

TARIFE, GEBÜHREN UND REGELUNGEN

# ALLGEMEINE GESCHÄFTS- BEDINGUNGEN 2026



solothurner  
spitäler **soH**

Was ich weiss,  
macht mir  
niemand weis!

## INHALT

<b>1 Geltungsbereich</b>	<b>4</b>
<b>2 Stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten<sup>1</sup></b>	<b>4</b>
2.1 Definition	4
2.2 Einwilligung und Kenntnisnahme	5
<b>3 Wohnsitz und anwendbarer Tarif</b>	<b>5</b>
<b>4 Selbstzahler<sup>1</sup></b>	<b>6</b>
<b>5 Stationärer Aufenthalt</b>	<b>8</b>
5.1 Abrechnungsmodalitäten	8
5.2 Ein- und Austritt sowie interne Verlegungen	8
5.3 Ärztlich bewilligter Urlaub	9
5.4 Leistungskategorien für akutstationäre Patientinnen und Patienten (Zusatzversicherung)	9
5.5 Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten Psychiatrie	11
5.6 Verlegung in Akutspitäler medizinisch nicht indiziert	12
<b>6 Ambulante Behandlungen</b>	<b>12</b>
6.1 Grundsätze	12
6.2 Ambulante Tarife	13
<b>7 Rettungsdienst</b>	<b>13</b>
<b>8 Zuschläge und besondere Leistungen</b>	<b>16</b>
<b>9 Abgeltung weiterer Leistungen der Solothurner Spitäler AG</b>	<b>17</b>
<b>10 Besondere Bestimmungen</b>	<b>17</b>
10.1 Besondere vertragliche Vereinbarungen	17
10.2 Rechnungsstellung	17
10.3 Zahlungsfrist und Mahnwesen	19
10.4 Gerichtsstand, anwendbares Recht	19
<b>11 Inkrafttreten</b>	<b>19</b>

<sup>1</sup> Wenn keine neutrale Bezeichnung zur Verfügung steht, wird nur die kürzere verwendet. Es sind immer alle Geschlechter gemeint.

## 1 Geltungsbereich

Diese Geschäftsbedingungen regeln die Behandlungs- und Aufenthaltspreise der Solothurner Spitäler AG sowie die Gebührenpflicht für weitere Leistungen der Solothurner Spitäler 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 und Selbstzahlern die Tarife gemäss den Geschäftsbedingungen in Rechnung gestellt.

Ungedekte Kosten, die durch unkorrekte oder unvollständige Angaben der Patientin/des Patienten verursacht wurden (z. B. Angaben zu Wohnsitzkanton oder Versicherungskategorie), gehen zu Lasten der Patientin/des Patienten.

## 2 Stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten

### • 2.1 Definition

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 oder das Geburtszimmer beanspruchen (weniger als 24 Stunden sowohl tagsüber als auch nachts) oder sich in Tages- oder Nachtkliniken aufhalten, gelten ebenfalls als ambulant.

### • 2.2 Einwilligung und Kenntnisnahme

Zur Qualitätssicherung, für die interne medizinische Fortbildung und bei einer Beschwerde von seiner/ihrer Seite erklärt sich der Patient/die Patientin damit einverstanden, dass einzelne, interne Personen Einsicht in seine/ihre Patientendokumentation nehmen dürfen.

Die Patientin/der Patient nimmt zur Kenntnis, dass für Wertsachen und persönliche Gegenstände, inkl. Hilfsmittel wie z. B. Zahnprothesen und Hörgeräte, keine Haftung durch die Solothurner Spitäler AG übernommen wird.

## 3 Wohnsitz und anwendbarer Tarif

Massgebend für die Bestimmung des anwendbaren Tarifs im KVG-Bereich ist immer der gesetzliche Wohnsitz der Patientinnen und Patienten. 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 Solothurn, geht der Differenzbetrag zu Lasten der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Bei Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland ohne Versicherungsdeckung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, kommen die Tarife für Selbstzahler zur Anwendung.

Jede Patientin/jeder Patient hat bei Spitaleintritt bzw. bei Beginn einer ambulanten Behandlung die gültige Krankenversicherungskarte vorzuweisen. Die soH speichert die notwendigen Daten und ist berechtigt, Angaben zur Kostendeckung bei der Versicherung, dem Wohnkanton oder der Gemeinsamen Einrichtung KVG abzufragen. Falls im Zusatzversicherungsbereich eine Kostengutsprache eingeholt werden soll, muss für die Herausgabe von medizinischen Daten an den Krankenversicherer eine Einwilligungserklärung der Patientinnen und Patienten vorliegen. Diese liegt in der Regel bei Abschluss

der Zusatzversicherung dem Krankenversicherer bereits vor oder muss von Patientinnen und Patienten der soH abgegeben werden. Allfällige Umtriebe der soH bei Nichtvorweisen der gültigen Versicherungskarte können den Patientinnen und 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 usw.

#### 4 Selbstzahler

Als Selbstzahler gelten Patientinnen und Patienten, 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 soH anerkannten Garanten vorweisen können.

Für Selbstzahler kommen die Tarife gemäss 5.4 ff zur Anwendung. Bei Selbstzahlern, welche notfallmässig stationär behandelt werden müssen, wird der allgemeine Tarif angewandt, ausser die Patientin/der Patient wählt die Leistungen der Halbprivat- oder Privatversicherung. Wahl Eingriffe sind nur möglich unter Anwendung der Tarife für halbprivate oder private Patientinnen und Patienten. Die Kostenvoranschläge gemäss 5.4 gelten vorbehältlich von Zuschlägen für separate Leistungen, Komplikationen oder anderen Ereignissen, welche sich auf die offerierten Kosten auswirken.

Bei Selbstzahlern wird eine Anzahlung gemäss Kostenvoranschlag oder folgenden Beträgen erhoben. Der Betrag ist gemäss Vorgaben der soH vor oder bei Eintritt (ambulant und stationär) in das Spital zu bezahlen und wird ohne Verzinsung in der Endabrechnung berücksichtigt.



Die Anzahlung beträgt:

- Selbstzahler, die ambulant behandelt werden müssen (leichte bis schwere Behandlung) Fr. 300.– bis 2000.–
- Selbstzahler, die notfallmässig stationär behandelt werden müssen Fr. 5000.–
- Selbstzahler und Patientinnen und Patienten mit teilweiser Kostengutsprache Fr. 5000.–
- Selbstzahler ohne Kostengutsprache gemäss bei geplanter Behandlung Vorausrechnung

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

Bei ausländischen Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung, bei welchen der Kanton für die Kosten aufkommt, werden die Tarife anerkannter Krankenversicherungen angewandt. Sie gelten nicht als Selbstzahler.

## 5 Stationärer Aufenthalt

### • 5.1 Abrechnungsmodalitäten

In der Akutsomatik erfolgt die Abrechnung nach SwissDRG und in der Psychiatrie nach TARPSY mit Fallpauschalen. Für zusatzversicherte Personen wird zusätzlich eine Zusatzfallpauschale und/oder Nachtpauschalen abgerechnet.

### • 5.2 Ein- und Austritt sowie interne Verlegungen (innerhalb der Solothurner Spitäler AG)

Bei Abrechnung nach Nachtpauschalen werden für den Eintritts- bzw. Verlegungstag die vollen Tagespauschalen bzw. Tagesteilpauschalen in Rechnung gestellt. Der Austrittstag wird nicht in Rechnung gestellt. Falls die Verlegung in eine höhere Zimmerkategorie aus betrieblichen oder medizinischen Gründen notwendig ist, werden keine Zuschläge fakturiert.

### • 5.3 Ärztlich bewilligter Urlaub

In der Akutsomatik und der Psychiatrie wird der administrative Urlaub nach den Regeln von SwissDRG respektive Regeln von TARPSY abgerechnet.

Bei Abrechnung nach Nachtpauschalen werden die Nächte, an welchen eine Patientin/ein Patient einen Urlaub antritt oder beendet, voll berechnet.

### • 5.4 Leistungskategorien für akutstationäre Patientinnen und Patienten (Zusatzversicherung)

In folgenden Kategorien werden differenzierte Leistungen abhängig von der Versicherungsklasse angeboten:

#### • Behandlungsleistungen (Medizin, Pflege, Therapien)

Jede Patientin und jeder Patient erhält die bestmögliche Behandlung und Pflege. Dabei berücksichtigt die soH die jeweilige Versicherungskategorie der zu behandelnden Person.

#### • Hotellerie und Gastronomie

Hotellerie und Gastronomie leisten einen Beitrag daran, den Patientinnen und Patienten den Aufenthalt angenehmer zu machen. Je nach Versicherungsklasse einer Patientin oder eines Patienten unterscheiden sich die Angebote unserer Hotellerie und Gastronomie.

#### • Guest Relations

Vor, während und nach dem Spitalaufenthalt erfolgt die Betreuung durch geschulte Guest-Relations-Mitarbeitende abhängig von der Versicherungsklasse.

Detaillierte Auskünfte zu den Kategorien und deren Leistungen sind in Broschüren für Patientinnen und Patienten enthalten.

Die drei Leistungskategorien werden in drei unterschiedlich ausgeprägten Versicherungsklassen angeboten, welche sich an den bekannten Klassen «Allgemein», «Halbprivat» und «Privat» orientieren:

### soH Standard (Allgemeinversicherte)

Die Fakturierung des Standardleistungspaketes «Behandlung», erfolgt mittels der SwissDRG-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0. Die Fakturierung der Leistungspakete «Hotellerie und Gastronomie» und «Guest Relations» erfolgt mittels einer Nachtpauschale.

- Krankenversicherungen nach Art. 11 KVG      gemäss Vertrag mit Versicherer
- Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung      gemäss Vertrag mit Versicherer
- Selbstzahler      gemäss Kostenvoranschlag bzw. Endabrechnung

Der/dem allgemeinversicherten Patientin/Patienten steht nach Absprache mit der soH und gemäss den betrieblichen Möglichkeiten offen, für seinen Aufenthalt ein Upgrade der Leistungskategorie zu kaufen.

Behandlungsleistung:

Für die Berechnung der Zusatzleistungen erfolgt zur Swiss DRG-Fallpauschale eine Zusatzfallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0:

Komfort	Fr. 4 700.–
Premium	Fr. 6 900.–

### Hotellerie & Gastronomie und Guest Relations

Im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und der aktuellen Bettenbelegungssituation kann gegen Aufpreis ein Upgrade der Leistungskategorie gekauft werden.

Komfort	Fr. 450.– pro Nacht
Premium	Fr. 600.– pro Nacht

### soH Komfort (Halbprivatversicherte)

Diese Kategorie beinhaltet die Zusatzleistungen «Komfort» und alle Leistungen der Kategorie «Standard». Zusätzlich steht der/dem halbprivatversicherten Patientin/Patienten nach Absprache mit der soH die Möglichkeit offen, für seinen Aufenthalt ein Upgrade der Leistungskategorie zu kaufen.

Behandlungsleistung:

Für die Berechnung der Zusatzleistungen erfolgt zur SwissDRG-Fallpauschale eine Zusatzfallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0:

Premium	Fr. 2 200.–
---------	-------------

### Hotellerie & Gastronomie und Guest Relations

Im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten und der aktuellen Bettenbelegungssituation kann gegen Aufpreis ein Upgrade der Leistungskategorie gekauft werden.

Premium	Fr. 150.– pro Nacht
---------	---------------------

### soH Premium (Privatversicherte)

Diese Kategorie beinhaltet die Zusatzleistungen «Premium» und alle Leistungen der Kategorien «Standard» und «Komfort».

## • 5.5 Tarife für stationäre Patientinnen und Patienten Psychiatrie

### Allgemeinpatientinnen und -patienten

TARPSY-Fallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0

- Krankenversicherungen nach Art. 11 KVG      gemäss Vertrag mit Versicherer
- Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung      gemäss Vertrag mit Versicherer
- Selbstzahler      gemäss Kostenvoranschlag bzw. Endabrechnung

### Halbprivat- und Privatpatientinnen und -patienten

Zusätzlich zum Tarif für Allgemeinpatientinnen und -patienten erfolgt ein Zuschlag je Pflege-tag (inkl. Eintritts- und Austrittstag). Grundsätzlich richten sich die Tarife im Zusatzversicherungsbereich nach dem Vertrag mit dem Versicherer.



Liegt kein gültiger Vertrag mit dem Versicherer vor, erfolgt zum Tarif für Allgemeinpatientinnen und -patienten folgender Zuschlag je Pflage-tag:

	Selbstzahler Zuschlag je Pflage-tag	Patientinnen und Patienten mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung ohne bestehenden Vertrag zwischen soH und Versicherer
Leistungen Halb- privatkategorie	Fr. 400.–	Fr. 325.–
Leistungen Privatkategorie	Fr. 600.–	Fr. 450.–

#### • 5.6 Verlegung in Akutspitäler medizinisch nicht indiziert

Wünschen Patientinnen und Patienten eine Verlegung in ein anderes Akutspital ihrer Wahl, so werden ihnen die Verlegungskosten und allfällige Mehrkosten für die Behandlung im Zielspital, welche auf die Solothurner Spitäler AG überwältzt werden, in Rechnung gestellt.

### 6 Ambulante Behandlungen

#### • 6.1 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 Solothurner Spitäler 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 Fr. 50.– in Rechnung gestellt werden.

#### Vorbereitungs- und Präventionskurse

Die Kursanmeldung ist verbindlich. Bei Abmeldungen oder Nichterscheinen werden Annullationsgebühren wie folgt in Rechnung gestellt:

- bis 14 Tage vor Kursbeginn 50% der Kurskosten
- weniger als 14 Tage vor Kursbeginn bzw. bei Nichterscheinen 100% der Kurskosten
- keine Rückerstattung für nicht besuchte Kurse

Bei vorlegen eines ärztlichen Zeugnisses wird auf die Erhebung der Gebühren verzichtet.

#### • 6.2 Ambulante Tarife

	Taxpunktwert Selbstzahler Ausland
Ärztliche Leistungen	Fr. 1.30
Laborleistungen	Fr. 1.30
Physiotherapie	Fr. 1.30
Ergotherapie	Fr. 1.40
Logopädie	Fr. 1.30
Ernährungs- und Diabetesberatung	Fr. 1.30
Hebammen	Fr. 1.40
Stoma-Beratung	Fr. 1.30

Heroingestützte Behandlung:

Anteil, den die Patientinnen und Patienten für soziale und ökonomische Leistungen selber zu bezahlen haben bzw. der von der Sozialhilfe getragen wird Fr. 220.– /Woche

### 7 Rettungsdienst

Die Kosten für Primär-Krankentransporte bis in das Zielspital, die durch spitaleigene Ambulanzen durchgeführt werden oder dem Spital von einem externen Transportunternehmen in Rechnung gestellt wurden, werden der Patientin /dem Patienten in Rechnung gestellt (System des Tiers garant). Leerfahrten werden derjenigen Person in Rechnung gestellt, die von der Leistung des Rettungs-

dienstes hätte profitieren sollen. Es gelten die gleichen Tarife wie für erfolgte Primäreinsätze.

Sekundär-Krankentransporte werden vom verlegenden Spital übernommen und im Rahmen der DRG-Fallpauschale abgegolten. Nicht medizinisch indizierte Sekundärtransporte in eine Rehabilitationsklinik gehen zu Lasten der Patientin/des Patienten.

Verlegungstransporte auf Wunsch der Patientin oder des Patienten, die nicht Teil der KVG-Pflichtleistungen sind, wie z.B. für Besuche beim Coiffeur, Zahnarzt usw. sowie für Verlegungen direkt ab Spital nach Hause, in ein Alters- oder Pflegeheim, in ein anderes Spital oder an einen anderen soH-Standort seiner Wahl usw. werden der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt.

Grundsätzlich richten sich die Tarife nach dem Vertrag mit dem Versicherer. Die untenstehenden Tarife kommen zur Anwendung, falls kein gültiger Vertrag mit der Versicherung vorliegt sowie beim Selbstzahler.

#### Primär-Krankentransporte

Grundtaxe Fr. 900.–

#### Sekundär-Krankentransporte

(Krankentransporte von Personen sowie Einsätze)

Grundtaxe Fr. 800.–

#### Verlegungstransport

(geplante Verlegungseinsätze, Liegend-Transporte)

Grundtaxe Fr. 450.–

#### Zuschläge

Medizinische Leistungen

- *Stufe 1:* kleine medizinische Leistung und Sachaufwand (Monitoring, einfache Überwachung, Patienten-Transfer mit Hilfsmittel, Lagerung, Immobilisation, Sauerstoff) Fr. 100.–
- *Stufe 2:* mittlere medizinische Leistung und Sachaufwand (zusätzlich Medikamente, Infusion) Fr. 200.–

- *Stufe 3:* grosse medizinische Leistung und Sachaufwand (zusätzliche Massnahmen wie 12er-EKG-Transmission) Fr. 300.–

- *Stufe 4:* komplexe medizinische Leistung und Sachaufwand (zusätzliche Massnahmen wie Reanimation, Einsatz Autopulse, I.O. Bohrer, Indikation Schockraum, IPS-Verlegung) Fr. 400.–

Wegentschädigung ab 81. Kilometer (Hin- und Rückfahrt) pro km Fr. 6.–

Auslagen wie Verlade, Strassengebühren nach Aufwand

Auslagen für Verpflegung und Unterkunft nach Aufwand

Mit zusätzlicher Begleitperson (wie Hebamme, IPS-Begleitung, Fachperson)

- Grundtaxe pro Begleitperson bis 1 Stunde Fr. 250.–
- Für jede weitere angebrochene ½ Stunde Fr. 125.–
- Auslagen für Verpflegung/Unterkunft nach Aufwand

Mit Notärztin/Notarzt

- Grundtaxe bis 1 Stunde Fr. 440.–
- Für jede weitere angebrochene ½ Stunde Fr. 100.–
- Ärztliche Leistungen pauschal pro ¼ Stunde Fr. 95.–
- Auslagen für Verpflegung/Unterkunft nach Aufwand

Nacht- oder Samstags, Sonn- und Feiertage (nicht für Verlegungstransporte)

- Nachtzuschlag:  
19.00 – 7.00 Uhr 25% auf Grundtaxen
- Samstags, Sonn- und Feiertage:  
24.00 – 24.00 Uhr 25% auf Grundtaxen

Gleichzeitiger Mehrfacheinsatz

- bei zwei Personen,  
pro Patientin/Patient je 75 % des Gesamttarifs
- bei drei Personen und mehr,  
pro Patientin/Patient je 50 % des Gesamttarifs

#### Spezialeinsätze

Gemäss Kostenvoranschlag und Endabrechnung

#### Eventeinsätze

Gemäss Kostenvoranschlag und Endabrechnung



## 8 Zuschläge und besondere Leistungen

Die Patientinnen und Patienten tragen die Kosten für:

- Medikamente, die der Patientin/dem Patienten beim Austritt aus dem Spital mitgegeben werden
- Telefon, Medien wie Radio, TV, Internet usw., private Porti, soweit nicht unentgeltlich angeboten, weitere private Aufwendungen oder durch besondere Wünsche der Patientin/des Patienten bedingte Mehrleistungen
- Kosten für Spezialärzte und Medizinalpersonen, die ohne medizinische Notwendigkeit auf Wunsch der Patientin/des Patienten zugezogen werden
- Kosten für während des Aufenthaltes in der Solothurner Spitäler AG in externen Kliniken und Institutionen durchgeführte medizinische Behandlungen, die nicht im Zusammenhang mit dem Akutaufenthalt in der Solothurner Spitäler AG stehen und auf Wunsch der Patientin/des Patienten veranlasst worden sind
- Zahnärztliche Behandlungen
- Kosten für Leistungen im Todesfall
- Kosten für Sitzwachen, die auf Wunsch der Patientinnen, Patienten oder deren Angehörigen veranlasst wurden
- Reparaturkosten bei Sachbeschädigungen
- Die Kosten für Kopien der Patientendokumentation (inkl. Röntgenbildern usw.) richten sich nach § 30 Abs. 3 Gesundheitsgesetz und können bei wiederholtem Verlangen von Kopien innerhalb von 12 Monaten oder bei grossem Arbeitsaufwand bis max. Fr. 300.– betragen.
- Notfalltransporte und weitere Transporte
- Bettenreservation und Effektenaufbewahrung während Urlaub
- Beherbergung von Begleitpersonen (Spitalbett Fr. 100.– pro Nacht; Liegebett gratis)
- Auslagen für Begleitung

- Kosten für besondere Dolmetscher- und Übersetzungsleistungen, welche über die gesetzliche Patientenaufklärung hinausgehen und auf Wunsch der Patientin/des Patienten bzw. mit deren/dessen Einwilligung erbracht worden sind

Diese Liste ist nicht abschliessend. Die soH bietet verschiedene Leistungsangebote an, insbesondere in der Frauenklinik. Diese Angebote werden dem Patienten zusätzlich in Rechnung gestellt.

## 9 Abgeltung weiterer Leistungen der Solothurner Spitäler AG

Es gelten die von der Solothurner Spitäler AG festgelegten Tarife und sinngemäss die Bestimmungen des kantonalen Gebührentarifs, sofern diese Leistungen nicht durch Gesetz oder Verträge geregelt sind.

## 10 Besondere Bestimmungen

### • 10.1 Besondere vertragliche Vereinbarungen

Die Solothurner Spitäler AG kann mit Versicherern wie auch mit übrigen Dritten Verträge abschliessen, die von diesen Geschäftsbedingungen abweichen.

### • 10.2 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 soH den Patientinnen und Patienten in Rechnung stellen.

Falls der Patientin/dem Patienten nicht direkt Rechnung gestellt wird, haben die Patientinnen und Patienten ein Anrecht auf eine Kopie der Rechnung, die der Versicherung zugestellt wurde. Die Rechnungskopie kann auf dem Patientenportal «Meine soH» ([www.solothurnerspitaeler.ch/meinesoh](http://www.solothurnerspitaeler.ch/meinesoh)) eingesehen und abgerufen werden. Auf Wunsch wird der Patientin/dem Patienten eine Rechnungskopie zugestellt.



#### • 10.3 Zahlungsfrist und Mahnwesen

Die Rechnung ist innert 30 Tagen ab Rechnungsdatum zu bezahlen. Im Verzugsfall kann ein Verzugszins von 5 Prozent erhoben werden (Art. 104 Abs.1 OR). Für die Bezahlung werden keine Schecks akzeptiert.

#### • 10.4 Gerichtsstand, anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit den Geschäftsbedingungen gilt, soweit nicht das Verwaltungsverfahren des Kantons Solothurn (BGS 124.11) zur Anwendung gelangt, der ausschliessliche Gerichtsstand Solothurn. Es gilt ausschliesslich Schweizer Recht.

### 11 Inkrafttreten

Diese Geschäftsbedingungen treten auf den 1. Januar 2026 in Kraft.

# solothurner spitäler **soH**

## Bürgerspital Solothurn

Schöngrünstrasse 42 | 4500 Solothurn  
T 032 627 31 21  
info.bss@spital.so.ch



## Kantonsspital Olten

Baslerstrasse 150 | 4600 Olten  
T 062 311 41 11  
info.kso@spital.so.ch



## Spital Dornach

Spitalweg 11 | 4143 Dornach  
T 061 704 44 44  
info.do@spital.so.ch



## Psychiatrische Dienste

Weissensteinstrasse 102 | 4503 Solothurn  
T 032 627 11 11  
info.pd@spital.so.ch

