Spital Thurgau

Kantonsspitäler
Frauenfeld und Münsterlingen

Geschäftsbedingungen und Preise

für die stationären und ambulanten Patienten und Patientinnen*
der *Kantonsspitäler Frauenfeld (KSF)* und *Münsterlingen (KSM)*

Die aktuellen Versionen finden Sie immer unter www.stgag.ch

Spital Thurgau, gültig ab 1. Januar 2024

* Wenn auf folgenden Seiten die weibliche Form nicht der männlichen Form beigestellt ist, so ist der Grund dafür allein die bessere Lesbarkeit.
Wo sinnvoll, ist selbstverständlich immer auch die weibliche Form gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1 Geltungsbereich 3
2 Besondere vertragliche Vereinbarungen 3
3 Begriffsbestimmungen 3
3.1 Kategorie nach Herkunft 3
3.2 Abgrenzung stationär/ambulant 3
3.3 Dauer des Aufenthaltes 3
4 Kostengarantie 4
5 Rechnungsstellung, Verzugszinsen 4
6 Schuldenerlass 4
7 Preise (Taxen) 4
7.1 Stationäre Patienten der allgemeinen Abteilung 5
7.2 Stationäre Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen 7
7.3 Selbstzahler 7
7.4 Ambulante Patienten 8
7.5 Rettungsdienst 9
7.6 Preise für Nichtpflichtleistungen 10
7.7 Spezifische Verträge mit Versicherern 10
7.8 Verträge mit MTK-Versicherern (UV/IV/MV) 10
8 Gerichtsstand / Anwendbares Recht 10

1 Geltungsbereich

Diese Bedingungen regeln die Behandlungs- und Aufenthaltskosten für Patienten der *Kantonsspitäler Frauenfeld* und *Münsterlingen*.

2 Besondere vertragliche Vereinbarungen

Die Geschäftsleitung der *Spital Thurgau* kann mit den vom Bund anerkannten Krankenversicherungen und anderen Versicherungen wie auch mit übrigen Dritten besondere Verträge abschliessen, die von diesen Geschäftsbedingungen abweichen.

3 Begriffsbestimmungen

3.1 Kategorie nach Herkunft

a. Bei der Begriffsbestimmung Kantonseinwohner wird Art. 23 ZGB zugrunde gelegt. Der Wohnsitz einer Person befindet sich demnach an dem Ort, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält; der Aufenthalt zum Zweck der Ausbildung oder die Unterbringung einer Person in einer Erziehungs- oder Pflegeeinrichtung, einem Spital oder Strafanstalt begründet für sich allein keinen Wohnsitz. Massgebend ist somit die Hinterlegung der Schriften (der sogenannte Schriftenort).
b. Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten[1] werden in tariflicher Hinsicht im Inland wohnhaften Schweizern gleichgestellt. Voraussetzung ist dabei das Vorliegen der Europäische Krankenversichertenkarte.

3.2 Abgrenzung stationär/ambulant

a. Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital gem Art. 3 VKL:
   - von mindestens 24 Stunden;
   - von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
   - im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
   - im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
   - bei Todesfällen (inkl. Transportweg ins Spital)
b. Diese Zuordnung gilt auch als Primat bei einer allfälligen Zusatzversicherung bei einem VVG-Versicherer.
c. Alle anderen Patienten gelten als ambulante Patienten.

3.3 Dauer des Aufenthaltes

Die Dauer des Aufenthaltes wird nach folgender Formel ermittelt:
Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum.
Ferien- bzw. Urlaubsabwesenheiten werden voll verrechnet.

---

[1] EU/EFTA-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern.
UK: mit Nachweis der speziellen EHIC-Karte des Vereinigten Königreichs (Vermerk "CRA" zwingend erforderlich).

4 Kostengarantie

Beim Eintritt in das Spital muss der Patient die Bezahlung der Kosten sicherstellen.

a. Durch die Kostengutsprache eines vom Spital anerkannten Versicherers oder eines anderen Kostenträgers.
b. Oder durch Leistung eines Bardepots.
c. Bei Aufnahme von Notfällen ist die Sicherstellung so bald als möglich zu leisten.
d. Die obligatorische Krankenversichertenkarte ist bei Eintritt vorzuweisen; die *Spital Thurgau* kann die benötigten Daten in ihrem System einlesen/speichern.
e. Bei fehlender Vorlage der Krankenversichertenkarte können allfällige Umtriebe den Patienten nach Aufwand verrechnet werden.
f. Die *Spital Thurgau* ist ermächtigt, Angaben betreffend der Kostendeckung bei den Versicherungen einzufordern (z.B. Onlineabfrage via Versichertenkarte etc.).

5 Rechnungsstellung, Verzugszinsen

a. Die Rechnungen werden gemäss den gültigen Bedingungen oder Verträgen an den Patienten bzw. dessen Garanten in Schweizer Franken (CHF) gestellt. Wechselkursdifferenzen werden dem Patienten bzw. dessen Garanten belastet.
b. Die Rechnungen sind innert 30 Tagen nach Erhalt in CHF zu bezahlen (Fälligkeit).
c. Reklamationen sind innert 20 Tagen nach Erhalt der Rechnung dem Leistungs- und Fakturamanagement der Spital Thurgau AG mitzuteilen. Nicht beanstandete Teilbeträge der Rechnung sowie vergleichsweise anerkannte oder gerichtlich festgelegte Beträge sind innert der vereinbarten Zahlungsfrist zu bezahlen.
d. Nach Eintritt der Fälligkeit wird der Schuldner zweimal gemahnt und danach wird die Forderung mit rechtlichen Schritten geltend gemacht (Inkasso). Das Inkasso erfolgt direkt (Kostenfolge CHF 30.00 pro Fall) oder über einen beauftragten Inkassopartner (Verzugsschaden gemäss Bedingungen Inkassopartner).
e. Bei Teilzahlern wird nebst Verzugszinsen eine Administrationsgebühr von CHF 30.00 pro Teilzahlungsplan (bis max. 12 Raten) erhoben.
f. Für verspätete Zahlungen sind nach Fälligkeit Verzugszinsen in der Höhe von 5% (OR Art. 104 Abs. 1) zu entrichten.

6 Schuldenerlass

In besonderen Fällen kann die Direktion des Spitals die geschuldeten Beträge ganz oder teilweise erlassen.

7 Preise (Taxen)

Die Preise/Taxen sind wie folgt geregelt:

7.1. Stationäre Patienten der allgemeinen Abteilung
7.2. Stationäre Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen
7.3. Selbstzahler
7.4. Ambulante Patienten
7.5. Rettungsdienst
7.6. Preise für Nichtpflichtleistungen
7.7. Besondere Verträge mit Versicherern für die Behandlung von Patienten auf der halbprivaten und privaten Abteilung
7.8. Verträge mit MTK-Versicherern (UV/IV/MV)

7.1 Stationäre Patienten der allgemeinen Abteilung

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OPK) ergeben sich die Taxen aus den Verträgen mit den Versicherungsgruppen und Versicherungen.
Im Bereich der UV/MV/IV ergeben sich die Taxen aus dem Vertrag mit der Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT).

7.1.1 Seit 01.01.2012 erfolgt die stationäre Abrechnung auf **Basis SwissDRG.** Dabei handelt es sich um eine diagnoseabhängige Verrechnung, bei der jede Behandlungsdiagnose einer unterschiedlichen Kostengewichtung unterliegt. Zur Preisfindung wird das jeweilige Kostengewicht mit der aktuellen Baserate multipliziert. Die Patienten der Rheumaklinik werden ebenfalls gemäss den Abrechnungsregeln von SwissDRG abgerechnet.

7.1.2 Die Referenz-Baserate kann in den jeweiligen Kantonen unterschiedlich hoch sein. Patienten mit Herkunft aus einem Kanton mit tieferer Baserate, fehlender Zusatzversicherung sowie Inanspruchnahme elektiver Leistungen müssen unter Umständen mit einem Eigenkostenanteil rechnen. Nähere Auskünfte erteilen die Tariffachleute der *Spital Thurgau* (vgl. S. 10).

7.1.3 **Bei Herkunft Kanton TG** gilt: Die Kostenaufteilung zwischen Wohnkanton und OKP-Versicherer erfolgt seit 2017 im Verhältnis 55% zu 45%.
Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten mit Europäischer Krankenversichertenkarte werden in tariflicher Hinsicht im Inland wohnhaften Schweizern gleichgestellt.
Für das Jahr 2024 gelten bei einem Kostengewicht von 1.0 die folgenden Baserates:

HSK-Gruppe	**CHF**	**9'600.00**[2]
Tarifsuisse, Gemeinsame Einrichtung KVG	**CHF**	**9'650.00**[3]
CSS-Gruppe	**CHF**	**9'600.00**[4]
Ausländer gem. 7.1.3[5]	**CHF**	**9'650.00**
Selbstzahler	**CHF**	**10'200.00**

7.1.4 Bei **Herkunft andere Kantone** gilt: Die Kostenaufteilung zwischen Wohnkanton und OKP-Versicherer erfolgt im dort gültigen Verhältnis.

7.1.5 Für Auslandschweizer und **Ausländer aus EU- bzw. EFTA-Staaten <u>ohne</u> Europäische Versichertenkarte** gelten für das Jahr 2024 bei einem Kostengewicht von 1.0 die folgenden Baserates:

Auslandschweizer und Ausländer gem. 7.1.5[6]	**CHF**	**10'200.00**
Übrige Ausländer	**CHF**	**12'900.00**

[2] Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

[3] Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

[4] Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

[5] Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten <u>mit</u> Europäischer Versichertenkarte. Die Behandlungskosten gehen voll zu Lasten des ausländischen Versicherers bzw. des Patienten.
UK: mit Nachweis der speziellen EHIC-Karte des Vereinigten Königreichs (Vermerk "CRA" zwingend erforderlich).

[6] Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten <u>ohne</u> Europäische Versichertenkarte. Die Behandlungskosten gehen voll zu Lasten des ausländischen Patienten.

7.1.6 Die unter 7.1.2 formulierten Selbstbehalte fallen bei einem durch den zuständigen Kantonsarzt anerkannten medizinischen Notfall sowie medizinisch notwendigen Hospitalisationen nicht an. Die Abrechnung erfolgt gemäss Artikel 41, Abs. 3 KVG.

7.1.7 Für die Nebenverrechnungen gelten folgende Ansätze:

- Leistungen gemäss Tarmed zum Ansatz von CHF 1.30/TP
- Labor gemäss Analyseliste CHF 1.00/TP
- Physiotherapie-Leistungen CHF 1.00/TP
- Ergotherapie-Leistungen CHF 1.10/TP
- Ernährungs-/Diabetesberatung, Logopädie CHF 1.00/TP
- Mittel und Gegenstände Einstandspreis +10%
- Medikamente gemäss ALT bzw. SL
- Für übrige, nicht deklarierte Leistungen werden die Selbstkosten verrechnet.
- Dienstleistungen/Beratungen, die nicht in Tarifen geregelt sind, werden zum Ansatz von CHF 120.00/Std. verrechnet (z.B. Sozialdienste, Dienstleistungen der Verwaltung etc.).

7.1.8 Hinweise

- Bei Wiederkehrern werden die SwissDRG-Regeln angewandt. Verlegungen zwischen den Akuthäusern der Spital Thurgau werden als ein Fall betrachtet.
- Jedes Neugeborene wird als separater Fall betrachtet und über eine eigene Fallpauschale verrechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt beim gesunden Neugeborenen an den Kostenträger der Mutter, beim kranken Neugeborenen an den Kostenträger des Neugeborenen.
- Bei gesunden Neugeborenen erfolgt die Taxfestsetzung gemäss Abteilung der Mutter.
- Besondere Tarife gelten für Nichtpflichtleistungen gemäss Punkt 7.6.

7.2 Stationäre Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen

Es kommen die unter 7.2.1 genannten Taxen zur Verrechnung.[7]
Besondere Verträge zwischen der *Spital Thurgau* und anerkannten Krankenversicherern und anderen Versicherern wie auch mit übrigen Dritten haben Vorrang.

7.2.1 Kosten der Mehrleistungen in der halbprivaten und privaten Abteilung

a. Die Kosten für die Mehrleistungen für Hotellerie und Pflege und der freien Arztwahl[8] verstehen sich zusätzlich zu den Kosten gem. Kapitel 7.1.
b. In Anlehnung an die Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG gilt:
   - Die Kosten der Mehrleistungen für Hotellerie und Pflege bei Aufenthalten in der halbprivaten und privaten Abteilung für die gesunden Säuglinge sind in den Taxen der Mutter enthalten.
   - Für Erwachsene, Kinder und kranke Säuglinge gelten die gleichen Taxen.
   - Für Nichtpflichtleistungen kommen abweichende Tarife zur Anwendung (siehe 7.6)
c. Für Zusatzversicherer ohne Vertrag und Selbstzahler gelten die folgenden Zuschläge für die Mehrleistungen der Hotellerie und Pflege sowie der freien Arztwahl:

Taxen		**Tarif** (in CHF)[9]	
Hotellerie und Pflege			
1er Privat	pro Nacht	CHF 570.00	Der verrechenbare Kostenanteil wird wie folgt berechnet: Tarif Hotellerie und Pflege x Dauer des Aufenthalts (Anzahl Nächte, vgl. 3.3)
2er Privat	pro Nacht	CHF 430.00	
freie Arztwahl			
1er Privat	pro Kostengewicht 1.0	CHF 7'700.00	Der verrechenbare Kostenanteil wird wie folgt berechnet: Tarif freie Arztwahl x Kostengewicht gemäss SwissDRG
2er Privat	pro Kostengewicht 1.0	CHF 6'250.00	

Allgemeine Hinweise

- Die Dauer des Aufenthaltes wird nach folgender Formel ermittelt:
  Austrittsdatum ./. Eintrittsdatum.
  Ferien- bzw. Urlaubsabwesenheiten werden voll verrechnet.
- Für alle anderen, nicht deklarierten Leistungen werden die Selbstkosten verrechnet.
- Dienstleistungen/Beratungen, die nicht in Tarifen geregelt sind, werden zum Ansatz von CHF 120.00/Std. verrechnet (z.B. Sozialdienste, Dienstleistungen der Verwaltung etc.).

7.3 Selbstzahler

Selbstzahler leisten zur Sicherung der voraussichtlichen Kosten den von der STGAG festgesetzten Kostenvorschuss (s. a. 4).

---

[7] Bei Herkunft übriges Ausland gilt: Die Behandlungskosten gehen voll zu Lasten des Patienten. Es kommt eine höhere Baserate zur Verrechnung (vgl. 7.1.5).

[8] Behandlung durch Kaderärzte (Fachärzte mindestens Stufe Oberarzt)

[9] Bei Herkunft übriges Ausland gilt: Die Behandlungskosten gehen voll zu Lasten des Patienten. Es kommt eine höhere Baserate zur Verrechnung (vgl. 7.1.5).

7.4 Ambulante Patienten

7.4.1 Als ambulante Patienten gelten alle diejenigen, die die Kriterien unter Punkt 3.2 nicht erfüllen.

7.4.2 Die Ansätze für Leistungen bei ambulanten Patienten sind wie folgt geregelt:

	KVG (in CHF)	**MTK/SZ**[10] (in CHF)
Leistungen gemäss **Tarmed** zum Ansatz von HSK CSS Tarifsuisse, Gemeinsame Einrichtung KVG	 0.87/TP[11] 0.87/TP[12] 0.86/TP[13]	 1.00/TP 1.00/TP 1.00/TP
Leistungen im Rahmen der **psychologischen Psychotherapie** HSK CSS *(Arbeitstarif, festgesetzt per 1.1.2023)* Tarifsuisse *(Arbeitstarif, festgesetzt per 1.1.2023)*	 2.58/Min. 2.58/Min. 2.58/Min.	 1.00/TP/2.58/Min. 1.00/TP/2.58/Min. 1.00/TP/2.58/Min.
Labor gemäss Analyseliste	1.00/TP	1.00/TP
Physiotherapie-Leistungen HSK CSS, Tarifsuisse, Gemeinsame Einrichtung KVG Selbstzahler	 0.95/TP 0.97/TP	 0.95/1.00/TP 0.95/1.00/TP 1.00/TP
Ergotherapie-Leistungen HSK CSS, Tarifsuisse, Gemeinsame Einrichtung KVG	 1.10/TP 1.05/TP	 1.10/TP 1.10/TP
Ernährungs-/Diabetesberatung, Logopädie HSK, CSS, Tarifsuisse, Gemeinsame Einrichtung KVG	1.00/TP	1.00/TP
Hebammen-Leistungen HSK CSS, Tarifsuisse, Gemeinsame Einrichtung KVG	 1.15/TP 1.10/TP	 1.10/1.15/TP 1.10/1.15/TP
Mittel und Gegenstände	Einstandspreis + 10%	
Medikamente	gemäss ALT bzw. SL	
• Für übrige, nicht deklarierte Leistungen werden die Selbstkosten verrechnet. • Podologische Leistungen gemäss den Empfehlungen des Schweizerischen Podologen Verbands. • Dienstleistungen/Beratungen, die nicht in Tarifen geregelt sind, werden zum Ansatz von CHF 120.00/Stunde verrechnet (z.B. Sozialdienst, Dienstleistungen der Verwaltung etc.). • Für Ausländer mit Wohnsitz im Ausland kann ein marktgängiger Zuschlag bis maximal 30% erhoben werden (Diese Regelung gilt nicht für EU- bzw. EFTA-Staaten).		

[10] Für Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten ohne europäische Versichertenkarte kommt der Selbstzahler-Tarif zur Anwendung.

[11] Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

[12] Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

[13] Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

7.5 Rettungsdienst

7.5.1 Tarife gültig ab 1. Januar 2024 in CHF

	Tarif (in CHF)
Pauschalen	
Grundpauschale (planbar)	200.00
Grundpauschale (Notfall)	290.00
Grundpauschale Leerfahrt	290.00
Km-Entschädigung	
1km bis unbegrenzt (pro km)	3.50
Personalaufwand (je angebrochene 1/4-Std.)	
Arzt	52.00
Rettungssanitäter, Hebammen	40.00
übrige	31.00
Zuschläge	
Fahrten zwischen 19.00 und 07.00 Uhr	+25% auf Personalaufwand
Fahrten an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen	+25% auf Personalaufwand
(beide Zuschläge sind untereinander kumulierbar)	
Medizinische Leistungen	
Desinfektion des Fahrzeuges (bei Bedarf)	85.00
Medizinische Leistung, Stufe 1	60.00
Medizinische Leistung, Stufe 2	150.00
Medizinische Leistung, Stufe 3	295.00
Medizinische Leistung, Stufe 4	590.00
Mehrfachtransport	
Gleichzeitiger Transport von 2 Personen	je 50% Reduktion, exkl. Med. Leistung
Gleichzeitiger Transport von 3 Personen	je 66% Reduktion, exkl. Med. Leistung
Notarztfahrzeug	
Grundpauschale inkl. Fahrer	210.00
1 km bis unbegrenzt (pro km)	2.00
Arzt (je angebrochene 1/4-Std.)	52.00
übrige Begleitpersonen (je angebrochene 1/4-Std.)	31.00
Beitrag an Notruf-Einsatzzentrale Kt. TG *(ab 1.05.2022)*	
Pro Primäreinsatz & pro Patient, unabhängig der Dringlichkeit	120.00
(wird von der STGAG an die kant. Einsatzzentrale weitergeleitet)	

7.5.2 Die obligatorischen Versicherungen übernehmen die Transportkosten gemäss Art. 26 und 27 der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) bzw. gemäss Art. 13 des Unfallversicherungsgesetzes (UVG).

7.5.3 Leerfahrten werden derjenigen Person in Rechnung gestellt, die von der Leistung des Rettungsdienstes hätte profitieren sollen.

7.5.4 Wird bei Notfalltransporten der Patient vor Ort versorgt, jedoch nicht transportiert, kann ausnahmsweise nur der Zeitaufwand für Arzt, Fahrer und Begleitpersonen ab Einsatz bis retablierter Rückkehr plus allfällige Materialien/Medikamente verrechnet werden.

7.5.5 Für länger dauernde Termintransporte sowie für häufige Einsätze/Strecken können Pauschalen offeriert/verrechnet werden.

7.5.6 Transporte direkt ab Spital nach Hause, in ein Alters- oder Pflegeheim etc. gelten nicht als Verlegungen in ein Spital.

7.5.7 Bei Transporten durch externe Transportunternehmer wird der Fremdrechnungsbetrag mit einem Administrativ-Zuschlag von 5% weiterverrechnet.

7.6 Preise für Nichtpflichtleistungen

Die Kliniken der beiden Kantonsspitäler bieten eine breite Palette von Nichtpflichtleistungen an. Leistungen also, welche gemäss KVG nicht durch die Grundversicherung übernommen werden müssen. Für solche Eingriffe/Behandlungen wird Sie der behandelnde Arzt nach Möglichkeit über die Kostenfolgen aufklären. Im konkreten Fall erhalten Sie von unseren Tarifverantwortlichen (s. u.) gerne eine Offerte.

7.7 Spezifische Verträge mit Versicherern

Mit verschiedenen Versicherungen hat die *Spital Thurgau spezifische* Verträge über die Behandlung von Patienten auf der halbprivaten oder privaten Abteilung abgeschlossen.
Diese Verträge sind nicht öffentlich zugängig.

7.8 Verträge mit MTK-Versicherern (UV/IV/MV)

Gemäss Vertrag mit der ZMT (Zentralstelle für Medizinaltarife UVG) beträgt der Basispreis ab 1. Januar 2024 CHF 9'873.
Grundlagen dazu sind Art. 56 UVG, Art. 27 IVG und Art. 26 MVG sowie deren Verordnungen.

8 Gerichtsstand / Anwendbares Recht

a. Gerichtsstand für alle Rechtsfälle (SchKG, OR, ZGB etc.) ist Frauenfeld, Schweiz.
b. Dieser Gerichtsstand gilt ausdrücklich auch dann, wenn der Patient seinen Wohnsitz im Ausland hat.
c. Auf das Verhältnis zwischen den Patienten und der Spital Thurgau findet ausschliesslich das schweizerische Recht Anwendung. Dies betrifft insbesondere auch ausservertragliche Haftpflichtansprüche der Patienten in Zusammenhang mit einer vereinbarten Behandlung.
d. Haftungsausschluss für medizinisch nicht indizierte Eingriffe (z.B. Schönheitschirurgie):
Die *Spital Thurgau* haftet nicht für das Ausbleiben des angestrebten Erfolges der Operation bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen. Vorbehalten bleibt die Haftung gemäss Gesetz bzw. Haftpflichtvertrag für Verschulden, das zu einem Körper- oder Gesundheitsschaden führt.

Ihre Ansprechperson für Tariffragen
Florian Jung
Leiter Tarif- und Leistungsmanagement
florian.jung@stgag.ch
Tel. +41 58 144 78 51