

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 1 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

RICHTLINIE

Catholic Health Initiatives (CHI), jeder seiner steuerbefreiten direkten Partner¹ sowie steuerbefreiten Tochtergesellschaften², die ein Krankenhaus betreiben [zusammen als CHI-Krankenhausunternehmen bezeichnet], unterliegen den höchsten Ethik- und Integritätsstandards bei Inkassomaßnahmen, um in CHI-Krankenhäusern ohne Diskriminierung allen Patienten, ungeachtet der Zahlungskraft der Patienten, Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung (hierin als EMCare, vom Engl. Emergency and other Medically Necessary Care, bezeichnet) zu leisten, und befolgt Inkassoprotokolle, um die faire Behandlung aller Patienten von CHI-Krankenhausunternehmen in jedem Krankenhaus zu gewährleisten.

PRINZIPIEN

Nach Darbringung von Leistungen durch ein CHI-Krankenhausunternehmen berechnen die Krankenhäuser Patienten/Bürgern und den entsprechenden zahlenden Parteien rechtzeitig den betreffenden Betrag. Während dieses Abrechnungs- und Inkassoprozesses haben die Mitarbeiter einen hochwertigen Kundendienst zu leisten und müssen Fälle innerhalb eines angemessenen zeitlichen Rahmens weiterverfolgen. Alle Außenstände werden entsprechend der US-amerikanischen Abgabenordnung (Internal Revenue Code, IRC) § 501(r) und anwendbaren Inkassogesetzen und -vorschriften behandelt. Zusätzlich verlangen die CHI-Werte, dass alle Menschen mit Respekt und Mitgefühl behandelt werden. CHI hat bestimmte Inkassomaßnahmen als mit den CHI-Unternehmenswerten in Konflikt stehend definiert und ihre Anwendung verboten.

¹ Ein direkter Partner ist ein beliebiges Unternehmen, von dem CHI das einzige Unternehmensmitglied oder der einzige Aktionär ist.

² Eine Tochtergesellschaft ist entweder ein gemeinnütziges oder gewinnorientiertes Unternehmen, in dem ein direkter Partner die Mehrheit der abstimmungsberechtigten Vorstandsmitglieder bestimmen kann, oder ein Unternehmen, in dem eine Tochtergesellschaft über diese Befugnis verfügt.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 2 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

GELTUNGSBEREICH

Diese Richtlinie gilt für:

- Alle Kosten für EMCare, die in einem Krankenhaus durch ein CHI-Krankenhausunternehmen geleistet wird.
- Alle Kosten für EMCare, die von einem durch ein CHI-Krankenhausunternehmen angestellten Arzt oder einem Advanced Practice Clinician (APC) geleistet wird, soweit diese Versorgung innerhalb eines Krankenhauses erfolgt.
- Alle Kosten für EMCare, die von einem durch ein wesentlich verbundenes Unternehmen angestellten Arzt oder einen APC innerhalb eines Krankenhauses geleistet wird.
- Inkassomaßnahmen, die vom Krankenhaus oder einem abgestellten Dienstleister für Abrechnungs- und Inkassodienste (abgestellter Dienstleister) oder aber von einem durch ein Krankenhaus eingeschalteten Inkassounternehmen (ungeachtet dessen, ob Schulden übertragen oder verkauft wurden) durchgeführt werden, um Beträge, die für die oben beschriebene EMCare geschuldet werden, einzutreiben. Alle Vereinbarungen mit Dritten, die solche Inkassomaßnahmen regulieren, müssen eine Bestimmung enthalten, in der die Einhaltung dieser Richtlinie gefordert und Entschädigungen für aus ihrer Nichteinhaltung entstehende Schäden festgelegt werden. Dies umfasst beispielsweise Vereinbarungen zwischen Dritten, die im weiteren Verlauf Schulden des Krankenhauses übertragen oder verkaufen.

Koordination mit anderen Gesetzen

Die Bestimmung für finanzielle Hilfeleistungen und Abrechnungs- und Inkassoprozesse von Patientenrechnungen kann jetzt oder in der Zukunft zusätzlichen Vorgaben auf bundesweiter, einzelstaatlicher oder lokaler Ebene unterworfen werden. Solche Gesetze gelten, soweit sie strengere Anforderungen aufstellen als die vorliegende Richtlinie. Sollte ein solches Gesetz direkt mit dieser Richtlinie in Konflikt stehen, führt das CHI-Krankenhausunternehmen nach Beratung mit seinen lokalen Vertretern der CHI Legal Services Group, den führenden Mitgliedern des CHI Revenue Cycle und führenden Mitgliedern von CHI Tax eine neue Richtlinie ein, in der durch die minimalen

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 3 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

Anpassungen die Einhaltung von IRC Abschnitt 501(r) und anderen anwendbaren Gesetzen gewährleistet wird.

ZWECK

Es ist das Ziel dieser Richtlinie, klare und einheitliche Leitlinien für Abrechnung und Inkasso aufzustellen, um die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften, die Patientenzufriedenheit und die Effizienz zu maximieren. Mithilfe von Abrechnungen, schriftlicher Korrespondenz und Telefonanrufen informieren CHI-Krankenhausunternehmen Patienten/Bürger über ihre finanziellen Verbindlichkeiten und die verfügbaren finanziellen Hilfeleistungen und treten mit Patienten/Bürgern bezüglich Außenständen in Kontakt. Als katholische Gesundheitsdienstleister sind CHI-Krankenhausunternehmen dazu angehalten, die Bedürfnisse von Patienten und anderen Personen, die Gesundheitsversorgung benötigen, ungeachtet ihrer finanziellen Möglichkeiten zur Zahlung der erbrachten Dienstleistungen zu erfüllen.

Zudem fallen CHI-Krankenhausunternehmen nach IRC § 501(c)(3) unter gemeinnützige (d. h. steuerbefreite) Unternehmen. Unter anderem gemäß IRC § 501(r) muss jedes steuerbefreite CHI-Krankenhausunternehmen hinsichtlich Patienten, die in CHI-Krankenhäusern EMCare erhalten, den folgenden Bestimmungen Folge leisten:

- Eine Obergrenze für die Beträge setzen, die Personen, die für finanzielle Hilfeleistungen in Frage kommen, in Rechnung gestellt werden. Diese Obergrenze darf nicht über den allgemein in Rechnung gestellten (Amounts Generally Billed, AGB) Beträgen für Personen liegen, deren Versicherung diese Versorgung abdeckt;
- Personen, die für finanzielle Hilfeleistungen für andere medizinische Versorgung in Frage kommen, weniger als Bruttobeträge in Rechnung stellen; und
- Keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collections Actions, ECAs) einleiten, bevor das Krankenhaus innerhalb eines zumutbaren Rahmens festgestellt hat, ob die Person für Hilfeleistungen gemäß der Stewardship-Richtlinie Nr. 15 oder (falls abweichend) der Krankenhausrichtlinie für finanzielle Hilfeleistungen (Financial Assistance Policy, zusammengefasst FAP) in Frage kommt.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 4 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

Die vorliegende Richtlinie beschreibt Umstände, unter denen Krankenhäuser bei Patienten, denen EMCare geleistet wurde und die sich im Zahlungsverzug befinden, Inkassomaßnahmen ergreifen, und identifiziert zulässige Inkassomaßnahmen (Permissible Collections Activities). In dieser Richtlinie werden die Maßnahmen beschrieben, die ein Krankenhaus ergreifen darf, um bei Zahlungsausfällen die Zahlung einer EMCare-Rechnung zu erreichen. Beispiele dieser Maßnahmen sind unter anderem, aber nicht ausschließlich ECAs.

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Antragszeitraum bezeichnet bezüglich vom Krankenhaus für eine Person geleisteter EMCare den Zeitraum, der mit der Leistung der EMCare beginnt und (a) mit dem 240. Tag nach der ersten Abrechnung für die geleistete EMCare nach Entlassung oder (b) mit der im Benachrichtigungsschreiben angegebenen Zahlungsfrist endet, welches davon jeweils später eintritt.

Besondere Beitreibungsmaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs) - Die Krankenhauseinrichtung ergreift keine ECAs gegen Patienten, bevor sie zumutbare Anstrengungen unternommen hat, um eine Anspruchsberechtigung nach ihrer FAP zu ermitteln. Zu ECAs gehören die folgenden Maßnahmen, soweit sie ergriffen werden, um die Zahlung einer Versorgungsrechnung zu erreichen:

- Der Verkauf der Schulden einer Person an Dritte, sofern dies nicht exakt wie im Bundessteuergesetz vorgesehen geschieht;
- Gewisse Maßnahmen, die wie im Bundessteuergesetz vorgesehen einen gesetzlichen oder Gerichtsprozess erfordern;
- Die Weitergabe von Negativinformationen über eine Person an Verbraucherkreditbüros.

ECAs schließen keine Pfandrechte ein, die Krankenhauseinrichtungen nach staatlichem Recht an den Erlösen aus Urteilen, Vergleichen oder Kompromisslösungen geltend machen können, die Patienten (oder deren Vertretern) als Folge von Körperverletzungen geschuldet werden, für die die Krankenhauseinrichtung Versorgung geleistet hat.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 5 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

Finanzielle Unterstützung bezeichnet Unterstützung, die Patienten geleistet wird, für die es eine finanzielle Härte bedeuten würde, die für in einer Krankeneinrichtung geleistete EMCare voraussichtlich anfallenden Kosten in vollem Umfang zu bezahlen, und die den Anspruchskriterien für eine solche Unterstützung entsprechen. Finanzielle Hilfeleistungen werden versicherten Patienten insoweit angeboten, wie es dem Versicherungsvertrag des Patienten entsprechend erlaubt ist.

Die Richtlinie für finanzielle Hilfeleistungen (Financial Assistance Policy, FAP) ist die CHI Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Hilfeleistungen*, in der das Programm für finanzielle Hilfeleistungen von CHI beschrieben wird. Dort werden auch die Kriterien aufgeführt, die Patienten/Bürgen erfüllen müssen, um für finanzielle Hilfeleistungen in Frage zu kommen, sowie die bürokratischen Schritte, die zur Beantragung der finanziellen Hilfeleistungen nötig sind.

Garant bezeichnet eine andere Person als den Patienten, die für die Zahlung der Rechnung des Patienten rechtlich verantwortlich ist.

Krankenhaus bezeichnet ein Krankenhaus, das eine staatliche Lizenz benötigt oder als Krankenhaus registriert oder auf ähnliche Weise anerkannt sein muss und das von einem CHI-Krankenhausunternehmen betrieben wird. In Bezug auf die Durchführung von Abrechnungs- und Inkassoaktivitäten kann der Begriff „Krankeneinrichtung“ auch einen abgestellten Dienstleister einschließen.

Medizinisch notwendige Versorgung bezeichnet jedes Behandlungsverfahren, das unter Berücksichtigung der Umstände dazu dienen soll, gesundheitliche Probleme zu verhüten, zu diagnostizieren, zu beseitigen, zu heilen, abzumildern oder deren Verschlimmerung abzuwenden, die lebensgefährlich sind, Leiden oder Schmerzen verursachen, zu Krankheit oder Gebrechen führen, Behinderungen auszulösen bzw. zu verschlimmern drohen oder körperliche Missbildungen oder Fehlfunktionen verursachen, falls keine andere gleichermaßen wirksame, konservativere oder kostengünstigere Behandlungsart zur Verfügung steht.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 6 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

Benachrichtigungszeitraum bezeichnet den 120-tägigen Zeitraum, der mit dem Datum beginnt, an dem das Krankenhaus die erste Abrechnung für EMCare nach Entlassung zustellt. Während des Benachrichtigungszeitraums sieht das Krankenhaus von ECAs ab, außer wenn zumutbar festgestellt wurde, dass ein Patient für finanzielle Hilfeleistungen in Frage kommt.

Betrieb einer Krankenhauseinrichtung - Eine Krankenhauseinrichtung kann mithilfe ihres eigenen Personals oder vertraglicher Vergabe des Betriebs der Einrichtung an eine andere Organisation betrieben werden. Ein Krankenhaus kann auch von einem CHI-Krankenhausunternehmen betrieben werden, wenn das CHI-Krankenhausunternehmen eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung an einer Partnerkörperschaft hat, die direkt ein Krankenhaus mit staatlicher Lizenz betreibt oder die indirekt über eine Partnerkörperschaft ein Krankenhaus mit staatlicher Lizenz betreibt.

Präsumtive finanzielle Unterstützung bezeichnet die Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung, die auf von externen Anbietern gelieferten oder anderen öffentlich zugänglichen Informationen beruhen kann. Die Feststellung, dass ein Patient mutmaßlich für finanzielle Hilfeleistungen in Frage kommt, führt zu kostenloser EMCare für den Zeitraum, während dem die Person mutmaßlich in Frage kommt. Siehe auch Mutmaßlicher Anspruch in der CHI Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Hilfeleistungen*.

Wesentlich verbundene Körperschaft bezeichnet bezüglich eines CHI-Krankenhausunternehmens eine Körperschaft, die hinsichtlich der Bundessteuer als Partner behandelt wird, an der das Krankenhausunternehmen eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung hat, oder eine steuerlich unabhängige Körperschaft, die sich im alleinigen Besitz des Krankenhausunternehmens befindet und in einem Krankenhaus mit staatlicher Lizenz EMCare leistet, es sei denn, die Leistung solcher Gesundheitsversorgung ist, wie in IRC Abschnitt 513 beschrieben, ein mit Hinblick auf das Krankenhausunternehmen unabhängiger Geschäftsteil.

Das Aussetzen von ECAs nach Einreichung eines Antrags auf finanzielle Hilfeleistungen (Financial Assistance Application, FAA) bedeutet, dass ein Krankenhaus (oder eine anderweitig berechnigte Partei) keine ECA in die Wege leitet oder bereits eingeleitete ECAs weiterverfolgt, um die Zahlung für EMCare zu erreichen, bevor:

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 7 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- Das Krankenhaus auf Basis eines vollständigen FAP-Antrags festgestellt hat, ob die Person einen FAP-Anspruch hat, und die im vorliegenden Dokument definierten zumutbaren Bemühungen bezüglich eines abgeschlossenen FAA durchgeführt hat; oder
- die Person es bei unvollständigen FAAs versäumt hat, innerhalb eines zumutbaren Zeitraums (30 Tage) auf die Anfrage nach zusätzlichen Informationen oder Dokumenten zu antworten.

Nicht versichert ist eine Person, die über keine Krankenversicherung eines kommerziellen externen Versicherers, keinen ERISA-Plan, kein nationales Gesundheitsprogramm (wie etwa Medicare, Medicaid, SCHIP oder CHAMPUS), keine Arbeitsunfallversicherung und keine andere Unterstützung von Seiten Dritter verfügt, die zur Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen beitragen.

Unterversichert bezeichnet eine Person mit privatem oder öffentlichem Versicherungsschutz, die aufgrund der vollständigen Eigenzahlung der Kosten für im Rahmen dieser Richtlinie geleistete EMCare in eine finanzielle Notlage geraten würde.

VERFAHRENSWEISEN

CHI-Krankenhausunternehmen wenden die folgenden Standardverfahrensweisen an, um Verbindlichkeiten für von einem CHI-Krankenhaus geleistete EMCare einzutreiben.

Abrechnungspraktiken

- **Abrechnung mit Versicherungen**
 - Im Falle versicherter Patienten stellen Krankenhäuser Rechnungen innerhalb der entsprechenden Fristen an die entsprechenden zahlenden Dritten (basierend auf den vom Patienten/Bürgen bereitgestellten oder bestätigten Informationen bzw. basierend auf durch andere Quellen bestätigten Informationen).

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 8 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- Wenn ein ansonsten gültiger Anspruch aufgrund eines Fehlers des Krankenhauses durch den Zahler verwehrt (oder nicht bearbeitet) wird, berechnet das Krankenhaus dem Patienten nicht mehr, als der Patient zahlen müsste, wenn der Zahler den Anspruch bezahlt hätte.
- Wenn ein ansonsten gültiger Anspruch basierend auf Faktoren, die außerhalb der Kontrolle des Krankenhauses liegen, verwehrt (oder nicht bearbeitet) wird, werden Mitarbeiter entsprechend bei Zahler und Patient nachforschen, um die Anspruchssituation zu lösen. Wenn die Ansprüche nach einer zumutbaren Bemühung zur Eintreibung nicht beglichen sind, können Krankenhausunternehmen dem Patienten die Kosten in Rechnung stellen oder andere Maßnahmen ergreifen, die mit den Zahlerverträgen im Einklang sind.
- **Abrechnung mit Patienten**
 - Alle unversicherten Patienten/Bürgern erhalten die Rechnung direkt und innerhalb des entsprechenden Zeitrahmens und erhalten als Teil des Standardabrechnungsprozesses des Krankenhauses eine Erklärung.
 - Nach Bearbeitung der Ansprüche durch alle verfügbaren dritten Zahler wird die Rechnung über den ausstehenden Betrag innerhalb des entsprechenden Zeitrahmens entsprechend der Versicherungsbestimmungen an den Patienten/Bürgern gestellt.
 - Alle Patienten/Bürgern können jederzeit eine detaillierte Aufstellung ihrer Verbindlichkeiten anfordern, die das Krankenhaus zur Verfügung stellen wird.
 - Wenn ein Patient seine Verbindlichkeiten anfechtet und Dokumente zur Rechnung anfordert, stellen die Mitarbeiter die angeforderten Dokumente innerhalb von zehn Tagen (wenn möglich) schriftlich zur Verfügung und stoppen alle Prozesse in Verbindung mit der Rechnung für mindestens 30 Tage, bevor die Rechnung zu Inkassozwecken weitergeleitet wird.
 - Krankenhäuser können Vereinbarungen über Zahlungspläne für Patienten/Bürger genehmigen, für die es problematisch wird, ihre Verbindlichkeiten auf einmal zu bezahlen.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 9 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- Das Management der Abteilung Revenue Cycle hat die Befugnis, auf Fallbasis unter bestimmten Umständen Ausnahmen von dieser Bestimmung zu genehmigen (im Einklang mit Verfahrensweisen zum Betrieb).
- Krankenhausunternehmen müssen vom Patienten angebahnte Zahlungsvereinbarungen nicht akzeptieren und können, wie weiter unten dargestellt, Verbindlichkeiten an Inkassobüros verweisen, wenn der Patient sich auf einen Standardzahlungsplan einlässt.

Inkassopraktiken

- Alle vom Krankenhaus, einem Geschäftspartner oder einem Inkassobüro durchgeführten Inkassomaßnahmen unterliegen allen Bundes- oder einzelstaatlichen Gesetzen zu Inkassopraktiken.
- Alle Patienten/Bürgen haben die Möglichkeit, das Krankenhaus bezüglich finanzieller Hilfeleistungen, Zahlungsplanoptionen und anderer betreffender Programme, die möglicherweise hinsichtlich ihrer Verbindlichkeiten verfügbar sind, zu kontaktieren.
 - Krankenhaus-FAPs sind kostenlos verfügbar:
 - Persönlich im behandelnden Krankenhaus
 - Telefonisch beim Büro für Finanzberatung im behandelnden Krankenhaus
 - Online unter www.catholichealth.net
 - Per E-Mail
 - Wer Fragen zu einer Krankenhaus-FAP hat, kann das Büro für Finanzberatung per Telefon oder persönlich kontaktieren.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 10 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- Gemäß den anwendbaren Bundes- und Bundesstaatsgesetzen und im Einklang mit den in dieser Richtlinie aufgestellten Bestimmungen können Krankenhäuser Inkassomaßnahmen, wie zum Beispiel zulässige ECAs, ergreifen, um Patientenverbindlichkeiten einzutreiben.
 - Allgemeine Inkassomaßnahmen sind zum Beispiel Anrufe, Versand von Erklärungen oder andere zumutbare Bemühungen im Einklang mit den Standardbranchenpraktiken.
 - Patientenverbindlichkeiten können nach Ermessen des Krankenhauses und im Einklang mit Bundes- und einzelstaatlichen Gesetzen und lokalen Antidiskriminierungspraktiken zur Eintreibung an einen Dritten verwiesen werden. Das Krankenhaus bleibt Eigentümer aller an Inkassobüros verwiesenen Verbindlichkeiten. Patientenverbindlichkeiten werden nur unter den folgenden Vorbehalten weitergeleitet:
 - Es besteht ein ausreichender Grund zu glauben, dass der Patient die Verbindlichkeiten zu leisten hat.
 - Es wurden Rechnungen an alle durch den Patienten/Bürgen benannten Dritten gestellt, und die übrigen Verbindlichkeiten obliegen der finanziellen Verantwortung des Patienten. Krankenhäuser stellen Patienten keine Rechnungen über Beträge, die Versicherungen oder Dritte bezahlen müssen.
 - Krankenhäuser verweisen Verbindlichkeiten nicht an Inkassoakteure, während Zahlungen von einem dritten Zahler ausstehen. Verbindlichkeiten, für die eine Zahlung durch einen Dritten trotz Bemühung zur Beilegung der Situation für unzumutbare Dauer aussteht, können jedoch als „abgelehnt“ neu qualifiziert werden.
 - Krankenhäuser verweisen keine Verbindlichkeiten an Inkassoakteure, wenn der Versicherungsanspruch aufgrund eines Fehlers einer Krankenhauseinrichtung abgelehnt wurde. Eine Krankenhauseinrichtung kann dennoch den Teil solcher Verbindlichkeiten, für die der Patient verantwortlich ist, an einen Inkassoakteur verweisen, wenn er nicht bezahlt wird.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 11 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- Krankenhäuser verweisen keine Verbindlichkeiten an Inkassoakteure, wenn der Patient zunächst finanzielle Hilfeleistungen beantragt hat, aber das Krankenhaus keine entsprechenden zumutbaren Bemühungen (wie unten definiert) unternommen hat.
- Krankenhäuser dürfen unbezahlte, aus eigener Tasche zu bezahlende Verbindlichkeiten nicht an Inkassobüros verweisen, solange der Patient oder Bürge - wie in der Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Hilfeleistungen*, definiert - unter die Patientenkooperationsstandards fällt.
- **Zumutbare Bemühungen und außerordentliche Inkassomaßnahmen**

Bevor ECAs zur Eintreibung von Zahlungen für EMCare ergriffen werden, müssen Krankenhäuser zumutbare Bemühungen unternehmen, um festzustellen, ob die Person für finanzielle Hilfeleistungen in Frage kommt. Unter keinen Umständen werden ECAs früher als 120 Tage nach Zustellung der ersten Abrechnung nach Entlassung (d. h. innerhalb des Benachrichtigungszeitraums) ergriffen, es sei denn, alle zumutbaren Bemühungen wurden ausgeschöpft.

Die folgenden Szenarien beschreiben die zumutbaren Bemühungen, die ein Krankenhaus unternehmen muss, bevor es ECAs ergreifen kann.

- **Zumutbare Bemühungen – ECAs ergreifen – Benachrichtigungszeitraum** – Hinsichtlich im Krankenhaus geleisteter EMCare muss der Patient, wie in dieser Richtlinie dargestellt, vor Ergreifen von ECAs über die FAP benachrichtigt werden. Für die Benachrichtigung gelten die folgenden Anforderungen:
 - **Benachrichtigungsschreiben** – Die Krankenhauseinrichtung benachrichtigt den Patienten über die FAP durch Senden einer persönlichen schriftlichen Mitteilung (Benachrichtigungsschreiben) mindestens 30 Tage vor Ergreifen einer ECA. Das Benachrichtigungsschreiben muss:
 - ✓ eine Zusammenfassung der FAP in verständlicher Sprache enthalten,

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 12 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- ✓ Enthalten, dass finanzielle Hilfeleistungen für anspruchsberechtigte Personen zur Verfügung stehen; und
- ✓ Die ECA(s) beschreiben, die das Krankenhaus (oder eine andere befugte Partei) ergreifen wird, um die Zahlung für EMCare zu erhalten, wenn die Verbindlichkeiten nicht beglichen werden oder ein FAA nicht vor Ablauf einer Frist eingereicht wird. Diese Frist darf nicht vor dem letzten Tag des Beantragungszeitraums enden.
- **Mündliche Benachrichtigung** – In Verbindung mit dem Benachrichtigungsschreiben wird das Krankenhaus versuchen, den Patienten auch mündlich darüber in Kenntnis zu setzen, wie er während des Registrierungsprozesses Hilfe gemäß FAP erhalten kann. Dazu wird die vom Patienten angegebene Telefonnummer herangezogen. Dieser Versuch wird aufgezeichnet.
- **Benachrichtigungen bei mehreren Versorgungsfällen** – Das Krankenhaus kann dieser Benachrichtigungsanforderung gleichzeitig für mehrere EMCare-Fälle gerecht werden und die Person über die ECAs benachrichtigen, die das Krankenhaus ergreifen wird, um mehrere ausstehende EMCare-Zahlungen einzutreiben. Wenn jedoch ein Krankenhaus die Verbindlichkeiten einer Person für mehrere EMCare-Fälle zusammenfasst, bevor eine oder mehrere ECAs zur Eintreibung dieser Verbindlichkeiten ergriffen werden, darf es, um zumutbare Bemühungen zur Feststellung des FAP-Anspruchs des Patienten zu unternehmen, die ECA(s) frühestens 120 Tage nach Zustellung der ersten Abrechnung nach Entlassung für den jüngsten, im Paket enthaltenen EMCare-Fall ergreifen.
- **Zumutbare Bemühungen, wenn ein Patient ein unvollständiges FAA einreicht – Bemühungen zur Zusammenarbeit**
 - Das Krankenhaus setzt alle ECAs (wie definiert) aus, die bereits gegen einen Patienten/Bürgen ergriffen wurden, bis der Anspruch auf finanzielle Hilfeleistungen bestimmt wurde.
 - Das Krankenhaus übersendet dem Patienten eine schriftliche Benachrichtigung mit einer Liste der erforderlichen Dokumente, die der Patient oder Bürge für ein vollständiges FAA einreichen muss, und gibt dem Patienten 30 Tage Zeit, um die nötigen Daten

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 13 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

nachzureichen. Die Benachrichtigung umfasst Kontaktinformationen wie die Telefonnummer und die Adresse des Krankenhauses oder der Abteilung des Krankenhauses, das/die Informationen zur FAP zur Verfügung stellen und beim Stellen der FAP behilflich sein kann.

- **Zumutbare Bemühungen nach Eingang eines ausgefüllten FAA** – Wenn ein Patient während des Antragszeitraums ein vollständig ausgefülltes FAA einreicht, muss das Krankenhaus:
 - ECAs (wie definiert) zur Eintreibung von Zahlungen für EMCare aussetzen.
 - Feststellen, ob die Person FAP-Ansprüche für die EMCare hat, und sie von dieser Anspruchsfeststellung (wenn zutreffend auch über die Art von Hilfeleistung, für die die Person in Frage kommt) sowie von den Gründen für diese Feststellung schriftlich in Kenntnis setzen.
 - Wenn das Krankenhaus feststellt, dass die Person einen FAP-Anspruch für die EMCare hat, muss das Krankenhaus folgendermaßen vorgehen:
 - ✓ Der Person den bereits für die EMCare bezahlten Betrag (an das Krankenhaus oder an einen Dritten, an die das Krankenhaus die Verbindlichkeiten für die EMCare verwiesen oder verkauft hat) zurückzahlen.
 - ✓ Alle zumutbar verfügbaren Maßnahmen ergreifen, um jegliche ECA rückgängig zu machen. Zu derartigen vernünftigerweise möglichen Maßnahmen gehören unter anderem Maßnahmen zur Annullierung von Urteilen gegen den Patienten, zur Aufhebung von Zwangsvollstreckungen oder Pfandrechten am Eigentum des Patienten (außer Pfandrechten, die das Krankenhaus nach staatlichem Recht an den Erlösen aus Urteilen, Vergleichen oder Kompromisslösungen geltend machen kann, die Patienten (oder deren Vertretern) als Folge von Körperverletzungen geschuldet werden, für die es EMCare geleistet hat) und zur Entfernung nachteiliger Informationen, die an eine Konsumentenauskunftsstelle oder ein Kreditbüro weitergeleitet wurden, aus der Kreditnehmerauskunft des Patienten.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 14 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- Wenn das Krankenhaus feststellt, dass die Person **KEINEN** FAP-Anspruch für die EMCare hat, hat das Krankenhaus zumutbare Bemühungen unternommen, und kann zulässige ECAs ergreifen.
- **Zumutbare Bemühungen, wenn innerhalb von 90 Tage nach der ersten Abrechnung nach Entlassung für den jüngsten EMCare-Fall kein FAA eingereicht wird**
 - Das Krankenhaus sendet das Benachrichtigungsschreiben, wie unter Zumutbare Bemühungen – ECAs ergreifen – Benachrichtigungsanforderung beschrieben. Wenn innerhalb von 30 Tagen nach Senden des Benachrichtigungsschreibens keine FAA eingereicht wird, ist der Anforderung des Unternehmens zumutbarer Bemühungen, um den FAP-Anspruch festzustellen, Genüge getan. Das Krankenhaus kann dann 120 Tage nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung ECAs ergreifen, die gemäß der vorliegenden Richtlinie erlaubt sind.
 - **Verzicht** – Unter keinen Umständen akzeptiert ein Krankenhaus eine Verzichtserklärung, sei es mündlich oder schriftlich, laut der die betreffende Person keine finanziellen Hilfeleistungen beantragen will. Dies geschieht mit dem Zweck, den in dieser Richtlinie beschriebenen Anforderungen für zumutbare Bemühungen Genüge zu tun.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 15 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- **Zulässige außerordentliche Inkassomaßnahmen** – Nachdem zumutbare Bemühungen, wie das Erfüllen der Benachrichtigungspflicht, unternommen wurden, um den oben beschriebenen Anspruch auf finanzielle Hilfeleistungen festzustellen, kann ein Krankenhaus (oder eine andere befugte Partei) die folgenden ECAs ergreifen, um eine Zahlung von EMCare-Verbindlichkeiten zu erreichen:
 - Negativinformationen an Konsumentenauskunftsstellen oder Kreditbüros weitergeben oder
 - Einkommen pfänden, einschließlich der Erhebung von Zivilklagen, wenn dies erforderlich sein sollte, um, solche Einkommenspfändungen zu erreichen (jedoch keine Erhebung von Zivilklagen für andere Zwecke).

Ein Krankenhaus sieht von ECAs gegen einen Patienten ab, wenn dieser Dokumente vorlegt, laut denen er Gesundheitsversorgung gemäß Medicaid oder anderen öffentlich gesponserten Gesundheitsfürsorgeprogrammen beantragt hat, es sei denn, der Anspruch auf solche Programme wurde festgestellt und verfügbare Zahlungen von Dritten für EMCare wurden eingeholt und bearbeitet.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 16 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- **Zumutbare Bemühungen – Vereinbarungen mit Dritten** – Abgesehen davon, dass bestimmte Verbindlichkeitsverkäufe nicht unter ECAs (wie oben in der Definition der ECAs beschrieben) fallen, geht das Krankenhaus bezüglich des Verkaufs oder des Verweises von Verbindlichkeiten für EMCare an einen Dritten eine rechtlich bindende Vereinbarung mit dieser Partei ein (und wird diese, soweit möglich, auch durchsetzen). Damit die Anforderung, zumutbare Bemühungen zur Feststellung des FAP-Anspruchs zu unternehmen, erfüllt wird, müssen diese Vereinbarungen mindestens die folgenden Bestimmungen enthalten:
 - Wenn der Patient nach Verweis oder Verkauf der Verbindlichkeiten, aber vor Ende des Antragszeitraums eine FAA (vollständig oder teilweise ausgefüllt) einreicht, setzt die Partei die ECAs zur Eintreibung der EMCare-Verbindlichkeiten aus.
 - Wenn der Patient nach Verweis oder Verkauf der Verbindlichkeiten, aber vor Ende des Antragszeitraums, eine FAA (vollständig oder teilweise ausgefüllt) einreicht und sein FAP-Anspruch für die EMCare festgestellt wird, unternimmt die Partei zeitnah Folgendes:
 - ✓ Die Partei befolgt die in der Vereinbarung und der vorliegenden Richtlinie dargestellten Verfahrensweisen, die sicherstellen, dass der Patient der Partei und dem Krankenhaus zusammen nicht mehr zahlt, und keine dementsprechende Verpflichtung hat, als er als Person mit FAP-Anspruch für EMCare zu zahlen hat.
 - ✓ Wenn zutreffend, und wenn die Partei (statt des Krankenhauses) die Befugnis hat, ergreift die Partei alle zumutbar verfügbaren Maßnahmen, um jegliche ECAs (außer des Verkaufs der Verbindlichkeiten) rückgängig zu machen, die gegen den Patienten ergriffen wurden.
 - Wenn der Partner (der Dritte) die Verbindlichkeiten während des Antragszeitraums an eine weitere Partei (der Vierte) verweist oder verkauft, hat der Dritte die schriftliche Zustimmung zu allen in diesem Abschnitt dargestellten Bestimmungen vom Vierten einzuholen.
- **Zumutbare Bemühungen – Dokumente elektronisch zustellen** – Ein Krankenhaus kann hier beschriebene schriftliche Mitteilungen elektronisch (zum Beispiel per E-Mail)

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 17 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

übermitteln, wenn der Patient zustimmt, dass er die schriftliche Mitteilung lieber elektronisch erhalten möchte.

Kundenservice

Während des Abrechnungs- und Inkassoprozesses stellen die Krankenhäuser hochwertigen Kundenservice zur Verfügung, indem sie die folgenden Richtlinien befolgen:

- Die Krankenhäuser setzen einen Null-Toleranz-Ansatz für missbräuchliche(s), belästigende(s), beleidigende(s), täuschende(s) oder irreführende(s) Sprache oder Verhalten durch ihre Mitarbeiter durch.
- Die Krankenhäuser verfügen über einen gestrafften Prozess für Patientenfragen oder -beschwerden. Dazu gehört eine kostenlose Telefonnummer, die Patienten/Bürgern anrufen können, sowie eine klar ausgewiesene Büroadresse, an die sie schreiben können. Diese Informationen sind auf allen gesendeten Patientenrechnungen und Inkassoerklärungen zu finden.
- Nach Erhalt einer Mitteilung von einem Patienten (per Telefon oder schriftlich) rufen die Mitarbeiter des Krankenhauses den Patienten/Bürgern so schnell wie möglich zurück (nicht später als zwei Geschäftstage nach Eingang des Anrufs) bzw. beantworten schriftliche Korrespondenz innerhalb von 30 Tagen.
- Die Krankenhäuser verfügen über ein Protokoll aller Patientenbeschwerden (mündlich oder schriftlich), das zur Durchsicht verfügbar ist.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 18 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

Feststellungen zur finanziellen Hilfeleistung

- **Bearbeitungsanfragen** – Menschliche Würde und Verantwortung als zentrale Werte von CHI sollen im Antragsprozess, bei der Feststellung finanzieller Bedürftigkeit und der Gewährung von Hilfe widerspiegelt werden.
 - Anträge auf finanzielle Hilfeleistungen sind direkt zu bearbeiten und Krankenhäuser haben den Patienten oder Antragsteller innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des vollständigen Antrags schriftlich zu benachrichtigen.
 - Ein Krankenhaus basiert seine Anspruchsfeststellung nicht auf Informationen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass sie falsch, unzuverlässig oder das Ergebnis von Zwangspraktiken sind.
 - Wenn der Anspruch basierend auf dem Abschluss eines FAA zugestanden wird, erhält der Patient finanzielle Hilfeleistungen für einen Zeitraum von sechs Monaten ab Feststellungsdatum. Finanzielle Hilfeleistungen werden auch für alle in Frage kommenden Verbindlichkeiten, die für bis zu sechs Monate vor Feststellung erhaltene Leistungen angefallen waren, gewährt.
 - Wenn der mutmaßliche Anspruch eines Patienten festgestellt wird, erhält der Patient finanzielle Hilfeleistungen für einen Zeitraum von sechs Monaten, der zum Datum der Feststellung des mutmaßlichen Anspruchs endet. Infolgedessen werden finanzielle Hilfeleistungen auch für alle in Frage kommenden Verbindlichkeiten, die für bis zu sechs Monate vor der Feststellung erhaltene Leistungen angefallen waren, gewährt. Der Patient mit mutmaßlichem Anspruch erhält ohne Abschluss eines FAA oder eine erneute Feststellung des mutmaßlichen Anspruchs keine finanziellen Hilfeleistungen für EMCare, die nach dem Feststellungsdatum geleistet wurde.
 - Wenn der Anspruch auf finanzielle Hilfeleistungen durch ein Krankenhaus abgelehnt wurde, kann ein Patient oder Bürge erneut einen Antrag stellen, wenn sich sein Einkommen oder Status ändert. Zudem kann auch das FAA für spätere Leistungen erneut eingereicht werden,

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 19 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

wenn die letzte Feststellung zu finanziellen Hilfeleistungen mehr als sechs Monate zuvor erfolgte.

- Patienten/Bürgern können im Fall einer Beschwerde zur Anwendung der vorliegenden Richtlinie oder der FAP eine Prüfung durch das Krankenhaus beantragen. Patienten/Bürgern, deren Antrag auf finanzielle Hilfeleistungen abgelehnt wurde, können ihre Anspruchsfeststellung anfechten. Beschwerden und Anfechtungen können unter +1-800-514-4637 oder im Zentrum für finanzielle Hilfeleistungen eingereicht werden:

Frisco Assistance Center
P.O. Box 660872
Dallas, TX, USA 75266-0872

- Die Beschwerde oder Anfechtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Erfahrung des Patienten, auf die sich die Beschwerde bezieht, oder innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Mitteilung über die Entscheidung zur Feststellung des Anspruchs auf finanzielle Hilfeleistungen schriftlich eingehen.
 - Das Krankenhaus wird die Feststellung eines FAP-Anspruchs nicht verschieben, weil das Krankenhaus auf das Ergebnis eines Medicaid-Antrags wartet.
- **Mutmaßliche finanzielle Hilfeleistungen**
 - Zumutbare Bemühungen zur Feststellung des FAP-Anspruchs sind nicht erforderlich, wenn die Person einen Anspruch auf mutmaßliche finanzielle Hilfeleistungen hat.
 - **Medicaid-Ablehnungen** – Patienten, die für Medicaid in Frage kommen, kommen automatisch auch für eine vollständige karitative Zuwendung in Frage. Verbindlichkeiten für finanzierte Tage oder Leistungen (abgesehen von Medicaid-Ablehnungen bezüglich einer rechtzeitigen Rechnungsstellung, ungenügender medizinischer Aufzeichnungen, fehlender Rechnungen oder Problemen mit Hinblick auf Befugnis oder Anspruch) werden als Ergebnis einer Medicaid-Ablehnung unter einem bestimmten Code geführt und als karitative Zuwendung verbucht.

THEMA DER RICHTLINIE:

**DATUM DES
INKRAFTTRETENS:
14.03.2012**

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre zu überprüfen durch
das führende Management*

Seite 20 von 20

ZU PRÜFEN BIS: xx/xx/19

- **Eingeschränkte Medicaid-Abdeckung** – Manche Medicaid-Angebote decken nur einen beschränkten Leistungskatalog ab. Wenn ein Patient Anspruch auf Medicaid hat, können Verbindlichkeiten für Tage oder Leistungen, die nicht abgedeckt werden, ohne vollständiges FAA als karitative Zuwendung verbucht werden. Das umfasst keine Verbindlichkeiten aus geteilten Kosten (Share of Cost, SOC) oder anderen Kostenteilungsmodalitäten wie Selbstbeteiligungen oder Zuzahlungen, da solche Kosten vom Staat als Beträge erachtet werden, die ein Patient zahlen muss, bevor er Anspruch auf Medicaid hat. Health and Human Services (HSS) verwendet den Begriff „Spend Down“ anstatt „Share of Cost“.

Verantwortung

Die letzte Instanz bei der Feststellung, ob ein Krankenhaus zumutbare Bemühungen zur Feststellung des Anspruchs einer Person auf finanzielle Hilfeleistungen unternommen hat, ist das Management der Abteilung CHI Revenue Cycle. Diese Einheit ist zudem auch die höchste Entscheidungsinstanz bei der Frage, ob das Unternehmen mit den in der vorliegenden Richtlinie dargestellten ECAs fortfahren darf.

VERWANDTE RICHTLINIE

- Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Hilfeleistungen*

ABGEÄNDERT

- 08.03.16 (ist in Kraft seit 01.07.16)
- xx/xx/16