



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

Gültig ab 1. Januar 2008

*zu einfacheren Lesbarkeit im Folgenden im Begriff „Patienten“ miteinbezogen



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 AG kann mit den vom Bund anerkannten Krankenversicherern und anderen Versicherern, wie auch mit übrigen Dritten besondere Verträge abschliessen, die von diesen Geschäftsbedingungen abweichen

3 Begriffsbestimmungen

3.1 Kategorie nach Alter

- 3.1.1 Säuglinge, die nicht wegen eines Geburtsgebrechens bei der IV angemeldet bzw. vom Arzt nicht als krank beurteilt werden, gelten als gesunde Säuglinge
- 3.1.2 bei Neugeborenen wird die Abteilung (Allgemein/Privat) der Mutter übernommen
- 3.1.3 nicht gesunde Säuglinge werden zu den Kindertaxen abgerechnet
- 3.1.4 als Kinder gelten Patienten bis zum Erreichen des 18. Geburtstages
- 3.1.5 alle übrigen Patienten gelten als Erwachsene

3.2 Kategorie nach Herkunft

- 3.2.1 als Kantonseinwohner gelten Patienten, die ihren Wohnsitz (Hinterlegung der Schriften bzw. gemäss ZGB) im Kanton Thurgau haben oder deren Spitalaufenthalt ganz oder teilweise aus Mitteln des Kantons Thurgau oder einer thurgauischen Gemeinde bezahlt wird
- 3.2.2 Schweizer mit Wohnsitz im Ausland gelten als ausserkantonale Patienten
- 3.2.3 Ausländer mit Wohnsitz im grenznahen Ausland gelten als Regio-Patienten mit dem gleichen Tarif wie die Ausserkantonalen Patienten (beachten: Pt. 7.7.)
Als grenznahe Ausland gelten in Deutschland die Landkreise Konstanz, Tuttlingen, Sigmaringen, Friedrichshafen, Ravensburg, Lindau und in Oesterreich das Land Vorarlberg, Fürstentum Lichtenstein

3.3 Abgrenzung stationär / ambulant (vorbehältlich der Einführung der VKL)

- 3.3.1 als ambulanter Patient gilt, wer sich weniger als 24 Stunden in einem der Kantonsspitäler aufhält. Wer vor Ablauf von 24 Stunden in ein anderes Spital verlegt wird oder stirbt (inkl. auf Transportweg ins Spital) gilt als stationärer Patient.
- 3.3.2 bei UVG-grundversicherten Patienten gilt die Regelung gemäss VKL; diese Zuordnung gilt auch als Primat bei einer allfälligen Zusatzversicherung bei einem VVG-Versicherer.
- 3.3.3 alle anderen Patienten gelten als stationäre Patienten.

3.4 Ein- und Austrittstag, Beurlaubungen

- 3.4.1 Ein- und Austrittstag werden je voll berechnet.
- 3.4.2 Bei Beurlaubungen bis zu zwei Tagen wird die Taxe durchgehend berechnet. Der Tag des Austrittes bzw. Wiedereintrittes wird nicht mitgezählt.

4 Kostengarantie

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

- 4.1 durch die Kostengutsprache eines vom Spital anerkannten Versicherers oder eines anderen Kostenträgers oder
- 4.2 durch Leistung eines Bardepots
- 4.3 Bei Aufnahme von Notfällen ist die Sicherstellung so bald als möglich zu leisten



5 Rechnungsstellung, Verzugszinsen

- 5.1 Die Rechnungen werden gemäss den gültigen Bedingungen oder Verträgen an den Patienten bzw. dessen Garanten gestellt
- 5.2 Die Rechnungen sind innert 30 Tagen nach Erhalt zu bezahlen (Fälligkeit)
- 5.3 Reklamationen sind innert 20 Tagen nach Erhalt der Rechnung dem Rechnungssteller mitzuteilen; nicht beanstandete Teilbeträge der Rechnung sowie vergleichsweise anerkannte oder gerichtlich festgelegte Beträge sind innert Zahlungsfrist zu bezahlen
- 5.4 Nach Eintritt der Fälligkeit wird der Schuldner gemahnt
- 5.5 Mahnspesen werden nach Aufwand in Rechnung gestellt
- 5.6 Für verspätete Zahlungen nach Fälligkeit sind Verzugszinsen zu entrichten
- 5.7 Der Zinssatz beträgt 5%
- 5.8 Bei geringen Verzugszins-Beträgen kann die Direktion des Spitals auf dessen Erhebung verzichten

6 Schuldenerlass

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

7 Preise (Taxen)

Die Preise/Taxen sind in folgenden Anhängen geregelt:

- 7.1 Stationäre Patienten der Allgemeinen Abteilung
- 7.2 Stationäre Patienten der Privaten Abteilung (Einbett-/Mehrbett-Zimmer)
- 7.3 Ambulante Patienten
- 7.4 Rettungsdienst
- 7.5 Preise für Nicht-Pflicht-Leistungen
- 7.6 Verträge mit IV/MV und MTK-Versicherern
- 7.7 Ausserkantonale Hospitalisationen gem. Art.41 Abs.3 KVG

8 Gerichtsstand / Anwendbares Recht / Haftung bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen

- 8.1 Gerichtsstand für alle Rechtsfälle (SchKG, OR, ZGB etc.) ist Frauenfeld, Schweiz
- 8.2 Dieser Gerichtsstand gilt ausdrücklich auch dann, wenn der Patient seinen Wohnsitz im Ausland hat.
- 8.3 Auf das Verhältnis zwischen den PatientInnen und der Spital Thurgau AG findet ausschliesslich das schweizerische Recht Anwendung. Dies betrifft insbesondere auch ausservertragliche Haftpflichtansprüche der Patienten in Zusammenhang mit einer vereinbarten Behandlung.
- 8.4 Haftungsausschluss für medizinisch nicht indizierte Eingriffe (z.B. Schönheitschirurgie)
Die Spital Thurgau AG 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.

7.1 Stationäre Patienten der Allgemeinen Abteilung (OKP gemäss Vertrag mit santésuisse)

	OKP-Taxe kantonal gem. KVG		ausserkantonal *	Ausland
	Tagestaxen	Fallpauschalen	Tagestaxe	Tagestaxe
Erwachsene				
Medizinische Klinik	146.00	2'383.00	886.00	943.00
Chirurgische Kliniken ¹⁾	178.00	2'661.00	886.00	943.00
Frauenklinik ¹⁾	177.00	2'014.00	886.00	943.00
Kinderklinik	219.00	1'632.00	886.00	943.00
Kinder, kranke Säuglinge			886.00	
Medizinische Klinik	146.00	2'383.00	886.00	943.00
Chirurgische Klinik	178.00	2'661.00	886.00	943.00
Frauenklinik	177.00	2'014.00	886.00	943.00
Kinderklinik	219.00	1'632.00	886.00	943.00
gesunde Säuglinge	-	-	197.00	214.00

*auch für Selbstzahler sowie bei Herkunft gem. 3.2.2/3.2.3; für med.bedingte ausserkant.Hospitalisationen KVG gilt 7.7

7.1.1 Besondere Verrechnungen bei ausserkantonalen und ausländischen Patienten:

- Konsilien, Behandlungen und Operationen spitalfremder Ärzte und Zahnärzte
- Implantate, Prothesen, Ekto- und Endoprothesen, Gefässe und Osteosynthesematerialien inkl. Stapler, Herzschrittmacher, Linsen u.ä.
- Dialysen (auch für Kantoneinwohner; wird vom SVK, Solothurn übernommen)
- Von Dritten speziell zugemietete Therapiegeräte (zB. spez. Lagerungsbetten etc)
- Beratungen von Drittpersonen über den Umgang mit Kranken (inkl. Sozialdienst)
- verlangte Zeugnisse und Gutachten
- Transporte (Primär, Sekundär, Verlegungen, Material) s.7.4 bzw. Fremdrechnungen
- Bei der Entlassung mitgegebene Arzneimittel, Gehhilfen und andere Gegenstände
- Computertomogramme, MRI-Untersuchungen, ESWL (Nierenstein-Zertrümmerung)
- besondere Tarife für Nichtpflichtleistungen gelten gemäss Anhang 7.5
- Podologische Leistungen gem. Empfehlung des Schweiz. Podologen-Verbandes

7.1.2 Bei Notfällen und med. notwendigen Hospitalisationen gemäss Artikel 41, Abs.3 KVG

wird dem Wohnkanton der ausserkantonalen Patienten derjenige Differenzbetrag in Rechnung gestellt, der sich aus der Spitalvereinbarung SDK-Ost bzw. den Empfehlungen der Sanitätsdirektoren ergibt. Bei Kantonen, die nicht Mitglieder dieser Vereinbarung sind, wird ein Zuschlag von 5% auf der Vereinbarungstaxe erhoben (s. 7.7)

7.1.3 Für die Nebenverrechnungen gelten folgende Ansätze:

- | | |
|--|-------------------------|
| 7.1.3.1 Leistungen gemäss Tarmed zum Ansatz von | 1.25 / TP |
| 7.1.3.2 Labor gemäss Analysenliste | 0.90 / TP |
| 7.1.3.3 Physiotherapie-Leistungen | -.95 / TP |
| 7.1.3.4 Ergotherapeutische Leistungen | 1.10 / TP |
| 7.1.3.5 Ernährungs-/Diabetiker-Beratung, Logopädie | 1.00 / TP |
| 7.1.3.6 Mittel und Gegenstände | Einstandspreis plus 10% |
| 7.1.3.7 Medikamente | gemäss ALS bzw. SL |
| 7.1.3.8 für übrige, nicht deklarierte Leistungen werden die Selbstkosten verrechnet | |
| 7.1.3.9 für ausländische Patienten können Zuschläge bis 30% verrechnet werden | |
| 7.1.3.10 Dienstleistungen/Beratungen die nicht in Tarifen geregelt sind werden zum Ansatz Fr. 120.-/Std. verrechnet (z.B. Sozialdienste, Dienstleistungen der Verwaltung etc.) | |

7.1.4 Hinweise:

- Ein- und Austrittstag werden voll berechnet
- Bei internen Klinik-Verlegungen und Wiedereintritten in die gleiche Klinik ⁽¹⁾ die chir. Sub-Kliniken wie auch die Gynäkologie und Geburtshilfe gelten als eigene Kliniken) innert 10 Tagen wird die Fallpauschale nicht erneut verrechnet. Diese Regelung bezieht sich immer pro Kantonsspital
- Bei internen Verlegungen gilt die Klinik-Fallpauschale mit dem höchsten Ansatz
- Bei Neugeborenen erfolgt die Taxfestsetzung gemäss Abteilung der Mutter
- besondere Tarife gelten für Nicht-Pflicht-Leistungen gemäss Punkt 7.5

7.2 Stationäre Patienten der Privat-Abteilung

Per 01.01.2007 wurde die Taxstruktur grundlegend verändert.
Anstelle der Einzelleistungsverrechnungen werden – basierend auf der OKP-Steuer der allgemeinen Abteilung – Fall- und Tagespauschalen für die entsprechenden Finanzierer sowie die ärztliche Behandlung (Honorare) in Rechnung gestellt.

VVG-Verträge zwischen der Spital Thurgau AG und einem Versicherer haben Vorrang.

Für übrige kommen folgende Ansätze zur Abrechnung (Honorare siehe 7.2.2)

7.2.1 Fall- und Tagespauschalen
7.2.1.1 in Anlehnung an die Regeln des OKP-Vertrages

- 7.2.1.1.1 sind die Kosten (ohne Honorare) für die gesunden Säuglinge in den Taxen der Mutter enthalten
- 7.2.1.1.2 gelten für Erwachsene, Kinder und kranke Säuglinge die gleichen Taxen
- 7.2.1.1.3 werden bei internen Verlegungen sowie Rehospitalisationen keine Fallpauschalen mehr verrechnet
- 7.2.1.1.4 bei Nicht-Pflichtleistungen gemäss KVG werden die Beträge von Zahler I + II dem Zahler III in Rechnung gestellt
- 7.2.1.1.5 für Nicht-Pflichtleistungen können separate Tarife vereinbart werden (siehe 7.5)

7.2.1.2 Bei Herkunft aus dem Kanton Thurgau (für Pflichtleistungen gemäss KVG)

mit Herkunft aus dem Kanton Thurgau		I	II	III	Total
1er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	2'383.00	1'265.00	6'031.00
	pro Tag	146.00	146.00	183.00	475.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	2'661.00	1'461.00	6'783.00
	pro Tag	178.00	178.00	201.00	557.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	2'014.00	1'061.00	5'089.00
	pro Tag	177.00	177.00	198.00	552.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	1'632.00	866.00	4'130.00
	pro Tag	219.00	219.00	215.00	653.00
2er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	2'383.00	1'265.00	6'031.00
	pro Tag	146.00	146.00	141.00	433.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	2'661.00	1'461.00	6'783.00
	pro Tag	178.00	178.00	159.00	515.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	2'014.00	1'061.00	5'089.00
	pro Tag	177.00	177.00	156.00	510.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	1'632.00	866.00	4'130.00
	pro Tag	219.00	219.00	173.00	611.00
I Pauschale an den OKP-Versicherer II Beitrag des Kt. Thurgau (sog. Sockelbeitrag) III VVG-Leistungen (zL. VVG-Vers. bzw. Selbstzahler)					
Zu obigen Tagestaxen werden dem Zahler III kumulativ noch folgende Zuschläge verrechnet:					
IV Zuschlag für WC im Zimmer				15.00	
V Zuschlag für Bad/Dusche im Zimmer				15.00	

7.2.1.3 Nicht medizinisch bedingte Aufenthalte gemäss gem. Art. 41 Abs. 3 KVG;
 Pflichtleistungen gemäss KVG (für Pflichtleistungen gemäss KVG)

Zahler		I	II	III	Total
1er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	-	4'354.00	6'737.00
	pro Tag	146.00	-	377.00	523.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	-	4'894.00	7'555.00
	pro Tag	178.00	-	438.00	616.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	-	3'678.00	5'692.00
	pro Tag	177.00	-	433.00	610.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	-	2'994.00	4'626.00
	pro Tag	219.00	-	499.00	718.00
2er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	-	4'354.00	6'737.00
	pro Tag	146.00	-	335.00	481.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	-	4'894.00	7'555.00
	pro Tag	178.00	-	396.00	574.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	-	3'678.00	5'692.00
	pro Tag	177.00	-	391.00	568.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	-	2'994.00	4'626.00
	pro Tag	219.00	-	457.00	676.00
I Pauschale an den OKP-Versicherer II Beitrag des Kt. Thurgau bzw. Herkunftskanton III VVG-Leistungen + Kantonsanteile (zL. VVG-Vers. bzw. Selbstzahler)					
Zu obigen Tagestaxen werden dem Zahler III kumulativ noch folgende Zuschläge verrechnet:					
IV Zuschlag für WC im Zimmer				15.00	
V Zuschlag für Bad/Dusche im Zimmer				15.00	

7.2.1.4 Med. bedingte Aufenthalte gemäss gem. Art. 41 Abs. 3 KVG bei Herkunft aus den Kantonen AR, AI, GL, GR, SG, SH, ZH, ZG (für Pflichtleistungen gemäss KVG)

Zahler		I	II	III	Total
1er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	3'266.00	925.00	6'574.00
	pro Tag	146.00	205.00	162.00	513.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	3'657.00	1'054.00	7'372.00
	pro Tag	178.00	251.00	174.00	603.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	2'763.00	777.00	5'554.00
	pro Tag	177.00	248.00	173.00	598.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	2'249.00	633.00	4'514.00
	pro Tag	219.00	296.00	188.00	703.00
2er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	3'266.00	925.00	6'574.00
	pro Tag	146.00	205.00	120.00	471.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	3'657.00	1'054.00	7'372.00
	pro Tag	178.00	251.00	132.00	561.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	2'763.00	777.00	5'554.00
	pro Tag	177.00	248.00	131.00	556.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	2'249.00	633.00	4'514.00
	pro Tag	219.00	296.00	146.00	661.00
I Pauschale an den OKP-Versicherer II Beitrag des Herkunftskantons III VVG-Leistungen + Kantonsanteile (zL. VVG-Vers. bzw. Selbstzahler)					
Zu obigen Tagestaxen werden dem Zahler III kumulativ noch folgende Zuschläge verrechnet:					
IV Zuschlag für WC im Zimmer				15.00	
V Zuschlag für Bad/Dusche im Zimmer				15.00	

7.2.1.5 Med. bedingte Aufenthalte gemäss gem. Art. 41 Abs. 3 KVG bei Herkunft aus übrigen Kantonen bzw. bei Ausländern aufgrund Vereinbarungen mit der EU (für Pflichtleistungen gemäss KVG)

Zahler		I	II	III	Total
1er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	3'429.00	925.00	6'737.00
	pro Tag	146.00	215.00	162.00	523.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	3'840.00	1'054.00	7'555.00
	pro Tag	178.00	264.00	174.00	616.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	2'901.00	777.00	5'692.00
	pro Tag	177.00	260.00	173.00	610.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	2'361.00	633.00	4'626.00
	pro Tag	219.00	311.00	188.00	718.00
2er-Privat					
Medizin	pro Fall	2'383.00	3'429.00	925.00	6'737.00
	pro Tag	146.00	215.00	120.00	481.00
Chirurgie	pro Fall	2'661.00	3'840.00	1'054.00	7'555.00
	pro Tag	178.00	264.00	132.00	574.00
Frauenklinik	pro Fall	2'014.00	2'901.00	777.00	5'692.00
	pro Tag	177.00	260.00	131.00	568.00
Pädiatrie	pro Fall	1'632.00	2'361.00	633.00	4'626.00
	pro Tag	219.00	311.00	146.00	676.00
I Pauschale an den OKP-Versicherer II Beitrag des Herkunftskantons bzw. der Gemeinsamen Einrichtung KVG Solothurn III VVG-Leistungen + Kantonsanteile (zL. VVG-Vers. bzw. Selbstzahler)					
Zu obigen Tagestaxen werden dem Zahler III kumulativ noch folgende Zuschläge verrechnet:					
IV Zuschlag für WC im Zimmer				15.00	
V Zuschlag für Bad/Dusche im Zimmer				15.00	



7.2.1.6 Bei Patienten mit einer Deckung des Aufenthaltes in der Allgemeinen Abteilung gemäss UVG werden folgende Taxen in Rechnung gestellt.

Zahler		I	II	III
1er-Privat				
Medizin	pro Fall			6'737.00
	pro Tag			523.00
Chirurgie	pro Fall			7'555.00
	pro Tag			616.00
Frauenklinik	pro Fall			5'692.00
	pro Tag			610.00
Pädiatrie	pro Fall			4'626.00
	pro Tag			718.00
2er-Privat				
Medizin	pro Fall			6'737.00
	pro Tag			481.00
Chirurgie	pro Fall			7'555.00
	pro Tag			574.00
Frauenklinik	pro Fall			5'692.00
	pro Tag			568.00
Pädiatrie	pro Fall			4'626.00
	pro Tag			676.00
I Pauschale an den OKP-Versicherer				
II Beitrag des Herkunftskantons				
III Betrag VVG-Versicherer				
Zu obigen Tagestaxen werden dem Zahler III kumulativ noch folg. Zuschläge verrechnet:				
IV Zuschlag für WC im Zimmer				
V Zuschlag für Bad/Dusche im Zimmer				

7.2.1.7 vom Gesamtbetrag wird dem UVG-Versicherer zugunsten des VVG-Versicherers der Anteil gemäss 7.6 belastet.

Allgemeine Hinweise

7.2.1.8 für übrige, nicht deklarierte Leistungen werden die Selbstkosten verrechnet

7.2.1.9 Dienstleistungen/Beratungen die nicht in Tarifen geregelt sind werden zum Ansatz Fr. 120.-/Std. verrechnet (z.B. Sozialdienste, Dienstleistungen der Verwaltung etc.)

**7.2.2 Honorar-Rahmentarif für ärztliche Leistungen bei stationären Privatpatienten**

(gültig seit 1990)

7.2.2.1 Ansätze

7.2.2.1.1	Eingehende Aufnahmeuntersuchung	50.-- bis 300.--
7.2.2.1.2	Tagespauschale <u>für operative Patienten</u> einschl. Visiten, Punktionen, Gipswechsel etc	30.-- bis 100.--
7.2.2.1.3	Tagespauschale für <u>nicht operative</u> Patienten einschl. Visiten, Injektionen, Punktionen, Manualtherapien etc. sowie Konsilien	40.-- bis 300.--
7.2.2.1.4	kleinere diag. und therapeut. Massnahmen wie Ultraschall-Untersuchung; funkt. Durchleuchten des Bewegungsapparates und Injektionen unter Durchleuchtung oder US-Kontrolle; einfache Konsilien	50.-- bis 250.--
7.2.2.1.5	kleine diagn. und therapeutische Massnahmen wie Endoskopie, Biopsien, Sonografien, Curettagen, einfache Metallentfernungen etc.; aufwändige Konsilien	bis 600.--
7.2.2.1.6	schwierige diagn./therapeutische Massnahmen in der inneren Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe (unkomplizierte Geburt) und Chirurgie (mittlere Operat.)	600.-- bis 1'200.--
7.2.2.1.7	grosse Operation einschliesslich komplizierte Geburt oder Sectio	1'200.-- bis 2'400.--
7.2.2.1.8	sehr grosse Operationen	2'400.-- bis 3'600.--
7.2.2.1.9	Anästhesie einschliesslich prä- und postoperative Visite 30% bis 50 % des OP-Honorares	
7.2.2.1.10	Zuschläge für - Patienten im 1-Bett-Zimmer - ausserkantonale Patienten - ausländische Patienten	bis 50 % bis 20 % nach Anordnung des behandelnden Arztes
7.2.2.1.11	Zuschläge für Notfalleingriffe gem. 7.2.2.1.5 und 7.2.2.1.6	300.00
7.2.2.1.12	Zuschläge für Notfalleingriffe gem. 7.2.2.1.7 bis 7.2.2.1.8	500.00

7.2.2.2 Einstufungen der einzelnen Untersuchungen und Behandlungen

- 7.2.2.2.1 Grundlage für die Einstufungen der einzelnen Untersuchungen und Behandlungen bilden die Richtlinien der schweiz. Facharztgesellschaften.
- 7.2.2.2.2 Die Höchstansätze gelten insbesondere für Notfälle, für Untersuchungen und Behandlungen ausserhalb der ordentlichen Arbeitszeiten sowie für besonders problematische Fälle.
- 7.2.2.2.3 Der Höchstansatz für sehr grosse Operationen darf in begründeten Fällen, die den üblichen Rahmen von techn. Fähigkeiten und Zeitaufwand offensichtlich sprengen, überschritten werden.



7.2.3 Hinweise:

- Ein- und Austrittstag werden voll berechnet
- Bei einem Wechsel von der Allgemeinen auf die Private Abteilung werden die Pauschalen von 7.2.1 vollumfänglich in Rechnung gestellt.
Die Zimmertaxe wird jedoch gemäss effektivem Aufenthalt verrechnet
- Bei einem Wechsel von der Privaten auf die Allgemeine Abteilung werden die Pauschalen von 7.2.1 bis inkl. Verlegungstag verrechnet:
Ab den dem Verlegungstag folgenden Tage werden die Tagestaxen gemäss 7.1 bzw. 7.6 bzw. 7.7 verrechnet.
- Bei den gesunden Säuglingen werden in Anlehnung an die Verrechnung der Kosten für Hotellerie/Pflege/Diagnostik auch die Honorare für die ärztliche Betreuung auf der Rechnung der Mutter aufgeführt.

7.3 Ambulante Patienten

7.3.1 **Als ambulante Patienten gelten:** gemäss Punkt 3.3 der Geschäftsbedingungen

7.3.2 **Die Ansätze für Leistungen** für ambulanten Patienten sind wie folgt:

	<u>KVG TG</u>	<u>MTK/SZ</u>
7.3.2.1 Leistungen gemäss Tarmed zum Ansatz von	0.92/TP	1.00/TP
7.3.2.2 Labor gemäss Analysenliste	0.90/TP	0.90/TP
7.3.2.3 Physiotherapie-Leistungen	0.88/TP	0.95/TP
7.3.2.4 Ergotherapeutische Leistungen	1.05/TP	1.10/TP
7.3.2.5 Ernährungs-/Diabetiker-Beratung, Logopädie	1.00/TP	1.00/TP
7.3.2.6 Mittel und Gegenstände	Einstandspreis plus 10%	
7.3.2.7 Medikamente	gemäss ALS bzw. SL	
7.3.2.8 für übrige, nicht deklarierte Leistungen	werden die Selbstkosten verrechnet	
7.3.2.9 Podologische Leistungen gem. Empfehlung des Schweiz. Podologen-Verbandes		
7.3.2.10 Dienstleistungen/Beratungen, die nicht in Tarifen geregelt sind werden zum Ansatz Fr. 120.-/Std. verrechnet (z.B. Sozialdienste, Dienstleistungen der Verwaltung etc.)		
7.3.2.11 Für Ausländer mit Wohnsitz im Ausland kann ein marktgängiger Zuschlag bis maximal 30% erhoben werden (exklusiv Regiopatienten gem. 3.2.3)		

7.4 Rettungsdienst

7.4.1 Tarife seit 01.01.2007

	Termintransport Fr.	Notfalltransport Fr.
Grundtaxe (Bereitschaft; Fahrer unlimitiert)		
Grundpauschale	154.00	330.00
1 km bis 100 km pro km	4.70	4.70
101 km bis unbegrenzt pro km	3.70	3.70
Mindesttaxe pro Fahrt (Grundtaxe und km-Leistung)	201.00	377.00
Begleitperson je angebrochene 1/4-Std.		
Arzt	49.00	49.00
Rettungssanitäter, Hebammen	30.00	30.00
übrige	30.00	30.00
Fahrten zwischen 19:00 und 07:00 Fahrten an Samstagen und Sonntagen Fahrten an Feiertagen	75.00/Einsatz	75.00/Einsatz
} nicht kumulierbar		
Desinfektion des Fahrzeuges bei Bedarf Pauschal	39.00	39.00
Retablierungskosten einfach	30.00	30.00
Retablierungskosten aufwändig	50.00	50.00
Retablierungskosten sehr aufwändig	70.00	70.00
Gleichzeitiger Transport von		
2 Personen	je 75% der Taxen	
3 Personen	je 50% der Taxen	
Medikamente und Materialien	n. Aufwand	n.Aufwand
Spesen für Personal (bei längeren Einsätzen)	n. Aufwand	n.Aufwand
Einsatz mit NEF (Notarztfahrzeug), Grundpauschale (beinhaltet erste 11 km, 30 Minuten Arztzeit)		220.00

7.4.2 Die obligatorischen Versicherer übernehmen die Transportkosten gemäss KLV 26 und 27 bzw. UVG 13

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

7.4.4 Für länger dauernde Termintransporte können individuelle Offerten/Preise berechnet werden

7.4.5 Verlegungen direkt ab Spital nach Hause, in ein Alters- oder Pflegeheim, etc. gelten nicht als Verlegungen in ein Spital gemäss KVG

7.4.6 Für häufige Einsätze/Strecken können Pauschalen verrechnet werden

7.4.7 Bei Transporten durch Externe wird der Fremdrechnungsbetrag mit einem Administrativ-Zuschlag von 5% weiterverrechnet



7.5 **Preise für Nichtpflichtleistungen**

Die Kliniken der beiden Kantonsspitäler bieten eine breite Palette von Behandlungen von sog. „Nichtpflichtleistungen“ an. Leistungen also, welche gemäss KVG nicht durch die Grundversicherung übernommen werden müssen.

Für solche Eingriffe/Behandlungen wird Sie der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin auch über die Kostenfolgen aufklären.
Sie werden Ihnen im konkreten Falle eine Kostenschätzung bzw. einen Fixpreis für diese Leistungen bekannt geben können.



7.6 Verträge mit IV/MV und MTK-Versicherern

- 7.6.1 Mit der ZMT (Zentralstelle für Medizinaltarife UVG) wurde per 01. Juli 2007 ein Vertrag abgeschlossen.
- 7.6.2 Er ersetzt den Vertrag vom 15.12.1987.
- 7.6.3 Grundlagen dazu sind Art. 56 UVG, Art. 27 IVG und Art. 26 MVG sowie deren Vo.
- 7.6.4 Die Rechnungsstellung erfolgt auf der Basis
 - „Handbuch APDRG Schweiz“, Version 12.2001 oder aktueller
 - AP-DRG-Grupper von 3M, Version 1.7 oder aktueller
 - Handbuch „TAR APDRG 2007“
 - Kostengewichtsversion 5.1
- 7.6.5 Der Basispreis beträgt Fr. 6'745.-

7.7 Ausserkantonale Hospitalisation gem. Art. 41 Abs. 3 KVG

(gilt auch bei Patienten mit europ. Versicherungskarte E111 bzw. bei Wahleintritten mit Formular E112)

7.7.1 Für Patienten mit Herkunftskantonen gemäss Vereinbarung SDK-Ost* gelten ab 1.7.2007 folgende Ansätze:

	Medizin	Chirurgie	Frauenklinik	Pädiatrie
Fallpauschalen				
SDK-Ost Ansatz	3'266.00	3'657.00	2'763.00	2'249.00
Ansatz KV (s. 7.1)	2'383.00	2'661.00	2'014.00	1'632.00
Total	5'649.00	6'318.00	4'777.00	3'881.00
Tagespauschalen				
SDK-Ost Ansatz	205.00	251.00	248.00	296.00
Ansatz KV (s. 7.1)	146.00	178.00	177.00	219.00
Total	351.00	429.00	425.00	515.00

*Angeschlossen sind die Kantone AR, AI, GL, GR, SG, SH, TG, ZH, ZG

7.7.2 Für Patienten aus anderen Kantonen wird den Beträgen der SDK-Ost ein Zuschlag von 5% erhoben (Empfehlung 8 zum Vollzug Art 41.3 KVG der SDK 7.6.1999), womit folgende Ansätze verrechnet werden:

	Medizin	Chirurgie	Frauenklinik	Pädiatrie
Fallpauschalen				
SDK-Ost Ansatz	3'266.00	3'657.00	2'763.00	2'249.00
Zuschlag 5%	163.00	183.00	138.00	112.00
Ansatz KV (s. 7.1)	2'383.00	2'661.00	2'014.00	1'632.00
Total	5'812.00	6'501.00	4'915.00	3'993.00
Tagespauschalen				
SDK-Ost Ansatz	205.00	251.00	248.00	296.00
Zuschlag 5%	10.00	13.00	12.00	15.00
Ansatz KV (s. 7.1)	146.00	178.00	177.00	219.00
Total	361.00	442.00	437.00	530.00