

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 1 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

RICHTLINIE

Es entspricht den Grundsätzen von CHI sowie seinen direkt verbundenen steuerbefreiten Unternehmen¹ und steuerbefreiten Tochtergesellschaften², die eine Krankenhauseinrichtung betreiben [zusammengefasst als CHI-Krankenhausorganisationen bezeichnet], bei der Ausübung ihrer Inkasso- und Beitreibungstätigkeiten höchsten Standards für Ethik und Integrität gerecht zu werden, allen Patienten in CHI-Krankenhauseinrichtungen ohne jede Diskriminierung Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung (im Folgenden als EMCare bezeichnet) ohne Ansehen ihrer finanziellen Zahlungsfähigkeit zu gewähren und Inkasso-Regelwerke zu befolgen, die allen Patienten von CHI-Krankenhausorganisationen in jeder Krankenhauseinrichtung eine faire Behandlung zusichern.

GRUNDSÄTZE

Nachdem Patienten der CHI-Krankenhausorganisation Leistungen erhalten haben, stellen Krankenhauseinrichtungen Patienten/Garanten und maßgeblichen Kostenträgern korrekte und zeitnahe Rechnungen. Während dieses Abrechnungs- und Inkassoverfahrens leistet das Personal qualitativ hochwertige Kundenbetreuung und sorgt für zeitnahe Wiedervorlage, wobei alle offenstehenden Rechnungen im Einklang mit § 501 (r) IRC und maßgeblichen Inkassogesetzen und Inkassovorschriften gehandhabt werden. CHI-Werte setzen überdies voraus, dass alle Patienten mit Achtung und Mitgefühl behandelt werden. CHI hat festgestellt, dass bestimmte Inkassomaßnahmen mit seinen Unternehmenswerten im Widerspruch stehen, und hat deren Einsatz zu allen Zeiten verboten.

GELTUNGSBEREICH

Diese Richtlinie gilt für:

¹ Ein direkt verbundenes Unternehmen ist jede Gesellschaft, bei der CHI alleiniger Gesellschafter bzw. Anteilseigner ist.

² Eine Tochtergesellschaft bezeichnet entweder *eine* Organisation, gleich ob gemeinnützig oder gewinnorientiert, bei der ein direkt verbundenes Unternehmen über die Fähigkeit verfügt, eine Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder des Leitungsorgans der betreffenden Organisation zu benennen, *oder* jede andere Organisation, bei der eine Tochtergesellschaft über diese Fähigkeit verfügt.

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 2 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- Alle Kosten für EMCare, die von einer CHI-Krankenhausorganisation in einer Krankeneinrichtung geleistet wird.
- Alle Kosten für EMCare, die von einem Arzt geleistet wird, der Angestellter einer CHI-Krankenhausorganisation (CHI-Arzt) ist, soweit die Versorgung in einer Krankeneinrichtung erfolgt.
- Alle Kosten für EMCare, die von einem Arzt geleistet wird, der Angestellter einer im Wesentlichen zugehörigen Organisation ist (Nicht-CHI-Arzt) ist, sofern die Versorgung in einer Krankeneinrichtung erfolgt.
- Inkasso- und Beitreibungstätigkeiten, die von der Krankeneinrichtung oder einem damit beauftragten Anbieter oder externen Inkassoagenturen (gleich ob die Schuld weitergeleitet oder verkauft wird) einer Krankenhausorganisation ausgeführt werden, um Beträge einzuziehen, die für die zuvor beschriebene EMCare geschuldet werden. Alle Vereinbarungen mit externen Anbietern über diese Inkasso- und Beitreibungstätigkeiten müssen eine Bestimmung aufweisen, die die Befolgung dieser Richtlinie und Schadenersatz wegen Nichterfüllung als Folge ihrer Nichtbefolgung verlangt. Hierzu zählen unter anderem Vereinbarungen mit Parteien, die der Krankeneinrichtung gehörende Schulden im weiteren Verlauf verkaufen oder weiterleiten.

Abstimmung mit anderen Gesetzen

Die Gewährung finanzieller Unterstützung kann jetzt oder in Zukunft zusätzlichen Regelungen nach bundes- bzw. einzelstaatlichen oder lokalen Gesetzen unterliegen. Diese Gesetze sind in dem Umfang verbindlich, in dem sie striktere Anforderungen als diese Richtlinie stellen. Sofern diese Gesetze in direktem Widerspruch zu dieser Richtlinie stehen, führt die CHI-Krankenhausorganisation nach Absprache mit ihrem lokalen Vertreter der Rechtsabteilung der CHI-Gruppe, der Leitung der CHI-Ertragsbuchhaltung und der Leitung der CHI-Steuerabteilung eine separate Richtlinie mit minimalen Änderungen an der vorliegenden Richtlinie ein, soweit diese notwendig sind, um deren Übereinstimmung mit Paragraph 501 (r) IRC und anderen maßgeblichen Gesetzen zu gewährleisten.

ZWECK

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 3 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Mit dieser Richtlinie wird das Ziel verfolgt, klare und einheitliche Orientierungshilfen zu bieten, um die Abrechnungs-, Inkasso- und Beitreibungsfunktionen auf eine Art und Weise wahrzunehmen, die die Einhaltung von Rechtsvorschriften, die Zufriedenheit von Patienten sowie die Effizienz fördert. CHI-Organisationen bemühen sich gewissenhaft, Patienten/Garanten mithilfe von detaillierten Rechnungen, schriftlichen Mitteilungen und Telefonanrufen über ihre finanziellen Verpflichtungen und verfügbare Optionen für finanzielle Unterstützung zu informieren und gemeinsam mit ihnen offenstehende Rechnungen zu erörtern. Als katholische Gesundheitsdienstleister sind CHI-Krankenhausorganisationen aufgerufen, die Bedürfnisse von Patienten und anderen, die Versorgung benötigen, zu erfüllen, ohne dass es auf deren finanzielle Möglichkeiten ankommt, die empfangenen Leistungen zu bezahlen.

CHI-Krankenhausorganisationen werden darüber hinaus nach § 501 (c)(3) IRC als gemeinnützig (d. h. steuerbefreit) behandelt. Um steuerbefreit zu bleiben, ist jede steuerbefreite CHI-Krankenhausorganisation nach § 501 (r) IRC unter anderem verpflichtet, im Hinblick auf Patienten, die an einer CHI-Krankenhauseinrichtung EMCare erhalten, wie folgt vorzugehen:

- Die Beträge, die Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung für EMCare abgerechnet werden, auf die Beträge zu begrenzen, die generell Patienten in Rechnung gestellt werden, die im Hinblick auf eine derartige Versorgung krankenversichert sind,
- Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung für alle weitere medizinische Versorgung geringere als Bruttobeträge abzurechnen und
- keine besonderen Beitreibungsmaßnahmen (Extraordinary Collections Actions, ECAs) zu ergreifen, bevor die Krankenhauseinrichtung zumutbare Anstrengungen unternommen hat, um zu ermitteln, ob der Patient nach ihrer Richtlinie für finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) Anspruch auf Hilfe hat.

Diese Richtlinie beschreibt die Umstände, unter denen Krankenhauseinrichtungen bei rückständigen Patientenrechnungen im Zusammenhang mit der Leistung von EMCare Inkassomaßnahmen ergreifen können, und identifiziert zulässige Inkassotätigkeiten. Diese Richtlinie erläutert die Maßnahmen, die eine Krankenhauseinrichtung treffen kann, um die Zahlung einer Rechnung für EMCare im Fall nicht geleisteter Zahlungen zu erreichen, zu denen unter anderem auch ECAs zählen.

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

Abrechnung und Inkasso

Seite 4 von 19

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

DEFINITIONEN

Versorgungszeitraum bezeichnet im Hinblick auf einem Patienten von einer Krankeneinrichtung geleistete EMCare den Zeitraum, der an dem Tag beginnt, an dem die EMCare geleistet wird, und (a) am 240igsten Tag nach dem Datum, an dem die erste Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für die EMCare ausgehändigt wird, oder (b) zu dem im Benachrichtigungsschreiben genannten Zeitpunkt endet, wobei der spätere der beiden Termine maßgeblich ist.

Besondere Beitreibungsmaßnahmen (Extraordinary Collection Actions, ECAs) - Die Krankeneinrichtung ergreift keine ECAs gegen Patienten, bevor sie zumutbare Anstrengungen unternommen hat, um eine Anspruchsberechtigung nach ihrer FAP zu ermitteln. Zu ECAs kann jede der folgenden Maßnahmen zählen, die im Bemühen ergriffen werden, die Zahlung von Rechnungen für Versorgungsleistungen beizutreiben:

- Verkauf von Patientenschulden an andere Parteien, soweit dies nach bundesstaatlichem Steuerrecht nicht ausdrücklich anders geregelt ist,
- bestimmte Vorgehensweisen, die ein Rechts- bzw. Gerichtsverfahren nach den Vorgaben bundesstaatlichen Steuerrechts erfordern,
- Weitergabe nachteiliger Informationen über den Patienten an Verbraucherkreditbüros.

ECAs schließen keine Pfandrechte ein, die Krankeneinrichtungen 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 ein Krankenhaus Versorgung geleistet hat.

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. Versicherten Patienten wird finanzielle Unterstützung angeboten, soweit dies nach deren Vertrag mit der Versicherungsgesellschaft zulässig ist.

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 5 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Richtlinie für finanzielle Unterstützung (FAP) meint CHIs Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Unterstützung*, die CHIs Programm für finanzielle Unterstützung, einschließlich der Kriterien, die Patienten/Garanten erfüllen müssen, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu haben, sowie das Verfahren erläutert, nach dem Patienten finanzielle Unterstützung beantragen können.

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

Krankenhauseinrichtung (oder Einrichtung) bezeichnet eine Krankenhauseinrichtung, die nach den Vorschriften eines Staates als Krankenhaus zugelassen, registriert oder in vergleichbarer Weise anerkannt werden muss und von einer CHI-Krankenhausorganisation betrieben wird.

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 gleich wirksame, konservativere oder kostengünstigere Behandlungsart zur Verfügung steht.

Benachrichtigungszeitraum bezeichnet die 120-Tage-Frist, die an dem Tag beginnt, an dem die Krankenhauseinrichtung die erste Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für die EMCare aushändigt. Einrichtungen haben von der Einleitung von ECAs während des Benachrichtigungszeitraums Abstand zu nehmen, sofern keine zumutbaren Anstrengungen unternommen wurden, um festzustellen, ob ein Patient für finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt ist.

Betrieb einer Krankenhauseinrichtung - Eine Krankenhauseinrichtung kann mithilfe ihres eigenen Personals oder vertraglicher Vergabe des Betriebs der Einrichtung an eine andere Organisation betrieben werden. Eine Krankenhauseinrichtung kann auch dann von einer CHI-Krankenhausorganisation betrieben werden, wenn diese über eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung an einer steuerlich als Personengesellschaft bewerteten Personengesellschaft verfügt, die in direkter Form eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung betreibt oder in indirekter Form eine

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 6 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

staatlich zugelassene Krankeneinrichtung mithilfe einer anderen steuerlich als Personengesellschaft bewerteten Rechtsperson 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, nach der ein Patient mutmaßlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, führt zu kostenloser EMCare in dem Zeitraum, für den der Patient mutmaßlich anspruchsberechtigt ist. Vergleiche hierzu auch den Abschnitt „Mutmaßliche Anspruchsberechtigung“ in CHIs Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Unterstützung*.

Im Wesentlichen zugehörige Organisation bezeichnet im Hinblick auf eine CHI-Krankenhausorganisation eine andere Organisation, die im Rahmen bundesstaatlichen Steuerrechts als Personengesellschaft behandelt wird und an der die Krankenhausorganisation über Kapital- oder Gewinnbeteiligungen verfügt, oder eine nicht steuerpflichtige Organisation, bei der die Krankenhausorganisation einziger Gesellschafter bzw. Alleineigentümer ist, die in einer staatlich zugelassenen Krankeneinrichtung EMCare leistet, sofern es sich bei der Leistung der Versorgung nicht um eine Aktivität bzw. Geschäftstätigkeit handelt, die mit der Krankenhausorganisation in keinem Zusammenhang steht (im Sinne von Paragraph 513 IRC).

Aussetzung von ECAs nach Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA) meint, dass eine Krankeneinrichtung (oder ein von ihr Beauftragter) keine ECAs einleitet oder nicht bei zuvor eingeleiteten ECAs nachfasst, um Zahlung für EMCare zu erhalten, bis entweder

- die Einrichtung festgestellt hat, ob der Patient auf der Grundlage eines vollständigen FAP-Antrags FAP-anspruchsberechtigt ist, und im Hinblick auf einen bearbeiteten FAA die hierin definierte Auflage zumutbarer Anstrengungen erfüllt hat, oder
- der Patient im Fall eines unvollständigen FAAs nicht innerhalb eines ihm eingeräumten angemessenen Zeitraums (30 Tage) auf das Ersuchen um weitere Informationen und/oder Unterlagen geantwortet hat.

Nicht versichert ist eine Person, die über keine Krankenversicherung eines kommerziellen externen Versicherers, keinen ERISA-Plan, kein nationales Gesundheitsprogramm (wie etwa Medicare,

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

Abrechnung und Inkasso

Seite 7 von 19

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Medicaid, SCHIP oder CHAMPUS), keine Arbeitsunfallversicherung und keine andere Unterstützung von Seiten Dritter verfügt, die zur Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen beitragen.

Unterversichert ist eine Person mit privatem oder staatlichem Versicherungsschutz, für die es eine finanzielle Härte bedeuten würde, die für nach dieser Richtlinie erfasste EMCare voraussichtlich anfallenden Kosten in vollem Umfang zu bezahlen.

VERFAHREN

CHI-Krankenhausorganisationen halten beim Inkasso von Rechnungen im Zusammenhang mit EMCare, die an einer CHI-Krankenhauseinrichtung geleistet wurde, folgende Standardverfahren ein:

Abrechnungsverfahren

- **Abrechnung gegenüber Krankenversicherungen**
 - Bei allen krankenversicherten Patienten stellen Krankenhauseinrichtungen maßgeblichen externen Kostenträgern (auf der Grundlage von Informationen, die vom Patienten/Garanten geliefert bzw. verifiziert oder von anderen Quellen ausreichend verifiziert wurden) zeitnahe Rechnungen.
 - Falls ein ansonsten gültiger Anspruch vom jeweiligen Kostenträger aufgrund eines Fehlers einer Krankenhauseinrichtung zurückgewiesen (oder nicht bearbeitet) wird, darf diese dem Patienten keine Kosten berechnen, die den Betrag überschreiten, den der Patient im Fall der Befriedigung des Anspruchs durch den Kostenträger geschuldet hätte.
 - Falls ein ansonsten gültiger Anspruch vom jeweiligen Kostenträger aufgrund von Faktoren zurückgewiesen (oder nicht bearbeitet) wird, die sich der Kontrolle der Krankenhauseinrichtung entziehen, verfolgt deren Personal die Angelegenheit mit Kostenträger und Patient weiter, um die Klärung des Anspruchs zu ermöglichen. Falls auch nach angemessenen Follow up-Bemühungen keine Klärung erreicht wird, können Krankenhauseinrichtungen Patienten Rechnungen stellen oder andere Maßnahmen ergreifen, die nach den Verträgen mit Kostenträgern möglich sind.

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

Abrechnung und Inkasso

Seite 8 von 19

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- **Abrechnung gegenüber Patienten**

- Allen unversicherten Patienten/Garanten werden Versorgungsleistungen direkt und zeitnah abgerechnet; sie erhalten eine detaillierte Rechnung als Teil des üblichen Abrechnungsverfahrens der Krankenhauseinrichtung.
- Im Fall von versicherten Patienten stellen Krankenhauseinrichtungen, nachdem entsprechende Ansprüche von allen in Frage kommenden externen Kostenträgern bearbeitet wurden, Patienten/Garanten zeitnahe Rechnungen über ihre jeweiligen Verbindlichkeiten, die der Höhe nach ihren Versicherungsleistungen entsprechen.
- Alle Patienten/Garanten können jederzeit eine aufgeschlüsselte Darstellung ihrer Rechnungen verlangen.
- Wenn ein Patient seine Rechnung bestreitet und diesbezügliche Belegunterlagen anfordert, stellt ihm das Personal die verlangten schriftlichen Unterlagen innerhalb von zehn Tagen (falls möglich) zur Verfügung und hält die Rechnung für mindestens 30 Tage zurück, bevor sie zu Inkassozwecken weitergeleitet wird.
- Krankenhauseinrichtungen können Zahlungsplanmodalitäten bei Patienten/Garanten billigen, die nach ihren Angaben Schwierigkeiten haben, den von ihnen geschuldeten Betrag in einer einzigen Rate zu bezahlen.
 - Die Leitung der Ertragsbuchhaltung ist befugt, in Einzelfällen Ausnahmen von dieser Bestimmung unter besonderen Umständen (im Einklang mit Betriebsanweisungen) zu gewähren.
 - Krankenhauseinrichtungen sind nicht verpflichtet, auf von Patienten vorgeschlagene Zahlungsmodalitäten einzugehen, und können Rechnungen wie nachstehend erläutert an externe Inkassoagenturen weitergeben, wenn der Patient einem festgelegten Zahlungsplan nicht nachkommt.

Inkassoverfahren

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 9 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- Alle von der Einrichtung, einem beauftragten Anbieter oder ihren externen Inkassoagenturen ausgeführten Inkassotätigkeiten haben mit allen bundes- und einzelstaatlichen Gesetzen über die Eintreibung von Außenständen vereinbar zu sein.
- Alle Patienten/Garanten haben die Möglichkeit, die Krankenhauseinrichtung in Bezug auf finanzielle Unterstützung für ihre Rechnungen, Zahlungsplanoptionen und andere einschlägige Programme anzusprechen.
 - Die FAP einer Krankenhauseinrichtung ist wie folgt erhältlich:
 - Persönliche Abholung in der behandelnden Einrichtung
 - Per Anruf bei einem Finanzberater an der behandelnden Einrichtung
 - Online auf www.catholichealth.net
 - Auf dem Postweg
 - Patienten, die Fragen zur FAP einer Krankenhauseinrichtung haben, können sich telefonisch oder persönlich an die Finanzberatungsstelle wenden.
- Krankenhauseinrichtungen sind berechtigt, nach Maßgabe relevanter einzel- und bundesstaatlicher Gesetze und im Einklang mit den in dieser Richtlinie erläuterten Bestimmungen Inkassotätigkeiten, einschließlich zulässiger ECAs, auszuführen, um offenstehende Zahlungsbeträge von Patienten einzuziehen.
 - Zu allgemeinen Inkassotätigkeiten können Nachfassanrufe, Kostenaufstellungen und andere zumutbare Bemühungen im Einklang mit Standardpraktiken in der Branche zählen.
 - Patientenaußenstände können nach dem Ermessen der Einrichtung und im Einklang mit allen maßgeblichen bundes- bzw. einzelstaatlichen und lokalen Nichtdiskriminierungspraktiken an externe Anbieter für Inkassozwecke weitergeleitet werden. Die Einrichtung bleibt Eigentümerin der an Inkassoagenturen weitergeleiteten Schulden, und Patientenrechnungen werden für Inkassozwecke nur unter folgenden Vorbehalten weitergeleitet:

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 10 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- Es besteht genügend Grund zu der Annahme, dass der Patient die Zahlung schuldet.
- Allen vom Patienten/Garanten benannten Kostenträgern sind ordnungsgemäße Rechnungen gestellt worden, und die verbleibende Schuld fällt in die finanzielle Verantwortlichkeit des Patienten. Krankenhauseinrichtungen dürfen Patienten keine Beträge in Rechnung stellen, die die Versicherungsgesellschaft oder ein Dritter zu zahlen verpflichtet ist.
- Krankenhauseinrichtungen dürfen Rechnungen nicht zu Inkassozwecken weiterleiten, während die Zahlung eines damit verbundenen Anspruchs von Seiten eines Kostenträgers noch aussteht. Allerdings können Ansprüche, die trotz Anstrengungen zur Erzielung einer Klärung für einen unangemessen langen Zeitraum den Status „ausstehend“ behalten, nunmehr als „abgelehnt“ eingestuft werden.
- Krankenhauseinrichtungen sind nicht berechtigt, Rechnungen zu Inkassozwecken weiterzuleiten, wenn der Versicherungsanspruch aufgrund eines CHI-Irrtums abgewiesen wurde. CHI kann allerdings nach wie vor den Patientenanteil dieser Ansprüche für Inkassozwecke weiterreichen, falls dieser Teil unbezahlt geblieben ist.
- Krankenhauseinrichtungen dürfen Rechnungen nicht zu Inkassozwecken weiterleiten, wenn der Patient zu Beginn finanzielle Unterstützung beantragt und die Einrichtung noch keine zumutbaren Anstrengungen (wie nachstehend definiert) bezüglich der Rechnung unternommen hat.
- Einrichtungen leiten keine unbezahlten eigenfinanzierten Rechnungen an externe Inkassoagenturen weiter, solange Patient oder Garant den in Stewardship-Richtlinie Nr. 15, *Finanzielle Unterstützung*, definierten Patientenkooperationsnormen unterliegen.
- **Zumutbare Anstrengungen und besondere Beitreibungsmaßnahmen**

Bevor sie ECAs vornehmen können, um Zahlung für EMCare zu erhalten, müssen Krankenhauseinrichtungen zumutbare Anstrengungen unternehmen, um festzustellen, ob ein Patient für finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt ist. In keinem Fall dürfen ECAs vor Ablauf von 120 Tagen ab dem Datum eingeleitet werden, an dem die Krankenhauseinrichtung die erste Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vorlegt (also während des

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 11 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Benachrichtigungszeitraums), sofern nicht alle zumutbaren Anstrengungen unternommen worden sind.

In den folgenden Szenarien werden die zumutbaren Anstrengungen erläutert, die eine Einrichtung unternehmen muss, bevor sie zu ECAs greifen darf.

- **Zumutbare Anstrengungen - Einleitung von ECAs - Benachrichtigungspflicht** - Patienten müssen im Hinblick auf jegliche in der Einrichtung geleistete EMCare vor Einleitung von ECAs über die hierin beschriebene FAP unterrichtet werden. Die Berichtigungspflicht besteht aus folgenden Elementen:
 - **Benachrichtigungsschreiben** - Krankenhauseinrichtungen informieren einen Patienten über die FAP, indem sie ihm mindestens 30 Tage vor Einleitung einer ECA eine schriftliche Mitteilung (Benachrichtigungsschreiben) zukommen lassen. Das Benachrichtigungsschreiben muss
 - ✓ eine Zusammenfassung der FAP in verständlicher Sprache enthalten,
 - ✓ angeben, dass finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigten Patienten zur Verfügung steht, und
 - ✓ die ECA(s) identifizieren, die die Krankenhauseinrichtung (oder ein von ihr Beauftragter) einzuleiten beabsichtigt, um Zahlung für die EMCare zu erhalten, sofern der geschuldete Betrag oder ein FAA nicht vor Ablauf einer bestimmten Frist bezahlt bzw. eingereicht worden ist, die nicht vor dem letzten Tag der Antragsfrist liegen darf.
 - **Mündliche Benachrichtigung** - Die Krankenhauseinrichtung unternimmt in Verbindung mit der Übermittlung des Benachrichtigungsschreibens den Versuch, den Patienten mündlich darüber zu unterrichten, wie im Rahmen der FAP während des Anmeldeverfahrens finanzielle Hilfe erlangt werden kann, und zwar unter Verwendung der neuesten vom Patienten überlassenen Telefonnummer. Dieser Versuch wird gleichzeitig aufgezeichnet.
 - **Benachrichtigung bei mehreren Versorgungsfällen** - Krankenhauseinrichtungen haben dieser Benachrichtigungspflicht bei mehreren EMCare-Fällen zeitgleich nachzukommen

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 12 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

und den Patienten hinsichtlich der ECAs zu informieren, die sie einzuleiten beabsichtigen, um Zahlungen für mehrere ausstehende Rechnungen für EMCare zu erlangen. Wenn eine Einrichtung ausstehende Rechnungen eines Patienten für mehrere EMCare-Fälle ansammelt, bevor sie eine oder mehrere ECAs für den Erhalt der Zahlung für diese Rechnungen einleitet, hat sie damit allerdings keine zumutbaren Anstrengungen hinsichtlich der Feststellung unternommen, ob der Patient FAP-anspruchsberechtigt ist, es sei denn, sie unterlässt es, bis zum Ablauf von 120 Tagen nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für den jüngsten in der Sammlung enthaltenen EMCare-Vorgang ECAs einzuleiten.

- **Zumutbare Anstrengungen, wenn ein Patient einen unvollständigen FAA einreicht - Kooperationsbemühungen**
 - Die Einrichtung hebt jegliche gegen den Patienten/Garanten bereits eingeleiteten ECAs (wie bereits definiert) auf, bis über die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung entschieden worden ist.
 - Die Krankenhauseinrichtung übermittelt dem Patienten eine schriftliche Benachrichtigung mit einer Aufstellung benötigter Unterlagen, die der Patient bzw. Garant vorlegen muss, damit der FAA als vollständig gelten kann, und räumt dem Patienten 30 Tage zur Lieferung der notwendigen Informationen ein. Die Benachrichtigung enthält die Kontaktangaben, einschließlich Telefonnummer und physischem Standort der Einrichtung oder der Abteilung innerhalb der Einrichtung, die Informationen zum FAP liefern und bei dessen Erstellung behilflich sein kann.
- **Zumutbare Anstrengungen, wenn ein vollständiger FAA eingereicht wird** - Wenn ein Patient während der Antragsfrist einen vollständigen FAA einreicht, ist die Krankenhauseinrichtung verpflichtet,
 - jegliche ECAs (wie bereits definiert) für Zwecke des Erhalts von Zahlungen für die EMCare aufzuheben,
 - eine Entscheidung dazu zu treffen, ob der Patient FAP-anspruchsberechtigt ist, und ihn schriftlich von dieser Entscheidung über die Anspruchsberechtigung (sowie je nach

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 13 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- Sachlage die Art der Unterstützung, auf die er Anspruch hat) und die Grundlage für diese Entscheidung zu informieren.
- Falls die Krankenhauseinrichtung feststellt, dass der Patient hinsichtlich der EMCare FAP-anspruchsberechtigt ist, ist wie folgt vorzugehen:
 - ✓ Rückerstattung jeglicher vom Patienten für die EMCare gezahlten Beträge (ob an die Krankenhauseinrichtung selbst oder andere Parteien, an die die Einrichtung die Schulden des Patienten für die EMCare weitergeleitet bzw. verkauft hat).
 - ✓ Einleitung aller vernünftigerweise möglichen Maßnahmen zur Rückgängigmachung von ECAs. 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 die Krankenhauseinrichtung 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 sie EMCare geleistet hat) und zur Entfernung nachteiliger Informationen, die an einen Verbraucherschutzverband oder ein Kreditbüro weitergeleitet wurden, aus der Kreditnehmerauskunft des Patienten.
 - Falls die Krankenhauseinrichtung feststellt, dass der Patient NICHT FAP-anspruchsberechtigt für die EMCare ist, hat sie zumutbare Anstrengungen unternommen und ist berechtigt, zulässige ECAs einzuleiten.
 - **Zumutbare Anstrengungen, wenn kein FAA innerhalb von 90 Tagen nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für den jüngsten EMCare-Fall eingereicht worden ist**
 - Die Einrichtung übermittelt das Benachrichtigungsschreiben, wie zuvor unter Zumutbare Anstrengungen - Einleitung von ECAs - Benachrichtigungspflicht erläutert. Falls innerhalb von 30 Tagen nach Versendung des Benachrichtigungsschreibens kein FAA erhalten worden ist, gilt die Auflage der Vornahme zumutbarer Anstrengungen zur Feststellung der FAP-Anspruchsberechtigung als erfüllt. Demzufolge kann die

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 14 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Krankenhauseinrichtung nach Ablauf von 120 Tagen nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mit der Vornahme von ECAs beginnen.

- **Verzichtserklärung** - Unter keinen Umständen darf eine Krankenhauseinrichtung von Patienten eine mündliche oder schriftliche Verzichtserklärung, nach der ein Patient keinen Antrag auf finanzielle Unterstützung stellen möchte, akzeptieren, um damit die Auflage zu erfüllen, zumutbare Anstrengungen im Sinne dieser Richtlinie unternommen zu haben.
- **Zulässige besondere Beitreibungsmaßnahmen** - Nach Vornahme zumutbarer Anstrengungen, zu denen die Benachrichtigungspflicht zählt, um die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung im Sinne der vorangehenden Erläuterungen festzustellen, kann eine Krankenhauseinrichtung (oder ihr Beauftragter) folgende ECAs einleiten, um Zahlung für EMCare zu erlangen:
 - Weiterleitung nachteiliger Informationen an Kreditauskunfteien und/oder Kreditbüros und/oder
 - Lohnpfändung.

Eine Krankenhauseinrichtung nimmt von ECAs gegen einen Patienten Abstand, wenn dieser Belege dafür vorlegt, dass er Gesundheitsversorgung im Rahmen von Medicaid oder anderen staatlich finanzierten Gesundheitsprogrammen beantragt hat, sofern und solange nicht die Anspruchsberechtigung des Patienten für diese Programme festgestellt und jeder verfügbare Versicherungsschutz von Seiten Dritter für die EMCare abgerechnet und bearbeitet worden ist.

- **Zumutbare Anstrengungen - Vereinbarungen mit externen Anbietern** - Von bestimmten Formen des Verkaufs von Schulden abgesehen, die nicht als ECA (wie zuvor definiert) betrachtet werden, geht die Krankenhauseinrichtung im Hinblick auf Verkauf oder Weiterleitung der Schulden eines Patienten gegenüber einer anderen Partei im Zusammenhang mit EMCare eine rechtlich verbindliche Vereinbarung mit dieser Partei ein (und setzt diese je nach den Umständen auch durch). Um der Auflage, zumutbare Anstrengungen zu unternehmen, um die FAP-Anspruchsberechtigung eines Patienten

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 15 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

festzustellen, genüge zu leisten, müssen diese Vereinbarungen zumindest die folgenden Bestimmungen aufweisen:

- Falls der Patient einen (vollständigen oder unvollständigen) FAA nach einer Weiterleitung oder einem Verkauf der Schuld - jedoch vor Ablauf der Antragsfrist - einreicht, hat die Partei ECAs zur Erlangung von Zahlung für EMCare aufzuheben.
- Falls der Patient einen (vollständigen oder unvollständigen) FAA nach einer Weiterleitung oder einem Verkauf der Schuld - jedoch vor Ablauf der Antragsfrist - einreicht und als FAP-anspruchsberechtigt für die EMCare anerkannt wird, hat die Partei in zeitnaher Form wie folgt vorzugehen:
 - ✓ Die in der Vereinbarung und dieser Richtlinie vorgeschriebenen Verfahren beachten, mit denen sichergestellt wird, dass der Patient der Partei und der Krankenhauseinrichtung zusammengenommen keine höheren Beträge zahlt, als er für die EMCare als FAP-anspruchsberechtigter Patient zu zahlen hat, und auch keine entsprechende Verpflichtung eingeht.
 - ✓ Je nach Sachlage - falls sie selbst (anstelle der Krankenhauseinrichtung) über die Möglichkeit verfügt - alle vernünftigerweise zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergreifen, um die ECAs (außer Verkauf von Schulden) rückgängig zu machen, die gegen den Patienten eingeleitet worden sind.
- Falls der Dritt-Vertragsnehmer die Schuld während der Antragsfrist an eine weitere Partei (die vierte Partei) weiterleitet oder verkauft, besorgt die Drittpartei eine schriftliche Zusage von dieser weiteren Partei in Bezug auf alle in diesem Abschnitt erläuterten Elemente.
- **Zumutbare Anstrengungen - Übermittlung von Unterlagen in elektronischer Form -** Eine Krankenhauseinrichtung kann hierin angesprochene schriftliche Mitteilungen oder Kommunikationen in elektronischer Form (etwa per E-Mail) an jeden Patienten übermitteln, der angibt, den Erhalt schriftlicher Mitteilungen in elektronischer Form zu bevorzugen.

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 16 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Kundenbetreuung

Während des Abrechnungs- und Inkassoverfahrens leisten Krankenhauseinrichtungen qualitativ hochwertige Kundenbetreuung, indem sie folgende Richtlinien implementieren:

- Krankenhauseinrichtungen setzen einen Null-Toleranz-Standard für beleidigende, belästigende, anstößige, trügerische oder irreführende Sprache oder Verhaltensweisen von Seiten ihrer Angestellten.
- Krankenhauseinrichtungen sorgen für straffe Abläufe in Bezug auf Patientenfragen und/oder Meinungsverschiedenheiten, was eine gebührenfreie Telefonnummer für Patienten/Garanten und eine offizielle Geschäftsstellenadresse einschließt, an die sich schriftlich gewendet werden kann. Diese Informationen werden kontinuierlich in allen versandten Patientenrechnungen und Inkassoaufstellungen aufgeführt.
- Nach Erhalt einer Kommunikation von einem Patienten (ob telefonisch oder schriftlich) ruft das Personal von Krankenhauseinrichtungen Patienten/Garanten so früh wie möglich zurück (spätestens jedoch zwei Geschäftstage nach Eingang des Telefonanrufs) und beantwortet schriftliche Korrespondenz innerhalb von 30 Tagen.
- Krankenhauseinrichtungen bewahren Aufzeichnungen von (mündlichen oder schriftlichen) Patientenbeschwerden auf, die für Prüfungen zur Verfügung stehen.

Entscheidungen über finanzielle Unterstützung

- **Bearbeitung von Anträgen** - Die CHI-Werte Menschenwürde und Verantwortung werden im Antragsverfahren, in der Bewertung der finanziellen Situation und in der Gewährung von Unterstützung widerspiegelt.
 - Anträge auf finanzielle Unterstützung werden umgehend bearbeitet, und Krankenhauseinrichtungen benachrichtigen den Patienten bzw. Antragsteller in schriftlicher Form innerhalb von 30 Tagen nach Eingang eines vollständigen Antrags.

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:

14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 17 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- Krankenhauseinrichtungen führen keine Feststellung der Anspruchsberechtigung aus, wenn sie Grund zu der Annahme haben, dass die zugrundeliegenden Informationen falsch oder unzuverlässig sind oder durch den Einsatz von Zwangsmitteln erlangt wurden.
- Falls die Anspruchsberechtigung auf der Basis eines ausgefüllten Antrags festgestellt worden ist, wird dem Patienten für die Zukunft während eines Zeitraums von sechs Monaten ab dem Feststellungsdatum finanzielle Unterstützung gewährt. Finanzielle Unterstützung wird außerdem für alle den Anspruchskriterien entsprechenden Rechnungen gewährt, die auf Leistungen beruhen, die in den sechs Monaten vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden.
- Falls ein Patient als mutmaßlich anspruchsberechtigt anerkannt wird, wird ihm finanzielle Unterstützung für einen Zeitraum von sechs Monaten gewährt, der am Tag der Festlegung der mutmaßlichen Anspruchsberechtigung endet. Im Ergebnis wird finanzielle Unterstützung für alle den Anspruchskriterien entsprechenden Rechnungen gewährt, die auf Leistungen beruhen, die in den sechs Monaten vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden. Der mutmaßlich anspruchsberechtigte Patient erhält keine finanzielle Unterstützung für EMCare, die nach dem Feststellungsdatum geleistet wird, ohne Bearbeitung eines FAA oder erneute Feststellung einer mutmaßlichen Anspruchsberechtigung.
- Falls die Anspruchsberechtigung für von einer Krankenhauseinrichtung angebotene finanzielle Unterstützung abgelehnt wird, kann ein Patient oder Garant stets erneut einen Antrag stellen, wenn sich die Einkommens- oder Statusverhältnisse geändert haben. Ein FAA kann ebenfalls erneut für spätere Leistungsdaten eingereicht werden, wenn die jüngste Entscheidung über finanzielle Unterstützung mehr als sechs Monate zurückliegt.
- Patienten/Garanten können von einer Krankenhauseinrichtung im Fall einer Meinungsverschiedenheit über die Anwendung dieser Richtlinie oder der FAP eine Überprüfung des Vorgangs verlangen. Patienten/Garanten, denen finanzielle Unterstützung verwehrt worden ist, können ferner die Entscheidung über ihre Anspruchsberechtigung anfechten. Streitigkeiten und Anfechtungen können per Anruf unter 979-299-2882 oder Kontaktaufnahme mit der Zentrale für finanzielle Unterstützung eingereicht werden:

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

Abrechnung und Inkasso

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

Seite 18 von 19

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

- Die Begründung für die Streitigkeit oder Anfechtung muss in Schriftform vorliegen und innerhalb von sechs Monaten nach der Erfahrung des Patienten, die die Streitigkeit ausgelöst hat, oder der Benachrichtigung von der Entscheidung über den Anspruch auf finanzielle Unterstützung vorgelegt werden.
- Die Krankenhauseinrichtung verschiebt Entscheidungen über FAP-Anspruchsberechtigung nicht deswegen, weil sie zum jeweiligen Zeitpunkt auf das Ergebnis eines Medicaid-Antrags wartet.
- **Präsumtive finanzielle Unterstützung**
 - Zumutbare Anstrengungen hinsichtlich der Feststellung einer FAP-Anspruchsberechtigung sind nicht erforderlich in Fällen, in denen Ansprüche von Patienten auf präsumtive finanzielle Unterstützung anerkannt worden sind.
 - **Ablehnung von Medicaid-Anträgen** - Bei Patienten, die Anspruch auf Teilnahme an Medicaid haben, wird davon ausgegangen, dass Leistungen als reine Wohltätigkeit zu verbuchen sind. Kosten für Tage oder Leistungen, die als Folge einer Medicaid-Ablehnung ausgebucht wurden (außer Medicaid-Ablehnungen im Zusammenhang mit der Rechtzeitigkeit von Abrechnungen, ungenügenden Krankenakten, fehlenden Rechnungen oder Problemen mit Genehmigungen oder Anspruchsberechtigungen), sollten einem bestimmten Code zugewiesen und als Wohltätigkeit verbucht werden.
 - **Beschränkter Medicaid-Versicherungsschutz** - Einige Medicaid-Pläne bieten Versicherungsschutz für eine begrenzte bzw. beschränkte Aufstellung von Leistungen. Wenn ein Patient für Medicaid anspruchsberechtigt ist, können Kosten für Tage oder Leistungen, die nicht von der Krankenversicherung des Patienten erfasst werden, ohne bearbeiteten FAA als Wohltätigkeit ausgebucht werden. Hiervon sind keine Umlagen (Share of Cost, SOC) oder andere von Patienten zu tragende Beträge, wie etwa Selbstbehalte oder Zuzahlungen, erfasst, da diese Kosten vom betreffenden Staat als Beträge festgelegt worden sind, die der Patient zu zahlen hat, bevor er für Medicaid anspruchsberechtigt ist. Das Gesundheitsministerium (Health and Human Services, HSS) benutzt den Begriff „Spend Down“ statt Umlagen.

Verantwortlichkeit

GEGENSTAND DER RICHTLINIE:

Abrechnung und Inkasso

Seite 19 von 19

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
14.03.12

*Alle drei Jahre von der
Geschäftsleitung zu überprüfen*

ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19

Letztlich ist die Leitung der CHI-Ertragsbuchhaltung für die Entscheidung darüber verantwortlich, ob eine Krankenseinrichtung zumutbare Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob ein Patient für finanzielle Unterstützung anspruchsberechtigt ist. Dieses Organ verfügt über die abschließende Entscheidungsgewalt darüber, ob die Krankenhausorganisation in dieser Richtlinie erläuterte ECAs einleiten kann.

VERWANDTE RICHTLINIE

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

GEÄNDERT

- 08.03.16 (Inkrafttreten 01.07.16)