

TARIFE, GEBÜHREN UND REGELUNGEN

# ALLGEMEINE GESCHÄFTS- BEDINGUNGEN 2020

solothurner  
spitäler **so**H

**Was ich weiss,  
macht mir  
niemand weis!**

<b>1 Geltungsbereich</b>	<b>4</b>
<b>2 Stationäre und ambulante Patienten<sup>1</sup></b>	<b>4</b>
<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 Privat- und Halbprivatpatienten	8
5.4 Ärztlich bewilligter Urlaub	9
5.5 Tarife für stationäre Patienten Akutsomatik	9
5.6 Tarife für stationäre Patienten Psychiatrie	11
5.7 Tarife für stationäre Patienten Akut- und Übergangspflege	12
5.8 Komfortzuschläge	12
<b>6 Ambulante Behandlungen</b>	<b>13</b>
6.1 Grundsätze	13
6.2 Ambulante Tarife	13
<b>7 Rettungsdienst</b>	<b>14</b>
<b>8 Zuschläge und besondere Leistungen</b>	<b>16</b>
<b>9 Langzeitpflege</b>	<b>17</b>
9.1 Tarife	17
9.2 Berechnung der Aufenthaltstage, Urlaub	18
<b>10 Abgeltung weiterer Leistungen     der Solothurner Spitäler AG</b>	<b>18</b>
<b>11 Besondere Bestimmungen</b>	<b>19</b>
11.1 Besondere vertragliche Vereinbarungen	19
11.2 Rechnungsstellung	19
11.3 Zahlungsfrist und Mahnwesen	19
11.4 Gerichtsstand, anwendbares Recht	19
<b>12 Inkrafttreten</b>	<b>19</b>

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

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

## 2 Stationäre und ambulante 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 (Pflegerstation/Intensivmedizin/IMC/Wöchnerinnenbett) belegt wird
- bei Überweisung in ein anderes Spital
- bei Todesfällen

Alle übrigen Behandlungen sind ambulant. 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.

### 3 Wohnsitz und anwendbarer Tarif

---

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

Für ausserkantonale Patienten kommt der Referenztarif des jeweiligen Kantons zur Anwendung. Falls dieser Referenztarif tiefer ist als derjenige des Kantons Solothurn, geht der Differenzbetrag zu Lasten des ausserkantonalen Patienten. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland kommen die Tarife für Selbstzahler zur Anwendung.

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 des Patienten vorliegen. Diese liegt in der Regel bei Abschluss der Zusatzversicherung dem Krankenversicherer bereits vor oder muss vom Patienten der soH abgegeben werden. Allfällige Umtriebe der soH bei Nichtvorweisen der gültigen Versicherungskarte können 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 Selbstzahler

Als Selbstzahler gelten 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 5.5 ff zur Anwendung. Bei Selbstzahlern, welche notfallmässig stationär behandelt werden müssen, wird der allgemeine Tarif angewandt, ausser der Patient wählt die Leistungen der Halbprivat- oder Privatversicherung. Wahleingriffe sind nur möglich unter Anwendung der Tarife für halbprivate oder private Patienten. Die Kostenvoranschläge gemäss 5.5 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 Patienten mit teilweiser Kostengutsprache Fr. 5000.–
- Selbstzahler ohne Kostengutsprache Fr. 12000.–

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



Bei ausländischen 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 Swiss-DRG und in der Psychiatrie nach TARPSY mit Fallpauschalen. Für Privat- und Halbprivatpatienten wird zusätzlich eine Zusatzfallpauschale oder eine Tagespauschale abgerechnet.

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

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

### • 5.3 Privat- und Halbprivatpatienten

Privat- oder Halbprivatpatienten werden in der Regel durch einen Chefarzt, Leitenden Arzt oder deren Stellvertreter behandelt. Stationäre Privatpatienten werden in einem Einbettzimmer und Halbprivatpatienten in einem Zweibettzimmer untergebracht, wenn nicht betriebliche oder medizinische Gründe die Unterbringung in einem Mehrbettzimmer erfordern.

Die übrigen Patienten gelten als Allgemeinpatienten.

Bei Abrechnung nach Tagespauschalen wird beim Eintritt in die Halbprivat- oder Privatabteilung der höhere Tarif in der Regel vom Wechseltag an in Rechnung gestellt. Ein Wechsel von der Halbprivat- oder Privatabteilung in eine tiefere Leistungskategorie oder auf die Allgemeine Abteilung ist nur in besonderen Fällen und mit Einverständnis der soH möglich. Der Wechseltag wird nach der höheren Kategorie abgerechnet.



#### • 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 welchen ein Patient einen Urlaub antritt oder beendet, voll berechnet.

#### • 5.5 Tarife für stationäre Patienten Akutsomatik

##### Allgemeinpatienten

SwissDRG-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 Privatpatienten

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

Die freie Arztwahl für die stationäre Behandlung ist nur in Kombination mit den Leistungen der Halbprivat- oder Privatkategorie möglich.

Liegt kein gültiger Vertrag mit dem Versicherer vor, erfolgt zur SwissDRG-Fallpauschale eine Zusatzfallpauschale mit Basispreis für ein Kostengewicht von 1.0:

	Selbstzahler	Patienten mit einer Halbprivat- oder Privatversicherung ohne bestehenden Vertrag zwischen soH und Versicherer
Leistungen Halbprivatkategorie	Fr. 6 000.–	Fr. 5 500.–
Leistungen Privatkategorie	Fr. 9 000.–	Fr. 8 000.–



## • 5.6 Tarife für stationäre Patienten Psychiatrie

### Allgemeinpatienten

SwissDRG-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 Erwachsene, Kinder und Jugendliche gemäss Kostenvoranschlag bzw. Endabrechnung

### Halbprivat- und Privatpatienten

Zusätzlich zum Tarif für Allgemeinpatienten erfolgt ein Zuschlag je Pflégetag (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 Allgemeinpatienten folgender Zuschlag je Pflégetag:

	Selbstzahler Zuschlag je Pflégetag	Patienten mit einer Halb- privat- oder Privatver- sicherung ohne bestehen- den Vertrag zwischen soH und Versicherer
Leistungen Halb- privatkategorie	Fr. 400.–	Fr. 325.–
Leistungen Privatkategorie	Fr. 600.–	Fr. 450.–

Für ausserkantonale Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik wird dem Wohnkanton ein Schulgeld in Rechnung gestellt.

• **5.7 Tarife für stationäre Patienten Akut- und Übergangspflege**

Neben der Versicherungsleistung gemäss Krankenversicherungsvertrag werden dem Patienten Fr. 173.– pro Tag in Rechnung gestellt.

• **5.8 Komfortzuschläge für den Aufenthalt in einem Einer- oder Zweierzimmer (Komfort):**

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 Leistungen der Halbprivat- oder Privatkategorie. Bei Zimmerknappheit haben die Zusatzversicherten Vorrang.

Zuschläge:

- bei Allgemeinpatienten für den Aufenthalt in einem Zweibettzimmer pro Tag Fr. 225.–
- bei Allgemeinpatienten für den Aufenthalt in einem Einbettzimmer pro Tag Fr. 350.–
- bei Halbprivatversicherten für den Aufenthalt in einem Einbettzimmer pro Tag Fr. 125.–

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.

Es kann nur die Zusatzleistung *freie Arztwahl* oder die Zusatzleistung *Komfort* gewählt werden. Eine Kombination ist nicht möglich.

## 6 Ambulante Behandlungen

---

### • 6.1 Grundsätze

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

Ambulante Patienten haben auf Verlangen der soH 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.

### • 6.2 Ambulante Tarife

---

	Taxpunktwert	
	Nicht KVG/UVG	Ausland
Ärztliche Leistungen	Fr. 1.20	Fr. 1.30
Laborleistungen	Fr. 1.20	Fr. 1.30
Physiotherapie	Fr. 1.20	Fr. 1.30
Ergotherapie	Fr. 1.30	Fr. 1.40
Logopädie	Fr. 1.20	Fr. 1.30
Ernährungs- und Diabetesberatung	Fr. 1.20	Fr. 1.30
Hebammen	Fr. 1.30	Fr. 1.40
Stoma-Beratung	Fr. 1.20	Fr. 1.30

---

Heroingestützte Behandlung:

Anteil, den die Patienten für soziale und ökonomische Leistungen selber zu bezahlen haben bzw. der von der Sozialhilfe getragen wird

Fr. 220.00/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 dem Patienten 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.

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

Verlegungstransporte auf Wunsch 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 etc. werden 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

(Kranken- und Verlegungstransporte 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. 100.00
- *Stufe 2*: mittlere medizinische Leistung und Sachaufwand (zusätzlich Medikamente, Infusion) Fr. 200.00
- *Stufe 3*: grosse medizinische Leistung und Sachaufwand (zusätzliche Massnahmen wie 12er-EKG-Transmission) Fr. 300.00
- *Stufe 4*: komplexe medizinische Leistung und Sachaufwand (zusätzliche Massnahmen wie Reanimation, Einsatz Autopulse, I.O. Bohrer, Indikation Schockraum, IPS-Verlegung) Fr. 400.00

Wegenschädigung ab 81. Kilometer  
(Hin- und Rückfahrt) pro km Fr. 6.00  
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. 250.00
- Für jede weitere angebrochene ½ Stunde Fr. 125.00
- Auslagen für Verpflegung/Unterkunft nach Aufwand

Mit Notarzt

- Grundtaxe bis 1 Stunde Fr. 440.00
- Für jede weitere angebrochene ½ Stunde Fr. 100.00
- Ärztliche Leistungen nach Tarmed
- Auslagen für Verpflegung/Unterkunft nach Aufwand

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

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

#### Gleichzeitiger Mehrfacheinsatz

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

#### Spezialeinsätze

Gemäss Kostenvoranschlag und Endabrechnung

#### Eventeinsätze

Gemäss Kostenvoranschlag und Endabrechnung

### 8 Zuschläge und besondere Leistungen

---

Die Patienten tragen die Kosten für:

- Medikamente, die 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 des Patienten bedingte Mehrleistungen
- Kosten für Spezialärzte und Medizinalpersonen, die ohne medizinische Notwendigkeit auf Wunsch des Patienten zugezogen werden
- Kosten für während des Aufenthaltes in der Solothurner Spitäl AG in externen Kliniken und Institutionen durchgeführte medizinische Behandlungen, die nicht im Zusammenhang mit dem Akutaufenthalt in der Solothurner Spitäl AG stehen und auf Wunsch des Patienten veranlasst worden sind
- Zahnärztliche Behandlungen
- Kosten für Leistungen im Todesfall
- Kosten für Sitzwachen, die auf Wunsch der Patienten oder deren Angehörigen veranlasst wurden
- Reparaturkosten bei Sachbeschädigungen
- Die Kosten für Kopien der Patientendokumentation (inkl. Röntgenbildern etc.) 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
- Nebenkosten in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik
- Kosten für besondere Dolmetscher- und Übersetzungsleistungen, welche über die gesetzliche Patientenaufklärung hinausgehen und auf Wunsch des Patienten bzw. mit 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 Langzeitpflege

Die folgenden Ausführungen gelten für Wartepatienten auf Akutabteilungen mit Wohnsitz in der Schweiz.

### • 9.1 Tarife

Pflegestufe nach RAI/RUG	Anteil Krankenversicherung	Anteil Bewohner	Anteil Einwohnergemeinde*	Gesamt-taxe
1-a	Fr. 9.60	Fr. 173.65	Fr. 0.00	Fr. 183.25
2-b	Fr. 19.20	Fr. 186.65	Fr. 0.00	Fr. 205.70
3-c	Fr. 28.80	Fr. 194.04	Fr. 0.00	Fr. 222.84
4-d	Fr. 38.40	Fr. 194.04	Fr. 10.70	Fr. 243.14
5-e	Fr. 48.00	Fr. 194.04	Fr. 23.70	Fr. 265.74
6-f	Fr. 57.60	Fr. 194.04	Fr. 34.70	Fr. 286.34
7-g	Fr. 67.20	Fr. 194.04	Fr. 46.70	Fr. 307.94
8-h	Fr. 76.80	Fr. 194.04	Fr. 56.70	Fr. 327.54
9-i	Fr. 86.40	Fr. 194.04	Fr. 69.70	Fr. 350.14
10-j	Fr. 96.00	Fr. 194.04	Fr. 78.70	Fr. 368.74
11-k	Fr. 105.60	Fr. 194.04	Fr. 90.70	Fr. 390.34
12-l	Fr. 115.20	Fr. 194.04	Fr. 110.70	Fr. 419.94

\* Falls bei ausserkantonalen Patienten der Beitrag tiefer ist, wird die Differenz dem Patienten in Rechnung gestellt.

Folgende Leistungen werden zusätzlich in Rechnung gestellt:

- Arztkosten, Medikamente, Mittel und Gegenstände sowie durch den Arzt verordnete Nebenleistungen. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an die Krankenversicherungen. Die Rechnungsstellung für Nichtpflichtleistungen erfolgt an den Bewohner.
- Zusätzliche Leistungen für persönliche Bedürfnisse (z. B. Coiffeur, Pediküre usw.) sind von den Bewohnern separat zu bezahlen.
- Weitere Leistungen werden nach Aufwand in Rechnung gestellt.

#### • 9.2 Berechnung der Aufenthaltstage, Urlaub

Der Ein- und Austrittstag wird voll in Rechnung gestellt. Ausnahme: bei einem Übertritt in den Akutbereich der soH wird der Austrittstag nicht verrechnet.

Bei Urlaub werden der Austritts- und der Rückkehrtag voll in Rechnung gestellt. Bei Abwesenheiten wird eine Reservationstaxe von Fr. 125.– pro Tag fakturiert.

### 10 Abgeltung weiterer Leistungen der soH

---

Es gelten die von der soH festgelegten Tarife und sinngemäss die Bestimmungen des kantonalen Gebührentarifs, sofern nicht durch Gesetz oder Verträge geregelt.

## 11 Besondere Bestimmungen

---

### • 11.1 Besondere vertragliche Vereinbarungen

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

### • 11.2 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 Patienten in Rechnung stellen.

Falls dem Patienten nicht direkt Rechnung gestellt wird, haben die Patienten ein Anrecht auf eine Kopie der Rechnung, die der Versicherung zugestellt wurde. Die Rechnungskopie kann bei der Patientenadministration angefordert werden.

### • 11.3 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.

### • 11.4 Gerichtsstand, anwendbares Recht

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

Es gilt ausschliesslich Schweizer Recht.

## 12 Inkrafttreten

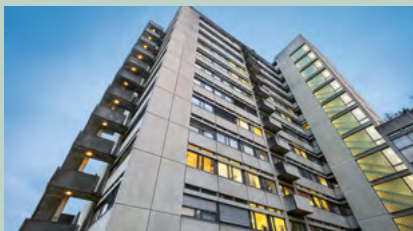
---

Diese Geschäftsbedingungen treten auf den 1. Januar 2020 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

