

# Geschäftsbedingungen und Preise

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

**Die aktuellen Versionen finden Sie immer unter [www.stgag.ch](http://www.stgag.ch)**

*Spital Thurgau, gültig ab 1. Januar 2026*

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

*Spital Thurgau:*  
Kantonsspital Frauenfeld / Kantonsspital Münsterlingen / Psychiatrische Dienste Thurgau / Klinik St. Katharinental

13.05.2026

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Geltungsbereich</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Besondere vertragliche Vereinbarungen</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Begriffsbestimmungen</b>	<b>3</b>
	3.1 Kategorie nach Herkunft	3
	3.2 Abgrenzung stationär/ambulant	3
	3.3 Dauer des Aufenthaltes	3
<b>4</b>	<b>Kostengarantie</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>Rechnungsstellung, Verzugszinsen</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>Schuldenerlass</b>	<b>4</b>
<b>7</b>	<b>Preise (Taxen)</b>	<b>4</b>
	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
<b>8</b>	<b>Gerichtsstand / Anwendbares Recht</b>	<b>10</b>

## 1 Geltungsbereich

Diese Bedingungen regeln die Behandlungs- und Aufenthaltskosten für Patienten der *Kantonsspitaler 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<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 einer Depotzahlung.
- 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 ungenügender Mitwirkung zur Klärung von Kostenübernahme bei Unfallbehandlungen (z.B. fehlende Unfallmeldung, kein Versicherungsschutz UVG etc.), werden die Leistungen direkt dem Patienten in Rechnung gestellt.
- 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 (OKP) 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%.

**Patienten mit Wohnsitz in EU- bzw. EFTA-Staaten mit Europäischer Krankenversichertenkarte** werden in tariflicher Hinsicht den in der Schweiz wohnhaften und versicherten Patienten gleichgestellt.

Für das Jahr 2026 gelten bei einem Kostengewicht von 1.0 die folgenden Baserates:

Versicherer	Baserate
HSK-Gruppe	CHF 10'200
santéservices (exkl. Krankenkasse Swica)	CHF 10'230 <sup>2</sup>
Krankenkasse Swica	CHF 10'213 <sup>2</sup>
CSS-Gruppe	CHF 10'220 <sup>2</sup>
Ausländer gem. 7.1.3 <sup>3</sup>	CHF 10'230 <sup>2</sup>
Selbstzahler	CHF 10'400

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 Patienten aus EU- bzw. EFTA-Staaten ohne Europäische Versichertenkarte** gelten für das Jahr 2026 bei einem Kostengewicht von 1.0 die folgenden Baserates:

**Auslandschweizer und Ausländer gem. 7.1.5<sup>4</sup>** CHF 10'400  
**Übrige Ausländer** CHF 13'100

<sup>2</sup> Bis zum Vorliegen eines genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarifs wird ein vom Amt für Gesundheit festgelegter provisorischer Arbeitstarif angewendet.

<sup>3</sup> Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten mit 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).

<sup>4</sup> Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten ohne 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.

Für die Nebenverrechnungen gelten folgende Ansätze:

<b>Nebenverrechnungen</b>	
Leistungen gemäss TARDOC 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.).	

7.1.7 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 Zuschläge zur Verrechnung.<sup>5</sup>

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<sup>6</sup> 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) <sup>7</sup>
<b>Hotellerie und Pflege</b>	
1er Privat pro Nacht	CHF 570
2er Privat pro Nacht	CHF 430
Der verrechenbare Kostenanteil wird wie folgt berechnet: Tarif Hotellerie und Pflege x Dauer des Aufenthalts (Anzahl Nächte, vgl. 3.3)	
<b>freie Arztwahl</b>	
1er Privat pro Kostengewicht 1.0	CHF 7'700
2er Privat pro Kostengewicht 1.0	CHF 6'250
Der verrechenbare Kostenanteil wird wie folgt berechnet: Tarif freie Arztwahl x Kostengewicht gemäss SwissDRG	

#### 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).

<sup>5</sup> Bei Herkunft übriges Ausland gilt: Die Behandlungskosten gehen voll zu Lasten des Patienten. Es kommt eine höhere Baserate zur Verrechnung (vgl. 7.1.5).

<sup>6</sup> Behandlung durch Kaderärzte (Fachärzte mindestens Stufe Oberarzt)

<sup>7</sup> 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:

Leistungen	HSK	CSS	santéservices	SWICA	MTK	SZ <sup>8</sup>	Gemeinsame Einrichtungen KVG
Ambulanter Gesamttarif	0.89 / TP <sup>9</sup>	0.89 / TP <sup>9</sup>	0.86 / TP <sup>9</sup>	0.89 / TP <sup>9</sup>	0.96 / TP	1.00 / TP	0.96 / TP
psychologische Psychotherapie	2.58 / Min. <sup>9</sup>	2.58 / Min. <sup>9</sup>	2.58 / Min. <sup>9</sup>	2.58 / Min. <sup>9</sup>	0.96 / TP	2.58 / Min.	2.58 / Min.
Labor	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP
Physiotherapie-Leistungen	0.95 / TP	0.97 / TP	0.97 / TP	0.97 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP
Ergotherapie-Leistungen	1.10 / TP	1.05 / TP	1.05 / TP	1.05 / TP	1.10 / TP	1.10 / TP	1.10 / TP
Ernährungs-/Diabetesberatung, Logopädie	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP	1.00 / TP
Hebammen-Leistungen	1.15 / TP	1.10 / TP	1.10 / TP	1.10 / TP	1.10 / TP	1.10 / TP	1.15 / TP
Mittel und Gegenstände	Einstandspreis + 10%						
Medikamente	gemäss ALT bzw. SL						
Für übrige, nicht deklarierte Leistungen werden die Selbstkosten v errechnet.							
Podologische Leistungen gemäss den Empfehlungen des Schweizerischen Podologen Verbands.							
Dienstleistungen/Beratungen, die nicht in Tarifen geregelt sind, werden zum Ansatz v von CHF 120.00/Stunde v 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).							

<sup>8</sup> Für Ausländer mit Wohnsitz in einem der EU- bzw. EFTA-Staaten ohne europäische Versicherungskarte kommt der Selbstzahler-Tarif zur Anwendung.

<sup>9</sup> 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 2026 in CHF

	Tarif (in CHF)
<b>Pauschalen</b>	
Grundpauschale planbar	CHF 200.00
Grundpauschale Notfall	CHF 290.00
Grundpauschale Leerfahrt	CHF 180.00
<b>KM-Entschädigung</b>	
1 km bis unbegrenzt (pro km)	CHF 3.80
<b>Personalaufwand (je angebrochene 1/4Std.)</b>	
Arzt	CHF 57.00
Rettungsanitäter, Hebammen	CHF 44.00
Übrige	CHF 35.00
<b>Zuschläge</b>	
Fahrten zwischen 19:00 und 7:00 Uhr	+25% auf Personalaufwand
Fahrten an SA, SO und Feiertagen	+25% auf Personalaufwand
<b>Medizinische Leistungen</b>	
Desinfektion des Fahrzeuges (bei Bedarf)	CHF 85.00
Medizinische Leistungen Stufe 1	CHF 64.00
Medizinische Leistungen Stufe 2	CHF 95.00
Medizinische Leistungen Stufe 3	CHF 130.00
Medizinische Leistungen Stufe 4	CHF 180.00
<b>Mehrfachtransport</b>	
Gleichzeitiger Transport von 2 Personen	CHF 0.50
Gleichzeitiger Transport von 3 Personen	CHF 0.34
<b>Notarztfahrzeug</b>	
Grundpauschale inkl. Fahrer	CHF 250.00
1 km bis unbegrenzt (pro km)	CHF 4.50
Arzt (je angebrochene 1/4Std.)	CHF 80.00
Übrige Begleitpersonen (je angebrochene 1/4Std.)	CHF 60.00
<b>Beitrag an Notruf-Einsatzzentrale KT. TG (ab 01.05.2022)</b>	
(Pro Prämienatz & pro Patient, unabhängig der dringlichkeit. Wird von der STGAG an die kant. Einsatzzentrale weitergeleitet)	CHF 120.00

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 zugänglich.

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

Gemäss Vertrag mit der ZMT (Zentralstelle für Medizinaltarife UVG) beträgt der Basispreis ab 1. Januar 2026 CHF 10'294. 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