

Solothurn, Juli 2026

Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik 2025-2034 Kanton Solothurn

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
1.1.	Ausgangslage und Ziele	3
1.2.	Rahmenbedingungen.....	4
2.	Ablauf Spitalplanung Akutsomatik	5
2.1.	Bedarfsermittlung Akutsomatik	7
2.2.	Angebotsbestimmung sowie Auswahl des Angebots.....	7
2.3.	Interkantonale Koordination.....	7
2.4.	Sicherung des Angebots.....	8
2.5.	Monitoring und Aktualisierung Spitalliste Bereich Akutsomatik	8
2.6.	Evaluation Spitalplanung inklusive Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik.....	9
3.	Planungskriterien	9
3.1.	Bedarfsgerechte Versorgung und Zugang zur Versorgung	11
3.2.	Qualität	14
3.3.	Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	16
3.4.	Aus- und Weiterbildung.....	19
3.5.	Aufsicht und Daten	19
4.	Literaturverzeichnis	21

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage und Ziele

Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) sorgen die Kantone mittels Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Die Kantone ermitteln den Bedarf und das Angebot in nachvollziehbaren Schritten und stützen sich dabei auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (vgl. Art. 58b der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV; SR 832.102]). Bei der Bestimmung des zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags (vgl. Art. 58b und 58d KVV). Die Kantone koordinieren gemäss Art. 58e KVV ihre Planung untereinander. Resultat der kantonalen Planung ist die Spitalliste, auf welcher alle Einrichtungen aufgeführt sind, die erforderlich sind, um das notwendige Angebot zu sichern (vgl. Art. 58f KVV).

Mit dem vorliegenden Dokument wird der Planungsprozess im Kanton Solothurn, spezifisch für den Bereich Akutsomatik, dargelegt. Dabei werden konkret folgende Ziele verfolgt:

➔ **Transparente Dokumentation der Planungsgrundlagen Akutsomatik**

Die notwendigen Grundlagen für die leistungsorientierte Spitalplanung des Kantons Solothurn wurden im Gesundheitsgesetz vom 19. Dezember 2018 (GesG; BGS 811.11), in der Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz vom 30. April 2019 (GesV; BGS 811.12), im Spitalgesetz vom 12. Mai 2004 (SpiG; BGS 817.11) sowie in der Verordnung über die Spitalliste vom 27. September 2011 (SpiVO; BGS 817.116) geschaffen. Mit dem vorliegenden Grundlagendokument sollen das Vorgehen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung Akutsomatik sowie die zugrundeliegenden Planungskriterien transparent und nachvollziehbar erläutert werden. Dazu gehört nicht nur die Erarbeitung der Spitalliste Bereich Akutsomatik, sondern auch das Monitoring zur Spitalliste Bereich Akutsomatik, auf dessen Basis die kantonale Versorgungslage periodisch überprüft wird.

In Kapitel 2 des vorliegenden Grundlagendokuments ist der Planungsprozess im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn dargestellt. Zudem sind die zentralen Prozessschritte erläutert.

➔ **Konkretisierung der Planungskriterien mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sowie auf die revidierten Empfehlungen der GDK**

Bei der Planung des zu sichernden Angebots ist insbesondere die Bedarfsgerechtigkeit der Planung und die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen und zu prüfen. Dies erfolgt anhand verschiedener Planungskriterien. Die im Kanton Solothurn für die Spitalplanung Akutsomatik verwendeten Planungskriterien basieren auf den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK zur Spitalplanung vom 27. November 2025¹ und berücksichtigen die relevante Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer).

Kapitel 3 enthält eine ausführliche Beschreibung der Planungskriterien, die in der kantonalen Spitalplanung Akutsomatik Anwendung finden.

¹ Vgl. GDK (2025).

1.2. Rahmenbedingungen

1.2.1. Rechtliche Grundlagen

Die Spitalplanung Akutsomatik und somit auch das vorliegende Grundlegendokument stützen sich auf folgende rechtliche Grundlagen:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG),
- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV),
- Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 19. Dezember 2018 (GesG),
- Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 30. April 2019 (GesV),
- Spitalgesetz des Kantons Solothurn vom 12. Mai 2004 (SpiG),
- Verordnung über die Spitalliste des Kantons Solothurn vom 27. September 2011 (SpiVO).

1.2.2. IVHSM als Sonderregelung

Gemäss Artikel 39 Abs. 2^{bis} KVG ist im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen fest und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten. Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin erfolgt im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung. Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM haben die Kantone bisher Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin verabschiedet.²

1.2.3. Weitere Grundlagen

Nebst den erwähnten rechtlichen Grundlagen stützen sich die Grundlagen zur Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn insbesondere auf die Empfehlungen der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung³ und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung⁴.

Sowohl die Empfehlungen der GDK als auch die Grundlagen zur Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn stützen sich ausserdem auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) bzw. des Bundesgerichts. Eine Übersicht der Entscheide des Bundesgerichts und des BVGer im Kontext kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten kann der Webseite der GDK entnommen werden.⁵

Exkurs zu den Empfehlungen der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung

Die Plenarversammlung der GDK hat mit Beschluss vom 27. November 2025 die revidierte Version der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung verabschiedet. Mit dieser Revision wurde einerseits die Empfehlung 2a dahingehend ergänzt, dass die GDK neu eine gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und -prognose erarbeiten wird. Andererseits wurde neu die Empfehlung 11a eingefügt. Diese besagt, dass die Kantone sich bei ihrer Spitalplanung an Spitalversorgungsräumen orientieren, welche sich aus einer schweizweit einheitlichen Zuordnung der Leistungen zu den Versorgungsebenen Grundversorgung und Spezialversorgung und schweizweit einheitlicher Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen in der Spezialversorgung ergeben. Diese Empfehlung kann jedoch erst umgesetzt werden, wenn die entsprechenden Grundlagen erarbeitet und durch die Plenarversammlung der GDK beschlossen wurden. Dieser Prozess wird voraussichtlich im Jahr 2031 abgeschlossen sein.⁶

Für die vorliegende Planung des Kantons Solothurn kann die neue Empfehlung 11a somit noch nicht berücksichtigt werden.

² Für Details vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin>.

³ Vgl. GDK (2025).

⁴ Vgl. GDK (2019).

⁵ Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/bundesverwaltungsgericht>

⁶ Vgl. Medienmitteilung der GDK vom 1. Dezember 2025.

2. Ablauf Spitalplanung Akutsomatik

Tabelle 1 enthält eine Übersicht der Grundlagen und Instrumente der Spitalplanung Akutsomatik mit Verweis auf die jeweiligen Genehmigungsbehörden, Beschwerdemöglichkeiten und Beschwerdeinstanzen. Die einzelnen Schritte, Instrumente sowie deren Dokumentation sind in Abbildung 1 dargestellt. Die Planungskriterien werden anschliessend im Kapitel 3 dargelegt.

Tabelle 1: Instrumente der Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn

Instrument	Genehmigungsbehörde	Beschwerdelegitimation	Beschwerdeinstanz
Gesundheitsgesetz	Kantonsrat	Volk / Kantonsrat mit Referendum	Stimmvolk
Spitalgesetz	Kantonsrat	Volk / Kantonsrat mit Referendum	Stimmvolk
Verordnung über die Spitalliste	Regierungsrat	Verordnungsveto durch Kantonsrat	Kantonsrat
Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz	Regierungsrat	Verordnungsveto durch Kantonsrat	Kantonsrat
Erlass der Spitalliste Bereich Akutsomatik	Regierungsrat	betroffene Spitäler und Kantone sowie Organisationen der Versicherer	Bundesverwaltungsgericht
Aktualisierung der Spitalliste Bereich Akutsomatik	Regierungsrat	betroffene Spitäler und Kantone sowie Organisationen der Versicherer	Bundesverwaltungsgericht
Formelle Anpassung der Spitalliste Bereich Akutsomatik	Regierungsrat	in der Regel keine	-

Abbildung 1: Ablauf Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn



2.1. Bedarfsermittlung Akutsomatik

Als Grundlage für eine leistungsorientierte (Art. 58c Bst. a KVV) und bedarfsgerechte (Art. 58a KVV) Spitalplanung ist in einem ersten Schritt der Leistungsbedarf zu bestimmen. Massgebend ist jeweils der Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung (Art. 58a KVV). Dabei ist der Bedarf in nachvollziehbaren Schritten und gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu ermitteln (Art. 58b Abs. 1 KVV).

In Erfüllung des gesundheitspolitischen und versorgungsplanerischen Auftrags wurde als Grundlage für eine leistungsorientierte stationäre Versorgungsplanung der «Versorgungsbericht zur Akutsomatik» erarbeitet. Dieser zeigt einerseits ein detailliertes Bild der stationären Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn und skizziert andererseits mittels Bedarfsprognose den zukünftigen Versorgungsbedarf. Weitere Details finden sich im Versorgungsbericht.⁷

2.2. Angebotsbestimmung sowie Auswahl des Angebots

Basierend auf dem ermittelten Leistungsbedarf ist anschliessend das notwendige Angebot zu bestimmen, welches zur Deckung dieses Bedarfs notwendig ist (Art. 58b Abs. 3 KVV). Bei der Auswahl des Angebots bzw. der Leistungserbringer sind insbesondere die bundesrätlichen Planungskriterien gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. a-c KVV zu berücksichtigen. Diese wurden für die Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn konkretisiert (vgl. Kapitel 3). Ausserdem legt das KVG fest, dass private Trägerschaften angemessen in die kantonale Spitalplanung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG).

Anhand eines öffentlichen Bewerbungsverfahrens werden die Leistungserbringer eingeladen, sich für die Spitalliste Bereich Akutsomatik zu bewerben. Bewerbungen können für eine oder mehrere Leistungsgruppen eingereicht werden. Anhand der eingereichten Bewerbungsunterlagen und weiteren verfügbaren Leistungsdaten werden die Versorgungsrelevanz, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringer gemäss den festgelegten Planungskriterien evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluation sowie die daraus abgeleitete provisorische Spitalliste Bereich Akutsomatik werden im Spitalplanungsbericht transparent dargelegt. Der Bericht wird den Bewerbenden, den Standortkantonen der Bewerbenden sowie dem Verband der Krankenversicherer zur Wahrnehmung ihres rechtlichen Gehörst zugänglich gemacht, sodass sie sich zu den vorgesehenen Entscheiden sachgerecht äussern können.

2.3. Interkantonale Koordination

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art 39 Abs. 2 KVG bzw. Art. 58e KVV müssen die Kantone insbesondere: (a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen.

Gemäss Art. 58e Abs. 2 KVV hat die Koordination mit folgenden Kantonen zu erfolgen (1) Standortkantone (voraussichtlicher) ausserkantonomer Listenspitäler, (2) Kantone, die innerkantonale Listenspitäler auf der Spitalliste führen, (3) Kantone mit bedeutenden Patientenströmen zu oder vom Kanton Solothurn und (4) weitere Kantone, wenn die Koordination zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann.

Im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn erfolgt die interkantonale Koordination mit den betroffenen Kantonen in zwei Formen. Einerseits werden diese im Rahmen der Vernehmlassung der Bedarfsermittlung und des Spitalplanungsberichts (einschliesslich der provisorischen Spitalliste) schriftlich einbezogen. Die Ergebnisse der Vernehmlassungen fliessen in angemessener Weise in die Finalisierung der entsprechenden Dokumente ein. Andererseits werden jene Kantone, aus denen sich Spitäler und Kliniken für die Solothurner Spitalliste Bereich Akutsomatik beworben haben, gestützt auf die Bedarfsermittlung und vor der definitiven Festlegung des Angebots, zu einem fachlichen Austausch über das Koordinationspotenzial sowie die Möglichkeiten einer abgestimmten Angebotsplanung eingeladen.

⁷ Vgl. <https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/behandlung-und-pflege/spitaeler-und-kliniken/>

2.4. Sicherung des Angebots

Die Sicherung des Angebots erfolgt über den Erlass der Spitalliste Bereich Akutsomatik⁸ durch den Regierungsrat. Gegen diesen Erlass können die Betroffenen beim Bundesverwaltungsgericht innert 30 Tagen Beschwerde erheben. Auf der Spitalliste Bereich Akutsomatik werden diejenigen Leistungserbringer aufgeführt, welche notwendig sind, um das nötige Versorgungsangebot sicherzustellen. Die Leistungsaufträge der betreffenden Leistungserbringer werden nach Leistungsgruppen differenziert. In Ergänzung zur Spitalliste Bereich Akutsomatik werden die Leistungsaufträge der Listenspitäler in Leistungsvereinbarungen zwischen dem Departement des Innern Kanton Solothurn (DDI) und den Leistungserbringern konkretisiert. Die Leistungsvereinbarungen werden in der Regel befristet abgeschlossen, wobei die Befristung mit Blick auf den Zeitpunkt der nächsten Aktualisierung Spitalliste Bereich Akutsomatik bzw. Evaluation der Spitalplanung Akutsomatik festgelegt wird. Die Entwürfe der Leistungsvereinbarungen werden den Listenspitälern zur Wahrnehmung ihres rechtlichen Gehörst zugänglich gemacht, sodass sie sich zu den vorgesehenen Inhalten sachgerecht äussern können.

2.5. Monitoring und Aktualisierung Spitalliste Bereich Akutsomatik

Gemäss Art. 58a Abs. 2 KVV sind die Kantone verpflichtet, ihre Planung periodisch zu überprüfen. Der Kanton Solothurn nimmt diese Pflicht mit dem Monitoring Spitalliste Bereich Akutsomatik, der Aktualisierung der Spitalliste Bereich Akutsomatik und mit der Evaluation der Spitalplanung inklusive Grundlagen der Spitalplanung am Ende der Planungsperiode wahr (siehe dazu Kapitel 2.6).

2.5.1. Monitoring Spitalliste Bereich Akutsomatik

Das laufende Monitoring Spitalliste Bereich Akutsomatik erfolgt grundsätzlich entlang der in Kapitel 3 formulierten Planungskriterien, wobei anhand der verfügbaren Datengrundlagen die Entwicklung des Versorgungsbedarfs sowie die Einhaltung der Leistungsaufträge durch die Leistungserbringer überprüft werden. Zentrale Grundlage für das Monitoring bildet die Medizinische Statistik (MedStat)⁹ des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie die Reportingdaten, welche von den Leistungserbringern im Rahmen der jährlichen Berichterstattung eingereicht werden.¹⁰ Bei innerkantonalen Leistungserbringern werden die Ergebnisse im Rahmen der Jahresgespräche thematisiert.

Aus dem Monitoring kann ein Bedarf für die Anpassung der Spitalliste Bereich Akutsomatik resultieren. Dies kann entweder im Rahmen einer formellen Anpassung der Spitalliste Bereich Akutsomatik erfolgen oder aber eine Aktualisierung der Spitalliste Bereich Akutsomatik bedingen. Letzteres beispielsweise, falls das Monitoring Hinweise auf grosse Diskrepanzen zwischen Bedarf und dem gesicherten Angebot gemäss Spitalliste Bereich Akutsomatik liefert.

2.5.2. Aktualisierung Spitalliste Bereich Akutsomatik

Ohne Auftreten externer Faktoren (vgl. Kapitel 2.5.1) kann nach Ablauf der Hälfte der aktuellen Planungsperiode eine Aktualisierung der Spitalliste Bereich Akutsomatik erfolgen. Dabei kommt ein verkürzter Spitalplanungsprozess zur Anwendung. Konkret wird der aktuelle Bedarf der Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn an akutsomatischen Versorgungsleistungen mit dem aktuellen Angebot gemäss Spitalliste Bereich Akutsomatik verglichen. Falls notwendig, werden basierend auf diesem Vergleich neue/zusätzliche Leistungsaufträge vergeben oder bestehende Leistungsaufträge entzogen. Im Unterschied zur Evaluation der Spitalplanung kommt kein generelles Bewerbungsverfahren zur Anwendung und es erfolgt keine Evaluation der Planungskriterien und des Planungsprozesses.

Bei einer Aktualisierung der Spitalliste Bereich Akutsomatik werden die von der Aktualisierung betroffenen Kantone vorab konsultiert. Dazu gehören mindestens:

- der Standortkanton eines Leistungserbringers, dem ein Leistungsauftrag erteilt oder entzogen wird,
- sowie jene Kantone, die einen Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn, dem ein Leistungsauftrag erteilt oder entzogen wird, auf ihrer Spitalliste führen.

⁸ Die Unterscheidung zwischen Erlass, Aktualisierung und formeller Anpassung der Spitalliste orientiert sich an der Definition gemäss den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (vgl. GDK 2025).

⁹ Resp. ab Datenjahr 2024 die Daten der Erhebung Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) des BFS.

¹⁰ Ausserkantonale Leistungserbringer reichen die Reportingdaten nur auf Verlangen des Kantons ein.

2.5.3. Antrag um Aufnahme auf die Spitalliste oder Änderung des Leistungsauftrags

Anpassungen der Spitalliste Bereich Akutsomatik können ebenso von den Leistungserbringern selber initiiert werden. In diesem Fall stellt der Leistungserbringer einen schriftlichen Antrag an das DDI. Das DDI prüft das Anliegen gestützt auf die in Kapitel 3 definierten Planungskriterien sowie auf das laufende Monitoring. Erforderlichenfalls werden für die abschliessende Beurteilung zusätzliche Unterlagen eingefordert.

Für solche Anpassungen sind zwei Fallkonstellationen zu unterscheiden:

- Neuaufnahme eines Leistungserbringers: Eine Neuaufnahme auf die Spitalliste ist grundsätzlich nur möglich, wenn ein ausgewiesener Versorgungsnotstand besteht. Neuaufnahmen erfolgen ausschliesslich per 1. Januar eines Kalenderjahres und setzen ein vollständiges Bewerbungsverfahren voraus. Zwischen Eingang der vollständigen Bewerbung und dem Inkrafttreten des Leistungsauftrags ist ein zeitlicher Vorlauf von mindestens neun Monaten erforderlich.
- Änderung eines bestehenden Leistungsauftrags: Eine Änderung, insbesondere Erweiterung eines bereits bestehenden Leistungsauftrags kann vorgenommen werden, sofern ein entsprechender Bedarf nachgewiesen ist. Solche Änderungen treten in der Regel ebenfalls nur per 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft und bedürfen eines Vorlaufs von mindestens sechs Monaten. Ausgenommen hiervon ist die Rückgabe von Leistungsaufträgen infolge Geschäftsaufgabe aus ausserordentlichen Gründen (z.B. Konkurs).

2.6. Evaluation Spitalplanung inklusive Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik

Die laufende Überprüfung der Spitalplanung Akutsomatik im Rahmen des Monitorings wurde in Kapitel 2.5 beschrieben. Diese ist zu unterscheiden von der Evaluation der Spitalplanung Akutsomatik inkl. der Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik, in deren Rahmen sowohl der zugrundeliegende Ablauf der Spitalplanung sowie die Planungskriterien überprüft werden. Die Evaluation der Spitalplanung erfolgt jeweils im Hinblick auf den Beginn einer neuen Planungsperiode und resultiert im Erlass der Spitalliste Bereich Akutsomatik zu Beginn der neuen Planungsperiode.

3. Planungskriterien

Die Planungskriterien sind ein wesentliches Element der Solothurner Spitalplanung. Anhand der Planungskriterien wird das mittels Spitalliste zu sichernde Angebot bestimmt. Dazu muss unter Zuhilfenahme der Planungskriterien die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung operationalisiert werden. Konkret dienen die Planungskriterien als Grundlage für die Beurteilung und Auswahl der Listenspitäler.

Als Ausgangslage dienen die einheitlichen Planungskriterien des Bundesrates gemäss Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG bzw. die entsprechenden Präzisierungen in der KVV. Die bundesrätlichen Planungskriterien wurden im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn hinsichtlich der Anwendung im Einzelfall konkretisiert. Diese werden einerseits in die unterschiedlichen thematischen Bereiche Bedarfsgerechtigkeit (vgl. Kapitel 3.1), Qualität (vgl. Kapitel 3.2), Wirtschaftlichkeit (vgl. Kapitel 3.3), Aus- und Weiterbildung (vgl. Kapitel 3.4) sowie Aufsicht und Daten (vgl. Kapitel 3.5) unterteilt. Andererseits können die Planungskriterien hinsichtlich der Ebene, auf der sie ansetzen, unterschieden werden. Kriterien auf Ebene Leistungsgruppe definieren jene leistungsspezifischen Anforderungen, welche zur Erteilung eines Leistungsauftrags in einer spezifischen Leistungsgruppe zu erfüllen sind (z.B. Facharztstitel). Kriterien auf Ebene Leistungserbringer bezeichnen die Anforderungen, die für die Berücksichtigung eines bestimmten Leistungserbringers ausschlaggebend sind (z.B. Teilnahme an den ANQ-Qualitätsmessungen). Kriterien auf Ebene Versorgungssystem operationalisieren jene Anforderungen, welche durch das Versorgungsangebot bzw. die Spitalliste als Ganzes zu erfüllen sind (z.B. Abdeckungsgrad der Spitalliste). Tabelle 2 enthält eine Übersicht der Planungskriterien gemäss den thematischen Bereichen und den verschiedenen Ebenen.

Tabelle 2: Planungskriterien

Bereich	Planungskriterium	Ebene		
		Versorgungssystem	Leistungserbringer	Leistungsgruppe
Bedarfsgerechte Versorgung und Zugang zur Versorgung	Abdeckungsgrad der Spitalliste	x		
	Sicherstellung eines umfassenden Leistungsangebots	x		
	Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungsgruppe			x
	Aufnahmebereitschaft		x	
	Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen	x	x	
Qualität	Leistungsspezifische Anforderungen			x
	Qualitäts- und Risikomanagement		x	
	Leistungserbringerweite Führung eines CIRS		x	
	Qualitätsmessungen		x	
	Heilmittelmanagement		x	
	Hygiene und Infektionsprävention		x	
	Reanimationsübungen beziehungsweise -nachs Schulungen		x	
	Patientendokumentationssystem		x	
Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	Wirtschaftlichkeit		x	
	Förderung der ambulanten Versorgung	x		
	Konzentration von Leistungen	x		
	Rechnungslegung und -kontrolle		x	
	Kodierrevision		x	
Aus- und Weiterbildung	Aus- und Weiterbildung der vom Kanton bezeichneten nicht-universitären Gesundheitsberufe		x	
Aufsicht und Daten	Aufsicht		x	
	Datenlieferung		x	
	Datenschutz und Informationssicherheit		x	
	Elektronisches Patientendossier		x	

Die verschiedenen Planungskriterien können in gewissen Fällen in Konflikt zueinander stehen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass keiner der nicht bereits auf der (provisorischen) Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer in einer bestimmten Leistungsgruppe das Kriterium der Versorgungsrelevanz erfüllt, für die Erreichung des angestrebten Abdeckungsgrads jedoch ein weiterer Leistungserbringer auf die Spitalliste aufzunehmen wäre. Ferner ist es auch möglich, dass ein Leistungserbringer in einer Leistungsgruppe zwar als versorgungsrelevant einzustufen ist, dieser aber gleichzeitig eine ungenügende Wirtschaftlichkeit aufweist. In Fällen, in denen aus verschiedenen Planungskriterien kontradiktierende Schlussfolgerungen resultieren, liegt es im Ermessen des Kantons, welches Kriterium im Einzelfall höher gewichtet wird. Dabei ist es möglich, dass die Erteilung eines Leistungsauftrags für spezifische Leistungsgruppen aus Bedarfsicht und in Kombination mit Überlegungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität verweigert wird. Auch wenn alle Kriterien auf

Ebene des Leistungserbringers und auf Ebene des betreffenden Leistungsbereichs erfüllt sind, besteht noch kein Rechtsanspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste. Zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind nur so viele Spitäler zuzulassen (bzw. Leistungsaufträge zu erteilen) als für die Deckung des Bedarfs erforderlich sind. Dies gilt insbesondere für jene Leistungsbereiche mit hohen Vorhalte-, Infrastruktur- und Personalkosten. Die mit der KVG-Revision angestrebte Kosteneindämmung setzt eine optimale Ressourcennutzung und somit eine übergeordnete Versorgungs- und Planungsperspektive voraus.¹¹

3.1. Bedarfsgerechte Versorgung und Zugang zur Versorgung

Gemäss Art. 58a KVV hat der Kanton mittels Spitalplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sorgen. Dazu ermittelt der Kanton den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten, ermittelt das Angebot, welches in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Spitalliste geführt werden und bestimmt das Angebot, welches mittels Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu sichern ist, damit die bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist.

Nähere Ausführungen zum konkreten Vorgehen hinsichtlich Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose finden sich im „Versorgungsbericht zur Akutsomatik“.¹² Nachfolgend werden die Kriterien aufgeführt, welche für die Vergabe eines Leistungsauftrags an einen Leistungserbringer im Hinblick auf die Bedarfsgerechtigkeit angewandt werden.

3.1.1. Abdeckungsgrad der Spitalliste

Mit dem Kriterium Abdeckungsgrad der Spitalliste wird der quantitativen Dimension der Versorgungssicherheit Rechnung getragen, ohne dass konkrete (Betten-)Kapazitäten als Planungsgrösse herangezogen werden. Zwecks Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung hat die kantonale Spitalliste in der Regel 70% der Hospitalisationen von Patient/-innen mit Wohnsitz im Kanton Solothurn abzudecken. Liegt die Abdeckung tiefer, ist sie gemäss Empfehlung der GDK¹³ zu begründen. Im Kanton Solothurn können Abweichungen in einzelnen Fällen entstehen, weil der Kanton eine ausgeprägte geografische Verzweigung aufweist, wodurch sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die kantonale Wohnbevölkerung auf überdurchschnittlich viele ausserkantonale Leistungserbringer mit jeweils relativ geringen Versorgungsanteilen verteilt. Die Spitalplanung erfolgt jedoch mit der Absicht, in jeder Leistungsgruppe einen Abdeckungsgrad von 70% zu erreichen. Aus praktischen Gründen wird bei Leistungsgruppen mit weniger als 10 Hospitalisationen von Solothurner Patient/-innen pro Jahr davon ausgegangen, dass die Abdeckung sichergestellt ist, wenn in jeder Leistungsgruppe mindestens ein, in der Regel aber zwei Leistungsaufträge vergeben worden sind (vgl. dazu die Kapitel 3.1.2 und 3.1.5).

3.1.2. Sicherstellung eines umfassenden Leistungsangebots

Das Kriterium betreffend die Sicherstellung eines umfassenden Leistungsangebots stellt den Zugang der kantonalen Wohnbevölkerung zum gesamten Spektrum stationärer akutsomatischer Versorgungsleistungen sicher. Die Sicherung spezialisierter Versorgungsangebote mittels der kantonalen Spitalliste ist insbesondere vor dem Hintergrund der herrschenden Unterschiede der Baserates von zentraler Relevanz. So kann über die kantonale Spitalliste sichergestellt werden, dass jede versicherte Person die Möglichkeit hat, ohne Zusatzkosten für das vollständige Leistungsspektrum eine Behandlung bei einem auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist auf der Spitalliste des Kantons Solothurn für sämtliche Leistungsgruppen mindestens ein Leistungserbringer aufzuführen, sofern qualifizierte Bewerbende die jeweiligen leistungsspezifischen Anforderungen erfüllen.

Die Spitalplanung Bereich Akutsomatik des Kantons Solothurn beruht auf den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH). Entwickelt wurden diese im Rahmen der Spitalplanung 2012 des Kantons Zürich unter Beizug von über 100 Fachexpertinnen und Fachexperten. Mit der Spitalplanung 2023 des Kantons Zürich ist letztmals eine grundlegende Überarbeitung der SPLG erfolgt. Jede SPLG ist anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) eindeutig definiert. Die SPLG wurden den Kantonen von der GDK zur

¹¹ Vgl. dazu auch BVGer C-4232/2014.

¹² Vgl. <https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/behandlung-und-pflege/spitaeler-und-kliniken/>

¹³ Vgl. GDK (2025, S. 10).

Übernahme empfohlen und werden mittlerweile schweizweit als Basis für die Spitalplanungen und Spitallisten verwendet. Die Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn basiert auf der Leistungsgruppensystematik SPLG Akutsomatik SO 2028.1 (SPLG Akutsomatik SO). Diese übernimmt grundsätzlich die SPLG-Systematik der GD ZH und berücksichtigt zudem Änderungen, welche ab 1. Januar 2027 im Kanton Zürich in Kraft treten werden. Insbesondere die Überarbeitung des Spitalplanungs-Leistungsbereichs (SPLB) «Gefässe».

Das Leistungsgruppenkonzept sieht auf der ersten Ebene eine Aufteilung in jene Leistungsgruppen vor, die nur mit dem „Basispaket Chirurgie und Innere Medizin“ (BP) erbracht werden können (BP als Voraussetzung für andere Leistungsgruppen) und in solche, die mit dem Basispaket elektiv (BPE) erbracht werden können. Das BP ist mit dem Führen einer Notfallstation und einer entsprechenden Verfügbarkeit von Ärzten (inkl. Ärzten in Weiterbildung, d.h. Assistenzärzte) rund um die Uhr verknüpft und stellt somit wesentlich höhere Anforderungen an die Ausstattung des Spitals mit Intensivstation, Labor und Bildgebung. Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Das BP stellt in organisatorischer Hinsicht hohe Anforderungen. So hat ein Spital mindestens über eine medizinische und chirurgische Klinik mit entsprechenden hierarchischen Strukturen zu verfügen, während das BPE dem Betreiber des Spitals einen grösseren Gestaltungsfreiraum ermöglicht. Auf die Leistungsgruppe BP bzw. BPE entfallen rund 40% der stationär behandelten Patienten in der Akutsomatik. Die restlichen Patienten werden in den übrigen derzeit (Spitalliste Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn, gültig ab 1. August 2025) 120 Leistungsgruppen behandelt. Die Leistungsgruppen sind teilweise so eng definiert, dass pro Jahr verschiedentlich nur einzelne oder gar keine Patient/innen aus dem Kanton Solothurn behandelt werden.

3.1.3. Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungserbringer

Gemäss Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung¹⁴ ist ein innerkantonaler Leistungserbringer in einer Leistungsgruppe als versorgungsrelevant zu betrachten, wenn der Anteil des Leistungserbringers in der entsprechenden Leistungsgruppe mindestens 5% (und zugleich mindestens 10 Fälle) beträgt. Ein ausserkantonaler Leistungserbringer wird als versorgungsrelevant betrachtet, wenn der Anteil des Leistungserbringers in der entsprechenden Leistungsgruppe mindestens 10% (und zugleich mindestens 10 Fälle) beträgt.

Zur Vermeidung von Überkapazitäten werden im Rahmen der Spitalplanung Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn Leistungsaufträge im Regelfall nur an Leistungserbringer vergeben werden, die in der jeweiligen Leistungsgruppe gemäss obenstehender Kriterien versorgungsrelevant sind. Dies, sofern einer (Nicht-) Vergabe keine anderen Planungskriterien entgegenstehen.

Der Versorgungsanteil wird basierend auf der effektiven Inanspruchnahme durch die Solothurner Bevölkerung im Datenjahr 2025 berechnet, wobei die Summe der Hospitalisationen in einem Spital in einer bestimmten Leistungsgruppe mit der Summe aller Hospitalisationen von Solothurner Patienten in einer bestimmten Leistungsgruppe ins Verhältnis gesetzt wird.

3.1.4. Aufnahmebereitschaft

Der Zugang der Wohnbevölkerung zur medizinischen Versorgung innert nützlicher Frist wird mitunter über die Aufnahmepflicht der Listenspitäler sichergestellt. Gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG sind Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Bei ausserkantonalen Spitälern gilt die Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a Abs. 2 KVG in Notfällen oder wenn dies durch einen Leistungsauftrag mit dem Wohnkanton des Patienten definiert ist.

Die Einhaltung der allgemeinen Aufnahmepflicht kann durch den Kanton nachträglich¹⁵ anhand der Patientenstruktur überprüft werden. Sie kann als erfüllt gelten, wenn die Leistungen gemäss Leistungsauftrag für mindestens 50% der Patientinnen und Patienten ausschliesslich über die

¹⁴ Vgl. GDK (2025, S. 9).

¹⁵ Der Wert wird nicht bei Erteilung des Leistungsauftrags geprüft. Einem Leistungserbringer kann so die Möglichkeit eingeräumt werden, die Auflage der Aufnahmepflicht im Rahmen eines öffentlichen Leistungsauftrags inskünftig zu erfüllen.

OKP finanziert werden.¹⁶ Ebenso werden dabei allfällige Meldungen über Vorkommnisse, welche auf eine Verletzung der Aufnahmepflicht hindeuten, berücksichtigt. Bei Anzeichen einer möglichen Verletzung der Aufnahmepflicht oder des Gleichbehandlungsgrundsatzes kann das DDI ergänzende Nachweise verlangen, insbesondere Angaben zu Wartezeiten, Ablehnungen, Weiterweisungen und Notfallweiterweisungen.

3.1.5. Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen

Der Kanton Solothurn liegt im Mittelland und Jura zwischen den Kantonen Bern, Basel-Landschaft, Aargau und Jura sowie dem Elsass. Es gibt keinen Kanton, der so verzweigt ist wie der Kanton Solothurn. Die Verzweigungen reichen bis Dornach nahe Basel, weit ins Berner Gebiet hinein und gehen östlich bis fast nach Aarau. Die Exklaven Kleinlützel und Hofstetten/Mariastein grenzen an Frankreich (Elsass), die Exklave Steinhof wird vom Kanton Bern umschlossen. Im Kontext der Versorgungsplanung spielt insbesondere die topografische Trennung durch die Jurakette eine wesentliche Rolle, wobei der Teil nördlich des Juras wesentlich in Richtung Basel orientiert ist. Dementsprechend werden in der kantonalen Spitalplanung folgende Versorgungsregionen unterschieden:

Tabelle 3: Versorgungsregionen Spitalplanung Kanton Solothurn

Versorgungsregion	MedStat-Regionen ¹⁷
Region Nord	Äusseres Schwarzbubenland (SO03), Dorneck (SO04), Thierstein (SO05)
Region Süd	Grenchen (SO01), Bettlach (SO02), Aeusseres Schwarzbubenland (SO03), Dorneck (SO04), Thierstein (SO05), Erlinsbach-Kienberg (SO06), Olten (SO07), Unteres Gäu (SO08), Mittleres Gäu (SO09), Oberes Gäu (SO10), Trimbach (SO11), Liestal (SO12), Dulliken (SO13), Däniken-Schönenwerd (SO14), Balsthal-Passwang (SO15), Oberes Dünern (SO16), Bellach-Selzach (SO17), Bucheggberg (SO18), Solothurn (SO19), Weissenstein (SO20), Zuchwil (SO21), Solothurn-Ost (SO22), Derendingen-Gerlafingen (SO23), Wasseramt (SO24), Biberist (SO25).

Sofern keine Qualitäts- und/oder Wirtschaftlichkeitskriterien dagegensprechen, soll in den Versorgungsregionen Nord und Süd mittels der kantonalen Spitalliste in allen Leistungsgruppen eine angemessene Erreichbarkeit der Versorgungsangebote gewährleistet werden.

Zentral ist die Erreichbarkeit von Notfallstationen, entweder mittels Individualverkehrs oder mittels aufsuchender Rettungsdienste. Die Solothurner Spitäler AG (soH) ist durch den Regierungsrat Kanton Solothurn beauftragt, den aufsuchenden Rettungsdienst im gesamten Kanton sicherzustellen und dabei einen Anteil Interventionszeit innerhalb der Vorgaben des Interverbands für Rettungswesen zu erreichen (90% der dringlichen Einsätze P1 innerhalb 15 Minuten). Zusätzlich wird mittels Vergabe von Leistungsaufträgen die Erreichbarkeit von Spitälern mit Notfallstation mittels Individualverkehr für 95% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten angestrebt.

3.1.6. Priorisierung der Planungskriterien

Beim Zusammenspiel der verschiedenen Planungskriterien zur bedarfsgerechten Versorgung kommen je nach Situation in der Regel die folgenden Priorisierungen zum Zuge:

- Liegt pro SPLG (resp. pro Versorgungsregion) nur eine qualifizierte Bewerbung vor, kann eine Auftragsvergabe ungeachtet der Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungserbringer erfolgen.
- Liegen pro SPLG mehr qualifizierte Bewerbungen von versorgungsrelevanten Leistungserbringern vor, als für die Erreichung eines Abdeckungsgrads der Spitalliste von 70% notwendig sind, werden die Leistungsaufträge in der Regel an diejenigen Leistungserbringer vergeben, welche die restlichen Planungskriterien, insbesondere hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und/oder Erreichbarkeit sowie Konzentration von Leistungen, am besten erfüllen.
- Ist die Vergabe von Leistungsaufträgen an alle versorgungsrelevanten, qualifizierten Bewerbungen nicht ausreichend, um einen Abdeckungsgrad der Spitalliste von 70% zu

¹⁶ Vgl. GDK (2025, S. 22-23).

¹⁷ Vgl. hierzu: Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Geographische Parameter zur Kodierung der Wohnregion schweizerischer oder ausländischer Patienten V6.9, www.bfs.admin.ch.

erreichen, können zusätzliche Leistungsaufträge an diejenigen nicht versorgungsrelevanten Leistungserbringer erteilt werden, welche die restlichen Planungskriterien, insbesondere hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und/oder Erreichbarkeit sowie Konzentration von Leistungen, am besten erfüllen.

- Liegen ausschliesslich qualifizierte Bewerbungen von nicht versorgungsrelevanten Leistungserbringern vor, werden Leistungsaufträge an diejenigen Leistungserbringer erteilt, die die restlichen Planungskriterien, insbesondere hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und/oder Erreichbarkeit sowie Konzentration von Leistungen, am besten erfüllen.

Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf Erteilung eines Leistungsauftrags, wenn das Kriterium der Versorgungsrelevanz in einer SPLG erfüllt ist.

3.2. Qualität

Gemäss Art. 58d KVV müssen Leistungserbringer mindestens die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:

- Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal (vgl. Kapitel 3.2.1).
- Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem (vgl. Kapitel 3.2.2).
- Sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen (vgl. Kapitel 3.2.3).
- Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen (vgl. Kapitel 3.2.4).
- Sie verfügen über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel (vgl. Kapitel 3.2.5).

Darüber hinaus kann der Kanton weitere Qualitätskriterien festlegen, welche bei der Vergabe und im Rahmen des Leistungsauftrags durch die Leistungserbringer zwingend zu erfüllen sind.

Kann ein Leistungserbringer einzelne Anforderungen nicht vollständig aus eigener Kraft erfüllen, hat er im Rahmen des Bewerbungsverfahrens konkret darzulegen, auf welchem Weg er die Anforderungen alternativ sicherzustellen gedenkt, beispielsweise durch anerkannte Kooperationen, Zertifizierungen oder andere gleichwertige Massnahmen. Die Sicherstellung der Anforderungen mittels einer Kooperation mit einem geeigneten Partner ist zulässig, sofern die geforderte Qualität der Leistungserbringung gleichwertig sichergestellt ist. Zu diesem Zweck ist dem DDI im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ein Kooperationskonzept vorzulegen, das nachvollziehbar aufzeigt, wie die Erfüllung sämtlicher Mindestqualitätskriterien gewährleistet wird.

Nachfolgend wird beschrieben, wie die zwingend zu erfüllenden Qualitätsanforderungen im Kanton Solothurn operationalisiert werden.

3.2.1. Leistungsspezifische Anforderungen

Die Definition der Leistungsgruppen sowie die leistungsspezifischen Anforderungen werden vom Kanton Solothurn festgelegt. Als fachliche Grundlage übernimmt der Kanton Solothurn die SPLG-Systematik einschliesslich der aktuellen SPLG-Definitionen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD ZH) grundsätzlich vollumfänglich. Allfällige Abweichungen vom Züricher SPLG-Modell werden vom Kanton Solothurn verbindlich und nachvollziehbar schriftlich dokumentiert.

Die GD ZH hat für jede SPLG spezifische Anforderungen an Infrastruktur, Personal und Prozesse definiert. Diese Anforderungen dienen primär der Sicherstellung der erforderlichen Struktur- und Prozessqualität und werden im vorliegenden Grundlagendokument unter dem übergeordneten Kriterium *Qualität* subsumiert. Die GDK empfiehlt den Kantonen die Übernahme dieser Anforderungen, lässt jedoch kantonsspezifischen Anpassungen bei den leistungsspezifischen Anforderungen zu.

Auf Basis eines Vergleichs mit den in den umliegenden Kantonen geltenden leistungsspezifischen Anforderungen sowie eines fachlichen Austauschs mit Expert/innen hat der Kanton Solothurn bei einzelnen SPLG punktuelle Anpassungen vorgenommen, um den kantonalen

Gegebenheiten Rechnung zu tragen und die interkantonale Koordination insbesondere mit den Kantonen Aargau und Bern zu erleichtern. Da nur einzelne Anforderungen angepasst wurden und keine Änderungen an den SPLG selbst erfolgten, bleibt die schweizweite Vergleichbarkeit weiterhin gewährleistet.

Das Leistungsgruppenkonzept SPLG Akutsomatik SO sieht Anforderungen an die personellen Qualifikationen und die zeitliche Verfügbarkeit des Personals vor. Weiter definiert es die Strukturen von Notfall- und Intensivpflege und bestimmt, welche Leistungsangebote nur zusammen («Verknüpfung Inhouse») resp. in Kooperation («Verknüpfung in Kooperation») erbracht werden können. Ferner legt das Leistungsgruppenkonzept Mindestfallzahlen fest und macht organisatorische bzw. prozessuale Vorgaben, indem es Tumorboards oder die Teilnahme an wissenschaftlichen Auswertungen der Eingriffsergebnisse vorsieht.

Die folgenden leistungsspezifischen Anforderungen Akutsomatik gemäss SPLG Akutsomatik SO bilden jeweils die Voraussetzung für die Vergabe von Leistungsaufträgen im Kanton Solothurn:

- Facharzt (inkl. zeitliche Verfügbarkeit)
- Notfallstation
- Intensivstation
- Verknüpfte Leistungen
- Tumorboard
- Mindestfallzahlen
- Weitergehende leistungsgruppenspezifische Anforderungen

Detaillierte Ausführungen zu den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen gemäss SPLG Akutsomatik SO finden sich in den Dokumenten «Spitalliste Bereich Akutsomatik 2028 Kanton Solothurn: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2028.1; gültig ab 1. Januar 2028)» und «Spitalliste Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik SO 2028.1». Diese können bei Bedarf aktualisiert werden. Massgebend sind jeweils die aktuellen Spezifikationen, abrufbar auf der Webseite des Kantons Solothurn.¹⁸ Die dauerhafte und vollständige Einhaltung sämtlicher Anforderungen des im Kanton Solothurn angewendeten SPLG-Konzepts ist grundlegende Voraussetzung für die Erteilung eines Leistungsauftrags im Bereich Akutsomatik.

3.2.2. Qualitäts- und Risikomanagement

Die Leistungserbringer verfügen über ein geeignetes Qualitäts- und Risikomanagement (QRM), das konzeptionell dokumentiert ist. Das QRM ist auf allen Hierarchiestufen verankert und wird der Grösse des Leistungserbringers und der Komplexität der Leistungserbringung entsprechend umgesetzt, kontrolliert und dokumentiert. Bestandteil des QRM sind Mindestanforderungen an die Qualität sowie ein systematisches Beschwerde- und Haftpflichtmanagement. Es umfasst zudem die Aus- und Weiterbildung des Personals, die Durchführung medizinisch relevanter Behandlungen nach evidenzbasierten Leitlinien, die Beschreibung von Behandlungskonzepten und Standard Operating Procedures (SOP) sowie die Regelung der Zusammenarbeitsprozesse mit vor- und nachgelagerten Stakeholdern (Eintritts-, Austritts- und Übertrittsmanagement). Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind die Leistungserbringer verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht nach der von H+ vorgegebenen Vorlage zu publizieren.

3.2.3. Leistungserbringerweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)

Bei jedem Leistungserbringer muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt sein. Das Zwischenfallmeldesystem soll den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in einer geschützten Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit bzw. der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden bzgl. CIRS geschult (mindestens informiert) und haben Zugang dazu. Die Verantwortlichkeiten für die Pflege und Nutzung des CIRS sind geregelt und zugeteilt. Das CIRS wird aktiv bewirtschaftet, das heisst, eingegebene Critical Incidents werden analysiert, anonym weitergeleitet, das Verbesserungspotential aufgezeigt, und die notwendigen Veränderungen nach Möglichkeit umgesetzt. Sofern vorhanden, schliessen sich die Leistungserbringer zudem einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen an.

¹⁸ Vgl. <https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/behandlung-und-pflege/spitaeler-und-kliniken/>

3.2.4. Qualitätsmessungen

Die Leistungserbringer sind Mitglied des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und Teil des Qualitätsvertrags betreffend Qualitätsentwicklung im Sinne von Art. 58a KVG. Die Leistungserbringer führen Qualitätsmessungen nach den Vorgaben des ANQ durch, publizieren diese auf einer gemeinsamen Plattform¹⁹ und treffen Massnahmen zur Qualitätsentwicklung gemäss Qualitätsvertrag. Die ANQ-Messergebnisse und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sind u.a. Gegenstand der Jahres- resp. Qualitätsgespräche mit innerkantonalen Leistungserbringern.

Des Weiteren beteiligen sich die Leistungserbringer an allfälligen weiteren (zukünftigen) nationalen und (über)kantonalen Qualitätsmessungen, beispielsweise des Bundesamts für Gesundheit (BAG) oder der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK). Das DDI kann darüber hinaus die Beteiligung an weiteren Qualitätsmessungen gemäss seinen Anforderungen vorsehen sowie spital- oder standortspezifische Ergebnisse und Nachweise zu Qualitätsmessungen verlangen.

3.2.5. Heilmittelmanagement

Die Leistungserbringer betreiben ein Heilmittelmanagement zur Optimierung der Heilmittelsicherheit und Vermeidung von Schäden durch Fehler bei der Anwendung sowie bei unerwünschten Wirkungen und Vorkommnissen, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel. Dabei sind die Rollen und Kompetenzen bei der Abgabe und Anwendung von Heilmitteln in einem klar strukturierten Versorgungskonzept mit klinischen Leitlinien festgelegt (Qualitätssicherungssystem Arzneimittel). Der Arzneimittelversorgungsprozess ist unter Einbezug der relevanten Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Spitalapothekerinnen und Spitalapotheker, Pflegefachpersonen, dipl. Hebammen) hinsichtlich Verschreibung, Abgabe und Anwendung standardisiert und dokumentiert. An externen sowie internen Schnittstellen erfolgt ein Arzneimittelabgleich. Der Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen ist geregelt (vgl. auch Kapitel 3.2.3).

3.2.6. Hygiene und Infektionsprävention

Die Leistungserbringer verfügen über ein Hygienekonzept, das die verbindliche Implementierung von Hygienerichtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) oder Swisssoso umfasst. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die von Swisssoso publizierten strukturellen Mindestanforderungen sowie operativen Ziele und Umsetzungshilfen für die Prävention und Bekämpfung von healthcareassoziierten Infektionen (HAI) einzuhalten und fortlaufend zu überwachen.²⁰ Das Hygienekonzept sieht zudem die Etablierung einer Hygienekommission vor, welche protokollierte Sitzungen durchführt und über die Ergebnisse an die Spitalleitung berichtet. Klinisch tätige Mitarbeitende sind bei Stellenantritt und während der Anstellung regelmässig in der Spitalhygiene zu schulen.

3.2.7. Reanimationsübungen beziehungsweise -nachschulungen

Klinisches Personal (insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegende sowie Therapeutinnen und Therapeuten) erhält im Rahmen der Einführung eine Reanimations-/Basic-Life-Support-Schulung (Theorie und Praxis). Mindestens alle zwei Jahre sind entsprechende Nachschulungen für alle klinisch tätigen Mitarbeitenden obligatorisch; die Weiterbildung ist nachzuweisen.

3.2.8. Patientendokumentationssystem

Die Leistungserbringer verfügen über ein elektronisches Patientendokumentationssystem, welches einen effizienten Informationsaustausch unter allen Akteuren unter Wahrung der Authentizität, der Datenintegrität und der Vertraulichkeit gewährleistet.

3.3. Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. a KVV berücksichtigen die Kantone bei der Bestimmung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebot insbesondere auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Damit werden eine Kosteneindämmung und namentlich die Vermeidung von Überkapazitäten angestrebt. Das SpiG präzisiert den Begriff der Wirtschaftlichkeit in § 3^{bis} Abs. 2 Bst. a, indem unter Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung unter anderem die Effizienz der

¹⁹ Vgl. <http://www.anq.ch/messergebnisse/>.

²⁰ Die jeweils gültigen Mindestanforderungen werden auf der Webseite von Swisssoso publiziert

Leistungserbringung, die Nutzung von Synergien, die Förderung der ambulanten Versorgung und die Konzentration von Leistungen zu beachten sind.

Die Leistungserbringer halten zudem die Vorgaben von Art. 54 und 54a KVG i.V.m. Art. 75a ff. KVV ein und tragen damit zur Gewährleistung der Kostenziele bei. Sie beteiligen sich an den vom Bund und den Kantonen vorgesehenen Instrumenten zur Überwachung der Kostenentwicklung, liefern die hierfür erforderlichen Daten vollständig, korrekt und fristgerecht und treffen geeignete organisatorische und betriebliche Massnahmen, um die vorgegebenen Kostenziele zu erreichen und Kostenüberschreitungen zu vermeiden.

3.3.1. Wirtschaftlichkeit

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer erfolgt durch Vergleiche von schweregradbereinigten Kosten (Art. 58d Abs. 1 KVV). Mit Einführung der national einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG per 1. Januar 2012 bestehen in der Akutsomatik die notwendigen Grundlagen für die Durchführung der gesetzlich geforderten Vergleiche. Im Rahmen von SwissDRG werden alle stationären akutsomatischen Aufenthalte anhand von bestimmten Kriterien (Haupt- und Nebendiagnosen, Behandlungen und Alter) einer Fallgruppe (DRG; *diagnosis related group*) zugeordnet und anschliessend mit einem Kostengewicht bewertet. Das effektive Kostengewicht pro Fall ergibt sich aus dem Kostengewicht der entsprechenden Fallpauschale und ggf. den Zu- bzw. Abschlägen für die Aufenthaltsdauer. Die Höhe der Vergütung berechnet sich schliesslich aus der Multiplikation des effektiven Kostengewichts mit einer für den Leistungserbringer geltenden Baserate, welche von den Tarifpartnern verhandelt oder im Fall einer Nichteinigung der Tarifpartner von der zuständigen Kantonsregierung festgesetzt wird.

Hinsichtlich des Vorgehens des Vergleichs von schweregradbereinigten Kosten der Betriebe im Rahmen der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit (Benchmarking) hat das BVGer in diversen Urteilen das idealtypische Vorgehen zur Erstellung eines Benchmarks in der Akutsomatik erörtert.²¹ Das Benchmarking soll insbesondere die folgenden acht Kriterien erfüllen:²²

- 1) Das Benchmarking soll im Idealfall alle relevanten Leistungserbringer der Schweiz umfassen und auch ineffiziente Leistungserbringer beinhalten.
- 2) Das Benchmarking muss repräsentativ sein.
- 3) In einem DRG-System braucht es für das Benchmarking keine Leistungserbringer-Kategorien mehr; Ausnahmen sind in einer Übergangszeit möglich.
- 4) Das Benchmarking soll auf Kosten und nicht auf Tarifen beruhen (Tarif-Benchmarking als Ausnahme).
- 5) Es ist zulässig, dass Leistungserbringer, deren Kosten unter dem aus dem Benchmarking hervorgegangenen Referenz- oder Benchmarkwert liegen, einen effizienzbedingten Gewinn erzielen.
- 6) Der nationale Referenz- oder Benchmarkwert muss den Basispreis effizienter Leistungserbringer reflektieren.
- 7) Es gibt verschiedene Methoden, wie ein Benchmarking durchgeführt und ein Referenzwert bestimmt werden kann: Gemäss den Zürcher und Glarner Grundsatzurteilen ist die Perzentil-Methode ein akzeptables Benchmarking-Verfahren. Offen ist, welcher Perzentil-Wert zur Festlegung des Referenzwertes massgebend ist und nach welcher Kalkulationsmethode die Daten zur Berechnung dieses Perzentil-Wertes auszuwerten sind (mit Bezug auf die Anzahl Leistungserbringer, die Anzahl Fälle oder den Case Mix). Dem Kanton kommt hierbei ein Ermessensspielraum zu.
- 8) Der nationale Benchmarkwert führt bei ineffizienten Spitälern zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstehen Anreize zur Effizienzsteigerung.

Konkret müssen für die Herstellung eines nationalen Benchmarks in einem ersten Schritt auf Basis betriebsindividueller Kosten- und Leistungsdaten und unter Einhaltung der einschlägigen

²¹ Vgl. insbesondere die Urteile BVGer C-2283/2013 und BVGer C-3425/2013.

²² Vgl. Preisüberwacher (2022, S. 2-3).

Vorgaben aus Gesetz und Rechtsprechung die benchmarking-relevanten Betriebskosten und daraus abgeleitet die benchmarking-relevanten Basispreise möglichst aller relevanter Leistungserbringer ermittelt werden. In einem zweiten Schritt ist basierend auf den im ersten Schritt ermittelten benchmarking-relevanten Basispreisen ein Benchmarking durchzuführen, woraus ein Referenzwert bestimmt werden kann.²³

Zwecks Herstellung einer ausreichenden Datenbasis gemäss Schritt 1 hat die GDK seit 2015 einen «Austausch Kostendaten der Spitäler» unter den Kantonen etabliert, welcher alle Leistungserbringer und -bereiche umfasst (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation). Seit dem Datenjahr 2018 werden die so ermittelten «schweregradbereinigten Fallkosten» je Leistungserbringer in der Akutsomatik durch das BAG transparent publiziert.

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer im Rahmen des Evaluationsverfahrens wird auf Daten aus dem «Austausch Kostendaten der Spitäler» zurückgegriffen. Die Beurteilung erfolgt auf Betriebsebene anhand der Datenbasis 2025. Konkret wird in Anlehnung an das Spitalplanungsverfahren des Kantons Zürich²⁴ resp. der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen²⁵ folgendes Vorgehen gewählt: basierend auf den schweregradbereinigten Fallkosten aller Leistungserbringer, die am Bewerbungsverfahren teilgenommen haben, wird der fallgewichtete Durchschnittswert berechnet. Ein Leistungserbringer wird im Rahmen des Spitalplanungsverfahrens als unwirtschaftlich erachtet, wenn dessen schweregradbereinigten Fallkosten um mehr als zehn Prozent höher sind als der fallgewichtete Durchschnittswert. Der Wirtschaftlichkeitsvergleich erfolgt in den Kategorien Akutspitäler, Universitäts- und Kinderspitäler sowie Geburtshäuser.

Sollte eine Bewerbung nicht als wirtschaftlich eingestuft werden, kann sie – sofern eine Versorgungsrelevanz besteht und sämtliche weiteren Planungskriterien erfüllt sind – gegebenenfalls dennoch in Erwägung gezogen werden. Dies könnte insbesondere dann zutreffen, wenn die angebotene Baserate im Vergleich zu den übrigen Bewerbungen merklich niedriger ausfällt.

3.3.2. Förderung der ambulanten Versorgung

Seit dem 1. Januar 2019 gilt gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 3c und Anhang 1a KLV) die Regelung «ambulant vor stationär». Diese Regelung gilt für ausgewählte Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen an grundsätzlich gesundheitlich stabilen Patienten. Sie soll eine angemessene ambulante Leistungserbringung fördern, wo sie medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist. Die Gruppe der Eingriffe wurde seit 2019 wiederholt ergänzt resp. erweitert und es ist davon auszugehen, dass diese auch zukünftig erweitert wird (durch den Bund resp. durch einzelne «Vorreiterkantone»). Im Rahmen seiner Spitalplanung Akutsomatik berücksichtigt der Kanton Solothurn die Konsequenzen einer sich zukünftig weiter verstärkenden Ambulantisierung im Rahmen seiner Bedarfsprognose.²⁶ Zudem werden alle zukünftigen Listenspitäler im Rahmen der Leistungsvereinbarung gemäss Spitalliste dazu verpflichtet, die Ambulantisierung weiter zu fördern.

3.3.3. Konzentration von Leistungen

Zwecks Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung bei gleichzeitig hoher medizinischer Behandlungsqualität werden grundsätzlich eine Konzentration der Leistungsangebote und eine Abstimmung der angebotenen Leistungsspektren angestrebt. Daraus resultieren folgende Prinzipien, welche bei der Vergabe von Leistungsaufträgen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung Akutsomatik miteinbezogen werden:

- Je allgemeiner eine stationäre Leistung ist und je häufiger diese in Anspruch genommen wird, desto wohnortnäher kann sie in der Regel durch Leistungserbringer erbracht werden.

²³ Für eine detaillierte Erläuterung sei auf GDK (2019) verwiesen.

²⁴ Vgl. Zürcher Spitalplanung 2023. Strukturbericht. Abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung/archiv-projekt-spitalplanung-2023.html>

²⁵ Vgl. Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023. Abrufbar unter <https://www.sg.ch/gesundheit-soziales/gesundheitsversorgung--spitaeler/spitalplanung-spitalliste.html>

²⁶ Vgl. Spitalplanung 2025-2034 Kanton Solothurn. Versorgungsbericht zur Akutsomatik. Abrufbar unter <https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/gesundheitsamt/behandlung-und-pflege/spitaeler-und-kliniken/>

- Je seltener eine stationäre Leistung erbracht wird, desto höher ist in der Regel der Spezialisierungsgrad.
- Bei spezialisierten Leistungen, aber auch bei Leistungen, deren Vorhaltekosten vergleichsweise hoch sind, kann und soll die Leistungserbringung nicht in jedem Fall wohnortnah erfolgen.
- Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird das bestehende Leistungsspektrum mitberücksichtigt. Ein Leistungserbringer, der bereits die Anforderungen für mehrere Leistungsgruppen des gleichen Bereichs erfüllt, wird bevorzugt.

3.3.4. Rechnungslegung und -kontrolle

Nebst dem Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER (anzuwenden ab einem Umsatz von 10 Millionen Franken) und der Prüfung des Jahresabschlusses durch eine Revisionsstelle sind die Leistungserbringer verpflichtet, eine Kostenrechnung nach REKOLE zu führen. Letztere ermöglicht eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten für die verschiedenen Versicherungsarten sowie der Kosten für weitere Dienstleistungen und bildet die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Eine REKOLE-Zertifizierung bietet die beste Gewähr einer einheitlichen Kostenermittlung sowie der Transparenz der Kostendaten und ist deshalb Voraussetzung für die Vergabe eines Leistungsauftrags. Die für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigen Daten (ITAR-K) sind dem Kanton Solothurn auf Anfrage zu liefern. Leistungserbringer mit Leistungsaufträgen in mehreren Versorgungsbereichen (Akutomatic, Rehabilitation oder Psychiatrie) grenzen die verschiedenen Bereiche räumlich, betrieblich und in der Kostenrechnung sachgerecht ab.

3.3.5. Kodierrevision

Die Leistungserbringer verpflichten sich, eine Kodierrevision gemäss dem jeweils für das betroffene Datenjahr gültigen «Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG» durchzuführen.²⁷ Eine hohe Datenqualität in Bezug auf die codierten Diagnosen und Prozeduren ist insbesondere als Grundlage für einen schwegradbereinigten Wirtschaftlichkeitsvergleich von zentraler Relevanz.²⁸

3.4. Aus- und Weiterbildung

Gemäss §§ 3^{quinqies} und 3^{septies} SpiG sind auf der Spitalliste aufgeführte Leistungserbringer mit innerkantonalem Standort dazu verpflichtet, sich angemessen an der Aus- und Weiterbildung der vom Kanton bezeichneten nicht-universitären Gesundheitsberufe zu beteiligen. Diese Verpflichtung umfasst zudem die Ausbildung von Personen, die den Bildungsgang Pflege an einer höheren Fachschule (HF) oder einen Bachelorstudiengang in Pflege an einer Fachhochschule (FH) absolvieren. Der Umfang der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung wird insbesondere unter Berücksichtigung der Grösse und des Angebots des Spitals sowie im Verhältnis zum Bedarf festgelegt. Die entsprechenden Anforderungen – insbesondere die Herleitung der Aus- und Weiterbildungsleistungen (Soll-Wert), die Überprüfung der erbrachten Leistungen (Ist-Wert) und die Bestimmung der Höhe allfälliger Ausgleichszahlungen – sind in der Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege vom 18. Juni 2024 (V EG Ausbildungsfördergesetz Pflege; BGS 811.18) sowie in der Verordnung über die Aus- und Weiterbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen vom 26. Januar 2026 (Aus- und Weiterbildungsverordnung Gesundheitsberufe; BGS 811.19) geregelt.

Spitäler mit ausserkantonalem Standort beteiligen sich an der Aus- und Weiterbildung gemäss Vorgaben des Standortkantons.

3.5. Aufsicht und Daten

3.5.1. Aufsicht

Die Einhaltung der Leistungsaufträge sowie der generellen und leistungsspezifischen Anforderungen wird durch das DDI überprüft, bei Bedarf vor Ort. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem DDI alle für die Überprüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Insbesondere ist das DDI berechtigt, die Umsetzung der Aufnahmepflicht bzw. des Gleichbehandlungsgrundsatzes sowie weitere generelle und leistungsspezifische Anforderungen

²⁷ Das jeweils gültige Reglement wird durch SwissDRG unter www.swissdrg.org verfügbar gemacht.

²⁸ Demgemäss wird die Durchführung der Kodierrevision unter dem übergeordneten Kriterium der *Wirtschaftlichkeit* subsumiert.

in Form von Audits zu überprüfen. Das DDI kann dazu beauftragte Dritte beiziehen.

3.5.2. Datenlieferung

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem DDI alle Kosten-, Leistungs-, und weitere Daten zur optimalen Umsetzung des KVG und des SpiG kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die Datenlieferungen erfolgen in der erforderlichen Qualität und fristgerecht gemäss den Vorgaben des DDI. Weiter sind die Leistungserbringer verpflichtet, Daten an die von der SwissDRG AG bezeichneten Stellen gemäss deren Vorgaben zu liefern.

3.5.3. Datenschutz und Informationssicherheit

Die Leistungserbringer sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäss kantonalem und Bundesrecht verpflichtet. Des Weiteren werden die Listenspitäler dazu verpflichtet, die Mindestanforderungen an die Cybersicherheit (Muss-Vorgaben) gemäss Empfehlung des Bundesamts für Cybersicherheit (BACS) umzusetzen.²⁹

Der Leistungserbringer bezeichnet verantwortliche Personen für Datenschutz und Informationssicherheit und betreibt ein risikobasiertes Informationssicherheitsmanagementsystem. Werden informations- oder datensicherheitsrelevante Leistungen ausgelagert, stellt der Leistungserbringer vertraglich sicher, dass Datenschutz, Informationssicherheit, Verfügbarkeit und Nachweisbarkeit den kantonalen Anforderungen entsprechen.

3.5.4. Elektronisches Patientendossier / Elektronisches Gesundheitsdossier

Die Listenspitäler sind gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG verpflichtet, sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Art. 11 Bst. a des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier vom 19. Juni 2015 (EPDG; SR 816.1) anzuschliessen. Der entsprechende Nachweis des HPD-Eintrags (health provider directory) ist im Rahmen des Bewerbungsverfahrens einzureichen.

Darüber hinaus stellen die Leistungserbringer sicher, dass sie das vom Bund geplante elektronische Gesundheitsdossier (EGD) innert angemessener Frist des DDI oder innerhalb der vom Bund festgelegten Umsetzungsfristen einführen. Sie gewährleisten einen geordneten und reibungslosen Übergang vom bestehenden EPD zum EGD, einschliesslich der technischen, organisatorischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen.

²⁹ Vgl. <https://www.ncsc.admin.ch/ncsc/de/home/aktuell/im-fokus/2022/empfehlungen-gesundheitssektor.html>

4. Literaturverzeichnis

- GD ZH (2021). Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Juni 2021.
- GDK (2019). Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27.06.2019. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2025). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007, der KVV-Revision zu den Planungskriterien vom 23. Juni 2021 und der Rechtsprechung von 1. Januar 2012 bis 30. Juni 2025. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, revidierte Version genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 27. November 2025.
- Preisüberwacher (2022). Empfehlung des Preisüberwachers zu den Tarifverträgen zwischen der Pallas Kliniken AG und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG sowie der tarifsuisse ag betreffend die Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akutstationäre Behandlungen gemäss KVG ab 1. Januar 2022 (nicht öffentlich).