Bewohner ausserhalb Gemeinden Hasliberg, Meiringen und Schattenhalb)	nur in Meiringen	CHF 324.00

10 Zuschläge und besondere Leistungen / Diverses

Die zu behandelnden Personen tragen die Kosten für:

- Medikamente, die der zu behandelnden Person beim Austritt aus dem Spital mitgegeben werden
- Private Porti, weitere private Aufwendungen oder durch besondere Wünsche der zu behandelnden Person bedingte Mehrleistungen
- Kosten für Spezialärztinnen und -ärzte sowie Medizinalpersonen, die ohne medizinische Notwendigkeit auf Wunsch der zu behandelnden Person zugezogen werden
- Kosten für während des Aufenthaltes in der Spitäl fmi AG in externen Kliniken und Institutionen durchgeführte medizinische Behandlungen, die nicht im Zusammenhang mit dem aktuellen Aufenthalt in der Spitäl fmi AG stehen und auf Wunsch der zu behandelnden Person veranlasst worden sind
- Zahnärztliche Behandlungen
- Kosten für Sitzwachen, die auf Wunsch der zu behandelnden Person oder deren Angehörigen veranlasst wurden
- Reparaturkosten bei Sachbeschädigungen
- Die Kosten für Kopien der Patientendokumentation (inkl. Röntgenbildern etc.) können bei wiederholtem Verlangen von Kopien innerhalb von 12 Monaten oder bei grossem Arbeitsaufwand bis max. CHF 300.00 betragen.
- Bettenreservation und Effektenaufbewahrung während Urlaub
- Auslagen für Begleitung
- Kosten für besondere Dolmetsch- und Übersetzungsleistungen, welche über die gesetzliche Patientenaufklärung hinausgehen und auf Wunsch der zu behandelnden Person bzw. mit dessen Einwilligung erbracht worden sind

Diese Liste ist nicht abschliessend. Die Spitäl fmi AG bietet verschiedene Leistungsangebote ausserhalb der gesetzlichen Grundversicherung an, insbesondere in der Frauenklinik. Diese Angebote werden der zu behandelnden Person zusätzlich in Rechnung gestellt.

11 Langzeitpflege

Die folgenden Ausführungen gelten ebenfalls für Wartepatientinnen und -patienten auf Akutabteilungen mit Wohnsitz in der Schweiz.

11.1 Berechnung der Aufenthaltstage, Urlaub

Der Ein- und Austrittstag wird voll in Rechnung gestellt. Bei Urlaub werden der Austritts- und der Rückkehrtag voll in Rechnung gestellt. Bei Abwesenheiten wird eine Reservationstaxe von CHF 168.20 pro Tag fakturiert.

11.2 Tarife

Pflege- stufe	Hotellerie, Betreuung und Infrastruktur	Pflegetarif	Nettotarif	Beitrag Krankenkasse	Beitrag Kanton
0	CHF 168.20	CHF 0.00	CHF 168.20	CHF 0.00	CHF 0.00
1	CHF 168.20	CHF 1.60	CHF 169.80	CHF 9.60	CHF 0.00
2	CHF 168.20	CHF 14.40	CHF 182.60	CHF 19.20	CHF 0.00
3	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 28.80	CHF 4.20
4	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 38.40	CHF 17.00
5	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 48.00	CHF 29.80
6	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 57.60	CHF 42.60
7	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 67.20	CHF 55.40
8	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 76.80	CHF 68.20
9	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 86.40	CHF 81.00
10	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 96.00	CHF 93.80
11	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 105.60	CHF 106.60
12	CHF 168.20	CHF 23.00	CHF 191.20	CHF 115.20	CHF 119.40

Falls bei ausserkantonalen Patientinnen und Patienten der Beitrag tiefer ist, wird die Differenz der zu behandelnden Person in Rechnung gestellt.

Folgende Leistungen werden zusätzlich in Rechnung gestellt:

- Kosten der ärztlichen Fachperson, Medikamente, Mittel und Gegenstände sowie durch die ärztliche Fachperson verordnete Nebenleistungen. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an die Krankenversicherungen. Die Rechnungsstellung für Nichtpflicht- Leistungen erfolgt an die Bewohnerinnen und Bewohner.
- Zusätzliche Leistungen für persönliche Bedürfnisse (z.B. Haarpflege, Pediküre usw.) sind von den Bewohnenden separat zu bezahlen.
- Weitere Leistungen werden nach Aufwand in Rechnung gestellt.

12 Abgeltung weiterer Leistungen der Spitäler fmi AG

Es gelten die von der Spitäler fmi AG festgelegten Tarife sofern nicht durch Gesetz oder Verträge geregelt.

13 Besondere Bestimmungen

13.1 Besondere vertragliche Vereinbarungen

Die Spitäler AG fmi kann mit den Versicherungen wie auch mit übrigen Dritten Verträge abschliessen, die von diesen Geschäftsbedingungen abweichen.

13.2 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt analog den gesetzlichen Vorschriften im KVG-Bereich (Art. 42 KVG und KVV ff.). Leistungen, für welche die Versicherungen nicht vollständig aufkommen, kann die Spitäler fmi AG der zu behandelnden Person in Rechnung stellen. Falls der zu behandelnden Person nicht direkt Rechnung gestellt wird, hat sie ein Anrecht auf eine Kopie der Rechnung, die der Versicherung zugestellt wurde. Auf diese Rechnungskopie kann verzichtet werden

13.3 Anzahlungen an Behandlungskosten

Grundsätzlich ist die Forderung nach einer Anzahlung immer möglich. Eine Anzahlung wird jedoch hauptsächlich in den folgenden Fällen verlangt:

- Debitorenausstände und/oder Verlustscheine aus früheren Behandlungen
- Ungenügende Kostengutsprache von Versicherungen
- Nichtpflichtleistungen

Die Zahlung ist vor dem Eintritt zu leisten. Ist absehbar, dass die Anzahlung nicht ausreicht, wird eine weitere Zahlung verlangt.

13.4 Zahlungsfrist und Mahnwesen

Die Rechnung ist innert 30 Tagen ab Rechnungsdatum zu bezahlen. Im Verzugsfall kann ein Verzugszins von 5% erhoben werden (Art. 104 Abs. 1 OR). Für die Bezahlung werden keine Schecks akzeptiert. Die erste Mahnung ist gratis. Für jede weitere Mahnung wird eine Gebühr von CHF 30.00 erhoben. Die Spitäler fmi AG kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Die Kundin respektive der Kunde hat hierfür dem beigezogenen Dritten direkt Mindestbearbeitungsgebuhren zu bezahlen und ihm darüber hinaus dessen individuellen Aufwände und Auslagen zu entschädigen, die für das Inkasso notwendig sind.

Die Gebühren betragen wie folgt:

Forderungshöhe in CHF	Bearbeitungsgebühr in CHF
CHF 0.00 - 19.00	CHF 37.00
CHF 20.00 - 59.00	CHF 58.00
CHF 60.00 - 144.00	Entspricht offener Forderungshöhe
CHF 145.00 - 399.00	CHF 145.00
CHF 400.00 - 999.00	CHF 225.00
CHF 1'000.00 - 1'999.00	CHF 285.00
CHF 2'000.00 - 2'999.00	CHF 385.00
CHF 3000.00 - 4'999.00	CHF 575.00
CHF 5'000.00 - 6'999.00	CHF 685.00
CHF 7'000.00 - 9'999.00	CHF 825.00
CHF 10'000.00 - 19'999.00	CHF 1'375.00
CHF 20'000.00 - 49'999.00	CHF 2'600.00
CHF 50'000.00	6 % der offenen Forderungshöhe

13.5 Betreibungen / Abzahlungsvertrage / Verzugszins

	Inland und Ausland
Betreibungskosten	gemäss Tarif Betreibungsamt
Grundgebühr Abzahlungsvertrage	CHF 50.00
Verzugszins	Gemäss OR 5 % ab Verfall

13.6 Gerichtsstand, anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit den Geschäftsbedingungen gilt der ausschliessliche Gerichtsstand Unterseen. Es gilt ausschliesslich Schweizer Recht.

14 Inkrafttreten

Diese Geschäftsbedingungen treten auf den 1. Januar 2023 in Kraft.