

COMMONSPIRIT HEALTH GOVERNANCE-RICHTLINIE

BETREFF: Rechnungsstellung und Inkasso

DATUM DES INKRAFTTRETENS:
wird noch bekannt gegeben

RICHTLINIENNUMMER: Finanzen G-004

**URSPRÜNGLICHES DATUM DES
INKRAFTTRETENS:**
1. Juli 2021

RICHTLINIE

Ziel dieser Richtlinie ist es, klare und einheitliche Leitlinien für die Durchführung von Abrechnungs-, Inkasso- und Forderungsbeitreibungsmaßnahmen bereitzustellen, die die Einhaltung von Abschnitt 501(r) des US-Steuergesetzes (Internal Revenue Code, IRC) sowie der geltenden Inkassogesetze und -vorschriften fördern und gleichzeitig die Patientenzufriedenheit sowie die Effizienz gewährleisten.

Diese Richtlinie legt die Umstände dar, unter denen Krankenhauseinrichtungen Inkassomaßnahmen bei überfälligen Patientenrechnungen im Zusammenhang mit der Erbringung von medizinischer Notfallversorgung und medizinisch notwendiger Versorgung (im Folgenden als „EMCare“ bezeichnet) ergreifen, und definiert zulässige Inkassomaßnahmen.

Diese Richtlinie beschreibt die Maßnahmen, die eine Krankenhauseinrichtung ergreifen kann, um im Falle einer Nichtzahlung die Begleichung einer Rechnung für EMCare zu erwirken, einschließlich, aber nicht beschränkt auf alle zulässigen Inkassomaßnahmen.

UMFANG

Diese Richtlinie gilt für CommonSpirit Health sowie für jede ihrer steuerbefreiten direkt verbundenen Unternehmen, steuerbefreiten hundertprozentigen Tochtergesellschaften und alle anderen Tochtergesellschaften, an denen CommonSpirit nicht zu hundert Prozent beteiligt ist, oder sonstigen verbundenen Unternehmen, die durch Vertrag oder in ihren Gründungsdokumenten ausdrücklich verpflichtet sind oder für die vorgesehen ist, dass diese Tochtergesellschaft(en) oder Unternehmen die Richtlinien und Verfahren von CommonSpirit einhalten müssen (konforme Unternehmen), und die eine Krankenhauseinrichtung betreiben (im Einzelnen als „CommonSpirit-Krankenhausunternehmen“ und gemeinsam als „CommonSpirit-Krankenhausunternehmen“ bezeichnet).

Es gehört zur Unternehmenspolitik von CommonSpirit, bei der Durchführung von Inkasso- und Beitreibungsmaßnahmen die höchsten Standards in Bezug auf Ethik und Integrität einzuhalten und die Inkassoprotokolle zu befolgen, um allen Patienten der CommonSpirit-Krankenhausunternehmen in jeder einzelnen Krankenhauseinrichtung eine faire Behandlung zu gewährleisten.

PRINZIPIEN

Nachdem Patienten der CommonSpirit -Krankenhausunternehmen Leistungen in Anspruch genommen haben, stellen die Krankenhäuser den Patienten, Bürgern und den zuständigen Kostenträgern die Rechnungen korrekt und zeitnah aus.

Im Rahmen dieses Abrechnungs- und Inkassoprozesses werden unsere Mitarbeiter einen hochwertigen Kundenservice bieten und zeitnah nachfassen; alle ausstehenden

Forderungen werden unter Einhaltung aller geltenden Gesetze und Vorschriften bearbeitet. Darüber hinaus sehen die Werte von CommonSpirit vor, dass alle Menschen mit Respekt und Mitgefühl behandelt werden.

CommonSpirit hat bestimmte Inkassomaßnahmen als unvereinbar mit den Unternehmenswerten von CommonSpirit eingestuft und deren Anwendung zu jeder Zeit untersagt.

ANWENDUNG

A. Diese Richtlinie gilt für:

- Alle Kosten für EMCare-Leistungen, die in einer Krankenhauseinrichtung von einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen erbracht werden.
- Alle Kosten für EMCare-Leistungen, die von einem Arzt oder einer medizinischen Fachkraft mit erweiterter Zuständigkeit erbracht werden, die bei einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen angestellt ist, sofern diese Leistungen innerhalb einer Krankenhauseinrichtung erbracht werden.
- Alle Kosten für EMCare-Leistungen, die von einem Arzt oder einer medizinischen Fachkraft mit erweiterter Zuständigkeit erbracht werden, die bei einer im Wesentlichen verbundenen Einrichtung angestellt ist, und die innerhalb einer Krankenhauseinrichtung anfallen.
- Nicht abgedeckte medizinisch notwendige Leistungen, die Patienten erbracht werden, wobei der Patient die Kosten selbst tragen muss, beispielsweise Kosten für Tage, die über die maximale Aufenthaltsdauer hinausgehen, oder in Fällen, in denen die Leistungsansprüche des Patienten ausgeschöpft sind.
- Alle Inkasso- und Beitreibungsmaßnahmen, die von der Krankenhauseinrichtung oder einem beauftragten Anbieter von Abrechnungs- und Inkassodienstleistungen (Designated Supplier) oder deren externen Inkassobeauftragten eines Krankenhausunternehmens durchgeführt werden, um die oben beschriebenen ausstehenden Beträge für EMCare einzuziehen.
Alle Vereinbarungen mit Dritten, die solche Inkasso- und Beitreibungsmaßnahmen regeln, müssen eine Bestimmung enthalten, die die Einhaltung dieser Richtlinie vorschreibt und eine Freistellung für Schäden vorsieht, die aus deren Nichteinhaltung resultieren. Dies umfasst unter anderem Vereinbarungen zwischen Dritten, die Forderungen der Krankenhauseinrichtung anschließend verkaufen oder weitervermitteln.

B. Koordination mit anderen Gesetzen

Die Gewährung finanzieller Unterstützung sowie die Rechnungsstellung und das Inkasso von Patientenrechnungen können derzeit oder in Zukunft zusätzlichen Vorschriften gemäß Bundes-, Landes- oder Kommunalgesetzen unterliegen. Dieses Gesetz gilt, solange es strengere Anforderungen stellt als diese Richtlinie. Für den Fall, dass ein später verabschiedetes Landes- oder Kommunalgesetz in direktem Widerspruch zu dieser Richtlinie steht, ist es das CommonSpirit-Krankenhausunternehmen gestattet, nach Rücksprache mit dem Vertreter des lokalen CommonSpirit-Rechtsteams, der Leitung der Umsatzzyklus- und Steuerabteilung von CommonSpirit vor dem nächsten Überprüfungszyklus der Richtlinie einen Nachtrag zu dieser Richtlinie zu verabschieden, der die minimalen Änderungen an dieser Richtlinie enthält, die zur Einhaltung aller

geltenden Gesetze erforderlich sind.

PRINZIPIEN

Mithilfe von Rechnungsbescheiden, schriftlichem Schriftverkehr und Telefonaten werden die CommonSpirit-Krankenhausunternehmen sich nach Kräften bemühen, Patienten und Bürgen über ihre finanziellen Verpflichtungen und die verfügbaren Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung zu informieren sowie bei ausstehenden Forderungen mit den Patienten und Bürgen in Kontakt zu bleiben.

Als katholische Gesundheitsdienstleister sind die CommonSpirit-Krankenhausunternehmen dazu aufgerufen, den Bedürfnissen von Patienten und anderen Personen, die medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, gerecht zu werden – unabhängig von deren finanzieller Fähigkeit, die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

Schließlich sind die CommonSpirit-Krankenhausunternehmen gemäß Abschnitt 501(c)(3) des US-Steuergesetzes (IRC) als gemeinnützige (d. h. steuerbefreite) Unternehmen anerkannt. Gemäß Abschnitt 501(r) des IRC muss jedes CommonSpirit-Krankenhausunternehmen unter anderem die folgenden Maßnahmen in Bezug auf Patienten ergreifen, die in einer beliebigen Krankenhauseinrichtung EMCare erhalten, um ihre Steuerbefreiung aufrechtzuerhalten:

- Die Beträge, die Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, für EMCare in Rechnung gestellt werden, sind auf höchstens die „Allgemein in Rechnung gestellten Beträge“ (AGB) zu begrenzen, die Personen in Rechnung gestellt werden, deren Versicherung diese Versorgung abdeckt;
- Personen, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, dürfen für alle sonstigen medizinischen Leistungen nur einen Betrag in Rechnung gestellt werden, der unter den Bruttokosten liegt; und
- Es dürfen keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen eingeleitet werden, bevor die Krankenhauseinrichtung angemessene Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob die betreffende Person gemäß der CommonSpirit-Richtlinie „Finance G-003, *finanzielle Unterstützung*“ Anspruch auf Unterstützung hat.

DEFINITIONEN

Unter „**Allgemein in Rechnung gestellten Beträgen**“ (AGB) versteht man den Höchstbetrag, den ein Patient, der gemäß dieser Richtlinie zur finanziellen Unterstützung anspruchsberechtigt ist, persönlich zu tragen hat, nachdem alle Abzüge und Rabatte (einschließlich der im Rahmen dieser Richtlinie gewährten Rabatte) berücksichtigt und etwaige Erstattungen durch Versicherer abgezogen wurden. Keinem Patienten, der Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, werden für die ihm erbrachten EMCare-Leistungen höhere Kosten in Rechnung gestellt als die AGB. CommonSpirit berechnet den AGB auf der Grundlage der einzelnen Einrichtungen unter Anwendung der „Lookback“-Methode, indem die „Bruttokosten“ für alle von CommonSpirit erbrachten EMCare-Leistungen mit den AGB-Prozentsätzen multipliziert werden, die sich auf in der Vergangenheit im Rahmen von Medicare und privaten Versicherungen genehmigte Erstattungsanträge stützen, wie dies im Bundesgesetz festgelegt ist. Unter „Bruttokosten“ sind in diesem Zusammenhang die Beträge zu verstehen, die in der Gebührenliste der jeweiligen Krankenhauseinrichtung für jede EMCare-Leistung aufgeführt sind.

Unter „**Antragsfrist**“ versteht man den Zeitraum, den das CommonSpirit-Krankenhausunternehmen den Patienten zur Verfügung stellt, um den Antrag auf finanzielle Unterstützung auszufüllen. Die Frist endet mit dem späteren der folgenden Zeitpunkte: (i) 365 Tage nach der Entlassung des Patienten aus der Krankenhauseinrichtung oder dem Datum der EMCare-Leistung für den Patienten oder (ii) 240 Tage nach dem Datum der ersten nach der Entlassung ausgestellten Rechnung für die EMCare-Leistung, die bei einer Krankenhauseinrichtung eingegangen ist.

Medizinische Notfallversorgung (EMCare), Gesetz über die medizinische Notfallversorgung und Geburtshilfe (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) – Jeder Patient, der in einer Krankenhauseinrichtung wegen eines medizinischen Notfalls im Sinne von § 1867 des US-Sozialversicherungsgesetzes (42 U.S.C. 1395dd) medizinische Versorgung in Anspruch nimmt, ist ohne Diskriminierung und unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit zu behandeln. Darüber hinaus ist jede Maßnahme untersagt, die Patienten davon abhält, EMCare in Anspruch zu nehmen, einschließlich – jedoch nicht beschränkt auf – die Zulassung von Inkasso- und Beitreibungsmaßnahmen, die die Erbringung von EMCare beeinträchtigen. Krankenhauseinrichtungen müssen zudem alle bundesstaatlichen und landesrechtlichen Vorschriften für die Versorgung bei medizinischen Notfällen einhalten, einschließlich der Anforderungen hinsichtlich der Voruntersuchung, Behandlung und Verlegung gemäß EMTALA sowie gemäß 42 CFR 482.55 (oder einer etwaigen Nachfolgeverordnung). Krankenhäuser sollten sich bei der Feststellung, was einen medizinischen Notfall darstellt, sowie

Datum des Inkrafttretens: noch festzulegen

Seite 4 von 15

Richtlinie zur Rechnungsstellung und zum Inkasso

© Copyright 2021–2026 CommonSpirit Health. Nur für den internen Gebrauch.

bei der Festlegung der jeweils einzuhaltenden Verfahren an den CommonSpirit-EMTALA-Richtlinien, den EMTALA-Vorschriften und den geltenden Teilnahmebedingungen von Medicare/Medicaid orientieren und diese als Leitfaden heranziehen.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (ECAs) – Die Krankenhauseinrichtung wird keine ECAs gegen eine Person einleiten, bevor sie angemessene Anstrengungen unternommen hat, um die Anspruchsberechtigung gemäß dem FAP der Krankenhauseinrichtung festzustellen. Eine ECA kann jede der folgenden Maßnahmen umfassen, die im Rahmen der Bemühungen um die Begleichung einer Rechnung für Pflegeleistungen ergriffen werden:

- Verkauf der Forderung gegenüber einer Person an einen Dritten, sofern dies nicht ausdrücklich durch Bundesrecht geregelt ist; und
- Meldung negativer Informationen über die betreffende Person an Verbraucherauskunfteien.

ECAs umfassen keine Pfandrechte, die eine Krankenhauseinrichtung nach Landesrecht an den Erlösen aus einem Urteil, einem Vergleich oder einer Einigung geltend machen kann, die einer Person (oder deren Vertreter) aufgrund von Personenschäden zustehen, für die die Einrichtung die Behandlung übernommen hat.

Unter „**finanzieller Unterstützung**“ versteht man die Unterstützung für Patienten, für die die vollständige Begleichung der zu erwartenden Eigenanteile für die in einer Krankenhauseinrichtung erbrachten EMCare-Leistungen eine finanzielle Härte darstellen würde und die die Anspruchsvoraussetzungen für eine solche Unterstützung erfüllen. Versicherten Patienten wird finanzielle Unterstützung in dem Umfang gewährt, der gemäß dem Vertrag mit ihrem Krankenversicherer zulässig ist.

Unter „**Richtlinie zur finanziellen Unterstützung**“ (Financial Assistance Policy, FAP) ist die CommonSpirit-Governance-Richtlinie „Finanzen G-003, *Finanzielle Unterstützung*“ zu verstehen, in der das Programm zur finanziellen Unterstützung von CommonSpirit beschrieben wird, einschließlich der Kriterien, die Patienten bzw. Bürgen erfüllen müssen, um Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu haben, sowie des Verfahrens, nach dem Einzelpersonen finanzielle Unterstützung beantragen können.

Unter „**Bürge**“ versteht man eine Person, die rechtlich für die Begleichung der Rechnung des Patienten haftet.

Unter „**Krankenhauseinrichtung**“ (oder „Einrichtung“) ist eine Gesundheitseinrichtung zu verstehen, die gemäß den Vorschriften eines Bundesstaats als Krankenhaus zugelassen, registriert oder in ähnlicher Weise anerkannt sein muss und die von einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen betrieben wird. Im Zusammenhang mit der Durchführung von Abrechnungs- und Inkassotätigkeiten kann der Begriff „Krankenhauseinrichtung“ auch einen benannten Anbieter umfassen.

Unter „**medizinisch notwendiger Versorgung**“ versteht man jede Maßnahme, die (von einem Leistungserbringer) nach vernünftigem Ermessen als notwendig erachtet wird, um eine Erkrankung, Krankheit, Verletzung oder Leiden, das lebensbedrohlich ist, Leiden oder Schmerzen verursacht, zu Krankheit oder Gebrechlichkeit führt, eine Behinderung zu verursachen oder zu verschlimmern droht oder eine körperliche Deformität oder

Datum des Inkrafttretens: noch festzulegen

Seite 5 von 15

Richtlinie zur Rechnungsstellung und zum Inkasso

© Copyright 2021–2026 CommonSpirit Health. Nur für den internen Gebrauch.

Funktionsstörung verursacht, oder zur Verbesserung der Funktion eines missgebildeten Körperteils dient, sofern keine andere ebenso wirksame, schonendere oder kostengünstigere Behandlungsmethode zur Verfügung steht. Medizinisch notwendige Behandlungen umfassen keine elektiven oder kosmetischen Eingriffe, die ausschließlich der Verbesserung des ästhetischen Erscheinungsbildes eines normalen oder normal funktionierenden Körperteils dienen.

Unter „**Benachrichtigungsfrist**“ versteht man ist der Zeitraum von 120 Tagen zu verstehen, der an dem Tag beginnt, an dem die Krankenhauseinrichtung die erste Abrechnung nach der Entlassung für EMCare vorlegt.

Eine Einrichtung wird während des Meldezeitraums von der Durchführung einer ECA absehen, es sei denn, es wurden angemessene Anstrengungen unternommen, um festzustellen, ob ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.

Betrieb einer Krankenhauseinrichtung – Eine Krankenhauseinrichtung gilt als betrieben, wenn sie entweder mit eigenen Mitarbeitern betrieben wird oder wenn der Betrieb der Einrichtung an ein anderes Unternehmen vergeben wird. Eine Krankenhauseinrichtung kann auch von einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen betrieben werden, sofern dieses CommonSpirit-Krankenhausunternehmen eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung an einer als Personengesellschaft besteuerten Einheit hält, die eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung direkt betreibt oder eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung indirekt über eine andere, als Personengesellschaft besteuerte Einheit betreibt.

Unter „**vorläufiger finanzieller Unterstützung**“ versteht man die Feststellung der Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung, die sich auf Angaben von Drittanbietern und andere öffentlich zugängliche Informationen stützen kann. Wird festgestellt, dass ein Patient voraussichtlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, führt dies dazu, dass ihm EMCare für den Zeitraum, in dem er voraussichtlich anspruchsberechtigt ist, kostenlos oder zu ermäßigten Konditionen zur Verfügung steht. Siehe auch „Vorläufige Anspruchsberechtigung“ in der CommonSpirit-Governance-Richtlinie „Finanzen G-003, *Finanzielle Unterstützung*“.

Unter einer „**im Wesentlichen verbundenen Einheit**“ ist im Zusammenhang mit einem CommonSpirit-Krankenhausunternehmen eine Einheit zu verstehen, die für Zwecke der Bundessteuer als Personengesellschaft behandelt wird und an der das Krankenhausunternehmen eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung hält, oder eine als durchtransparent behandelte Einheit, deren einziges Mitglied oder Eigentümer des Krankenhausunternehmens ist und die EMCare in einer staatlich zugelassenen Krankenhauseinrichtung erbringt, es sei denn, die Erbringung dieser Versorgung stellt für das Krankenhausunternehmen ein nicht verbundenes Gewerbe oder Geschäft im Sinne von § 513 der US-Steuergesetzgebung (IRC) dar.

Die **Aussetzung von ECAs bei Einreichung eines Antrags auf finanzielle Unterstützung (FAA)** bedeutet, dass eine Einrichtung (oder eine andere befugte Stelle) keine ECA einleitet oder keine weiteren Maßnahmen in Bezug auf bereits eingeleitete ECAs ergreift, um Zahlungen für EMCare zu erhalten, bis entweder:

- Die Einrichtung hat auf der Grundlage einer vollständigen FAP festgestellt, ob die betreffende Person für die FAP in Frage kommt, und die hierin definierte Anforderung hinsichtlich angemessener Bemühungen in Bezug auf einen ausgefüllten FAA erfüllt;

- oder
- im Falle eines unvollständigen FAA hat die betreffende Person es versäumt, innerhalb einer angemessenen Frist (dreißig (30) Tage), die für die Beantwortung solcher Anfragen eingeräumt wurde, auf Aufforderungen zur Vorlage weiterer Informationen oder Unterlagen zu reagieren.

Als „**nicht versichert**“ gilt eine Person, die über keinen Versicherungsschutz durch einen kommerziellen Drittversicherer, einen ERISA-Plan, ein staatliches Gesundheitsprogramm (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Medicare, Medicaid, SCHIP und TRICARE), eine Arbeitsunfallversicherung oder eine sonstige Unterstützung durch Dritte zur Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen verfügt.

Als „**unterversichert**“ gilt eine Person mit privater oder öffentlicher Krankenversicherung, für die es eine finanzielle Härte darstellen würde, die erwarteten Selbstkosten für EMCare-Leistungen, die unter diese Police fallen, vollständig zu tragen.

ABRECHNUNGSPRAKTIKEN

Die CommonSpirit-Krankenhausunternehmen werden bei der Einziehung von Forderungen im Zusammenhang mit EMCare-Leistungen, die in einer CommonSpirit-Krankenhauseinrichtung erbracht wurden, wie folgt die Standardverfahren befolgen:

A. Versicherungsabrechnung

- Für alle versicherten Patienten werden die Krankenhäuser die entsprechenden Kostenträger (auf der Grundlage der vom Patienten bzw. Bürgen bereitgestellten oder bestätigten Informationen oder auf der Grundlage von Informationen, die aus anderen Quellen ordnungsgemäß überprüft wurden) zeitnah in Rechnung stellen.
- Wird ein ansonsten berechtigter Anspruch vom Kostenträger aufgrund eines Fehlers einer Krankenhauseinrichtung abgelehnt (oder nicht bearbeitet), stellt die Krankenhauseinrichtung dem Patienten keinen Betrag in Rechnung, der über den Betrag hinausgeht, den der Patient hätte zahlen müssen, wenn der Kostenträger den Anspruch beglichen hätte.
- Wird ein ansonsten berechtigter Anspruch von einem Kostenträger aufgrund von Faktoren, die außerhalb der Kontrolle der Krankenhauseinrichtung liegen, abgelehnt (oder nicht bearbeitet), werden die Mitarbeiter je nach Situation mit dem Kostenträger und dem Patienten Kontakt aufnehmen, um die Klärung des Anspruchs zu erleichtern. Sollte nach angemessenen Nachverfolgungsmaßnahmen keine Lösung erzielt werden, können die Krankenhauseinrichtungen dem Patienten die Kosten in Rechnung stellen oder andere Maßnahmen ergreifen, die mit den Verträgen der Kostenträger im Einklang stehen.

B. Patientenabrechnung

- Alle Patienten/Bürger erhalten im Rahmen des üblichen Abrechnungsprozesses der Krankenhauseinrichtung eine Rechnung direkt und fristgerecht sowie eine Abrechnung.
- Bei versicherten Patienten stellen die Krankenhäuser den Patienten bzw. den Bürgen,

nachdem die Forderungen von allen verfügbaren Kostenträgern bearbeitet wurden, zeitnah die jeweiligen Selbstbeteiligungsbeträge in Rechnung, die sich aus den Versicherungsleistungen ergeben.

- Alle Patienten/Bürgen können jederzeit eine detaillierte Abrechnung ihrer Rechnungen anfordern, die von der Krankenhauseinrichtung bereitgestellt wird.
- Wenn ein Patient seine Rechnung beanstandet und Unterlagen zu dieser Rechnung anfordert, werden die Mitarbeiter die angeforderten Unterlagen (sofern möglich) innerhalb von zehn (10) Tagen schriftlich zur Verfügung stellen und die Forderung mindestens dreißig (30) Tage lang zurückhalten, bevor sie an ein Inkassounternehmen weitergeleitet wird.
- Krankenhäuser müssen Ratenzahlungsvereinbarungen für Patienten bzw. Bürgen genehmigen, die angeben, dass sie möglicherweise Schwierigkeiten haben, ihren Restbetrag in einer einzigen Rate zu begleichen.
- Die Leitung der Umsatzzyklus-Abteilung ist befugt, bei besonderen Umständen (gemäß den Betriebsabläufen) von Fall zu Fall Ausnahmen von dieser Bestimmung zu gewähren.
- Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, vom Patienten initiierte Zahlungsvereinbarungen zu akzeptieren, und können Forderungen, wie nachstehend beschrieben, an ein externes Inkassounternehmen weiterleiten, falls der Patient einen vereinbarten Zahlungsplan nicht einhält.

C. Inkassopraktiken

- Alle Inkassomaßnahmen, die von der Einrichtung, einem benannten Lieferanten oder deren externen Inkassobeauftragten durchgeführt werden, erfolgen in Übereinstimmung mit allen bundesstaatlichen und Landesgesetzen, die die Praktiken im Bereich Inkasso regeln.
- Alle Patienten/Bürgen haben die Möglichkeit, sich bezüglich finanzieller Unterstützung, Ratenzahlungsoptionen und anderer einschlägiger Programme, die im Zusammenhang mit ihren Rechnungen möglicherweise zur Verfügung stehen, an die Krankenhauseinrichtung zu wenden, wie in Anhang A vorgesehen.
 - Die FAP einer Krankenhauseinrichtung steht kostenlos zur Verfügung.
 - Personen, die Fragen zur FAP einer Krankenhauseinrichtung haben, können sich telefonisch oder persönlich an die Finanzberatungsstelle wenden.
- In Übereinstimmung mit den einschlägigen bundesstaatlichen und landesweiten Gesetzen sowie gemäß den in dieser Richtlinie dargelegten Bestimmungen dürfen Krankenhäuser Inkassomaßnahmen, einschließlich zulässiger ECA-Maßnahmen, ergreifen, um ausstehende Patientensalden einzuziehen.
 - Zu den allgemeinen Inkassomaßnahmen können Telefonanrufe, Zahlungsaufforderungen und sonstige angemessene Maßnahmen gemäß den branchenüblichen Praktiken gehören.
 - Forderungen gegenüber Patienten können nach Ermessen der Einrichtung und unter Einhaltung aller geltenden bundesstaatlichen, landesweiten und kommunalen Antidiskriminierungsvorschriften zum Inkasso an einen Dritten weitergeleitet werden. Die Einrichtung behält das Eigentumsrecht an allen Forderungen, die an Inkassounternehmen weitergeleitet werden, und Patientenrechnungen werden nur unter den folgenden Voraussetzungen zum Inkasso weitergeleitet:

- Es bestehen begründete Anhaltspunkte dafür, dass der Patient die Schulden hat.
- Alle vom Patienten bzw. Bürgen unverzüglich und rechtzeitig benannten Drittzahler, denen die Kosten ordnungsgemäß in Rechnung gestellt wurden, sowie die verbleibende Restschuld liegen in der finanziellen Verantwortung des Patienten. Krankenhäuser dürfen einem Patienten keine Beträge in Rechnung stellen, zu deren Zahlung die Versicherungsgesellschaft oder ein Dritter verpflichtet ist.
- Die Krankenhausverwaltung wird Forderungen nicht an ein Inkassounternehmen weiterleiten, solange eine Zahlung für die betreffende Forderung durch einen Drittzahler noch aussteht. Forderungen, die trotz Bemühungen um eine Klärung über einen unangemessen langen Zeitraum hinweg beim Drittzahler den Status „in Bearbeitung“ behalten, können jedoch als „abgelehnt“ neu eingestuft werden.
- Krankenhäuser leiten Forderungen nicht an Inkassounternehmen weiter, wenn der Versicherungsanspruch aufgrund eines Fehlers des Krankenhauses abgelehnt wurde. Eine Krankenhauseinrichtung kann jedoch den auf den Patienten entfallenden Teil solcher Forderungen weiterhin zum Inkasso weiterleiten, sofern dieser unbezahlt bleibt.
- Krankenhäuser werden Forderungen nicht an ein Inkassounternehmen weiterleiten, wenn der Patient zunächst finanzielle Unterstützung beantragt hat und das Krankenhaus in Bezug auf diese Forderung noch keine angemessenen Anstrengungen (wie nachstehend definiert) unternommen hat.
- Nach Erhalt einer Bescheinigung über die Entlastung aus der Insolvenz werden die CommonSpirit-Krankenhausunternehmen alle Inkassomaßnahmen einstellen, einschließlich der Beauftragung eines Inkassounternehmens.
Nach Erhalt der Benachrichtigung wird der Patient/Schuldner in keiner Weise kontaktiert, weder durch Telefonanrufe noch durch Briefe oder Abrechnungen. Jegliche Kommunikation muss, sofern erforderlich, mit dem Treuhänder oder dem für den Fall zuständigen Rechtsanwalt erfolgen.
- Keine Einrichtung darf eine ausstehende Selbstzahlerrechnung an ein externes Inkassounternehmen weiterleiten, solange der Patient oder der Bürge die in der CommonSpirit-Governance-Richtlinie „Finanzen G-003, *Finanzielle Unterstützung*“ definierten Standards zur Patientenkooperation einhält.

ANGEMESSENE BEMÜHUNGEN UND AUSSERORDENTLICHE INKASSOMASSNAHMEN

Bevor Krankenhäuser ECA-Maßnahmen einleiten, um Zahlungen im Rahmen von EMCare zu erhalten, müssen sie angemessene Anstrengungen unternehmen, um festzustellen, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat.

In keinem Fall wird ein ECA-Verfahren vor Ablauf von 120 Tagen (oder einem längeren Zeitraum, sofern dies nach geltendem Recht erforderlich ist) ab dem Datum eingeleitet, an dem die Einrichtung die erste Abrechnung nach der Entlassung vorlegt (d. h. während der Benachrichtigungsfrist), es sei denn, es wurden alle zumutbaren Anstrengungen unternommen.

Datum des Inkrafttretens: noch festzulegen

Seite 9 von 15

Richtlinie zur Rechnungsstellung und zum Inkasso

© Copyright 2021–2026 CommonSpirit Health. Nur für den internen Gebrauch.

Die folgenden Szenarien beschreiben die angemessenen Maßnahmen, die eine Einrichtung ergreifen muss, bevor sie ECA-Maßnahmen durchführt.

A. Durchführung von ECA-Maßnahmen – Benachrichtigungspflicht

- Im Zusammenhang mit jeder in der Einrichtung erbrachten EMCare-Leistung muss ein Patient vor Beginn einer ECA über die hierin beschriebene FAP informiert werden. Die Benachrichtigungspflicht ist wie folgt:
 - **Benachrichtigungsschreiben** – Die Krankenhauseinrichtung informiert den Patienten über die FAP, indem sie ihm mindestens dreißig (30) Tage vor Beginn einer ECA eine schriftliche Mitteilung (Benachrichtigungsschreiben) zukommen lässt.

Das Benachrichtigungsschreiben muss:

 - eine einfache Zusammenfassung der FAP enthalten;
 - darauf hinweisen, dass für berechtigte Personen finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht; und
 - die ECA(s) angeben, die die Krankenhauseinrichtung (oder eine andere befugte Stelle) einzuleiten beabsichtigt, um die Zahlung für EMCare zu erwirken, falls der fällige Betrag nicht beglichen wird oder eine FAA nicht vor Ablauf einer festgelegten Frist eingereicht wird, die frühestens am letzten Tag des Antragszeitraums endet.
 - **Mündliche Benachrichtigung** – In Verbindung mit der Zustellung des Benachrichtigungsschreibens wird die Krankenhauseinrichtung versuchen, den Patienten während des Aufnahmeprozesses mündlich darüber zu informieren, wie er im Rahmen des FAP Unterstützung erhalten kann, wobei die vom Patienten angegebene aktuellste Telefonnummer verwendet wird. Dieser Versuch wird zeitgleich dokumentiert.
 - **Benachrichtigung bei mehreren Behandlungsfällen** – Die Krankenhauseinrichtung kann dieser Benachrichtigungspflicht für mehrere EMCare-Behandlungsfälle gleichzeitig nachkommen und die betroffene Person über die ECA-Maßnahmen informieren, die die Einrichtung einleiten beabsichtigt, um die Begleichung mehrerer ausstehender Rechnungen für EMCare zu erwirken. Sollte eine Einrichtung jedoch die ausstehenden Rechnungen einer Person für mehrere EMCare-Behandlungsphasen zusammenfassen, bevor sie ein oder mehrere ECA-Verfahren einleitet, um die Begleichung dieser Rechnungen zu erwirken, hat sie keine angemessenen Anstrengungen unternommen, um festzustellen, ob die Person Anspruch auf die FAP hat, es sei denn, sie sieht von der Einleitung des bzw. der ECA-Verfahren ab, bis 120 Tage nach Erhalt der ersten Abrechnung nach der Entlassung für die jüngste in der Zusammenfassung enthaltene EMCare-Behandlungsphase vergangen sind.

B. Angemessene Bemühungen, wenn ein Patient eine unvollständige FAA einreicht

- Die Krankenhauseinrichtung wird alle bereits gegen den Patienten bzw. den Bürger eingeleiteten ECA-Maßnahmen aussetzen, bis über die Berechtigung zur finanziellen

Unterstützung entschieden wurde.

- Die Krankenhauseinrichtung wird dem Patienten eine schriftliche Mitteilung mit einer Liste der erforderlichen Unterlagen zukommen lassen, die der Patient oder der Bürge vorlegen muss, damit die FAA als vollständig gilt, und dem Patienten eine Frist von dreißig (30) Tagen zur Vorlage der erforderlichen Informationen einräumen. Die Mitteilung enthält die Kontaktdaten, einschließlich der Telefonnummer und des Standorts der Einrichtung oder der Abteilung innerhalb der Einrichtung, die Auskünfte erteilen und bei der Erstellung der FAA behilflich sein kann.

C. Angemessene Anstrengungen bei Einreichung einer ausgefüllten FAA

- Reicht ein Patient während des Antragszeitraums eine vollständig ausgefüllte FAA ein, muss die Krankenhauseinrichtung:
 - alle ECAs aussetzen, um die Zahlung für die EMCare zu erhalten.
 - Stellen Sie fest, ob die betreffende Person für das EMCare-Programm im Rahmen der FAP anspruchsberechtigt ist, und teilen Sie ihr diese Entscheidung über die Anspruchsberechtigung (einschließlich, falls zutreffend, der Unterstützung, auf die sie Anspruch hat) sowie die Gründe für diese Entscheidung schriftlich mit.
 - Stellt die Krankenhauseinrichtung fest, dass die betreffende Person im Rahmen des EMCare-Programms Anspruch auf die FAP hat, muss die Krankenhauseinrichtung Folgendes tun:
 - Erstattet der betreffenden Person alle Beträge, die sie für EMCare gezahlt hat (unabhängig davon, ob diese an die Krankenhauseinrichtung oder an eine andere Partei gezahlt wurden, an die die Krankenhauseinrichtung die Forderung der betreffenden Person im Zusammenhang mit EMCare abgetreten oder verkauft hat), die den Betrag übersteigen, für dessen Zahlung sie als FAP-berechtigte Person persönlich verantwortlich ist.
 - Ergreifen Sie alle zumutbaren Maßnahmen, um eine ECA rückgängig zu machen, einschließlich der Löschung aller negativen Einträge, die an eine Auskunft oder ein Kreditinformationsbüro gemeldet wurden, aus der Kreditauskunft der betreffenden Person.
 - Sollte die Krankenhauseinrichtung feststellen, dass die betreffende Person nicht im Rahmen des FAP-Programms für EMCare anspruchsberechtigt ist, hat die Einrichtung angemessene Anstrengungen unternommen und kann die zulässigen ECA-Maßnahmen ergreifen.

D. Angemessene Bemühungen, wenn innerhalb von neunzig (90) Tagen nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung für den letzten EMCare-Aufenthalt keine FAA eingereicht wird

- Die Einrichtung wird das Benachrichtigungsschreiben gemäß den Ausführungen unter „Angemessene Bemühungen – Durchführung von ECAs – Benachrichtigungspflicht“

versenden. Sollte innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Versand des Benachrichtigungsschreibens keine FAA eingegangen sein, gilt die Verpflichtung, angemessene Anstrengungen zur Feststellung der FAP-Berechtigung zu unternehmen, als erfüllt.

Somit darf die Krankenhauseinrichtung 120 Tage nach der ersten Abrechnung nach der Entlassung mit den gemäß dieser Richtlinie zulässigen ECA-Maßnahmen beginnen.

- **Verzichtserklärung** – Unter keinen Umständen akzeptiert eine Krankenhauseinrichtung von einer Person eine mündliche oder schriftliche Verzichtserklärung, wonach diese Person keine finanzielle Unterstützung beantragen möchte, um die in dieser Richtlinie beschriebenen Anforderungen hinsichtlich der Erbringung angemessener Anstrengungen zu erfüllen.

E. Zulässige außerordentliche Inkassomaßnahmen

- Nachdem eine Krankenhauseinrichtung (oder eine andere befugte Stelle) angemessene Anstrengungen unternommen hat – wozu auch die Benachrichtigungspflicht gehört –, um die Anspruchsberechtigung auf finanzielle Unterstützung wie oben beschrieben festzustellen, kann sie die folgenden ECA-Maßnahmen ergreifen, um eine Zahlung für EMCare zu erwirken:
 - Verkauf der Forderung gegenüber einer Person an einen Dritten, sofern dies nicht ausdrücklich durch Bundesrecht geregelt ist; und
 - Meldung negativer Informationen über die betreffende Person an Verbraucherauskunfteien.

Eine Krankenhauseinrichtung wird von der Erhebung von ECA-Gebühren gegenüber einem Patienten absehen, wenn dieser Nachweise vorlegt, dass er einen Antrag auf Krankenversicherungsschutz im Rahmen von Medicaid oder anderen staatlich geförderten Gesundheitsprogrammen gestellt hat, es sei denn oder bis die Anspruchsberechtigung der betreffenden Person für solche Programme festgestellt wurde und etwaige verfügbare Leistungen Dritter für die EMCare in Rechnung gestellt und abgerechnet wurden.

F. Angemessene Anstrengungen – Vereinbarungen mit Dritten

- Im Hinblick auf den Verkauf oder die Abtretung von Forderungen einer Person im Zusammenhang mit EMCare an eine andere Partei (mit Ausnahme jener Forderungsverkäufe, die gemäß den Bestimmungen der Finanzverwaltung der US-Steuerbehörde (IRS) nicht als ECA gelten) wird die Krankenhauseinrichtung eine rechtsverbindliche schriftliche Vereinbarung mit der betreffenden Partei abschließen und, soweit zutreffend, durchsetzen.

Um der Verpflichtung nachzukommen, angemessene Anstrengungen zur Feststellung der FAP-Berechtigung einer Person zu unternehmen, müssen diese Vereinbarungen mindestens die folgenden Bestimmungen enthalten:

 - Reicht die betreffende Person nach der Abtretung oder dem Verkauf der Forderung, jedoch vor Ablauf der Antragsfrist, eine FAA ein (unabhängig davon, ob dieser vollständig oder unvollständig ist), so wird die betreffende Partei die ECAs aussetzen, um die Zahlung für EMCare zu erwirken.
 - Reicht die betreffende Person nach der Abtretung oder dem Verkauf der

Forderung, jedoch vor Ablauf der Antragsfrist, eine FAA ein (unabhängig davon, ob dieser vollständig oder unvollständig ist) und wird festgestellt, dass sie für das EMCare-Programm im Rahmen des FAP-Programms berechtigt ist, so hat die betreffende Partei unverzüglich folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- sich an die in der Vereinbarung und dieser Richtlinie festgelegten Verfahren zu halten, damit die betreffende Person weder an die Vertragspartei noch an die Krankenhauseinrichtung insgesamt mehr zahlt oder zur Zahlung verpflichtet ist, als sie als FAP-berechtigte Person für EMCare zu zahlen hat.
 - Sofern zutreffend und sofern die betreffende Partei (und nicht die Krankenhauseinrichtung) dazu befugt ist, ergreifen Sie alle zumutbaren Maßnahmen, um etwaige gegen die betroffene Person ergriffene ECA-Maßnahmen (mit Ausnahme des Verkaufs einer Forderung) rückgängig zu machen.
- Sollte der externe Auftragnehmer die Forderung während des Antragszeitraums an eine nachfolgende Partei (die vierte Partei) abtreten oder verkaufen, muss der externe Auftragnehmer von dieser nachfolgenden Partei eine schriftliche Vereinbarung einholen, die alle in diesem Abschnitt beschriebenen Elemente enthält.
 - Der externe Auftragnehmer muss angemessene Anstrengungen unternehmen, um gemeinsam mit einem Patienten, der ausstehende Rechnungen hat, eine Lösung für dessen Zahlungsangelegenheit zu finden. Aggressive oder unethische Inkassopraktiken werden nicht toleriert.

G. Angemessene Anstrengungen – Elektronische Bereitstellung von Dokumenten

- Eine Krankenhauseinrichtung kann alle hierin beschriebenen schriftlichen Mitteilungen oder Benachrichtigungen in elektronischer Form (beispielsweise per E-Mail) an jede Person übermitteln, die angibt, dass sie den Erhalt der schriftlichen Mitteilung oder Benachrichtigung in elektronischer Form bevorzugt.

UNTERLAGEN ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG

A. Anfragen bearbeiten

- Die Werte von CommonSpirit – Menschenwürde und verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen – sollen sich im Antragsverfahren, bei der Feststellung der finanziellen Bedürftigkeit und bei der Gewährung von Unterstützung widerspiegeln.
- Anträge auf finanzielle Unterstützung sind unverzüglich zu bearbeiten, und die Krankenhauseinrichtungen haben den Patienten oder Antragsteller innerhalb von dreißig (30) bis sechzig (60) Tagen nach Eingang eines vollständig ausgefüllten Antrags schriftlich zu benachrichtigen.
- Eine Krankenhauseinrichtung trifft keine Entscheidung über die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage von Informationen, bei denen sie Grund zu der Annahme hat, dass diese falsch oder unzuverlässig sind oder durch Zwangsmaßnahmen erlangt wurden.

- Wird die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage des Ausfüllens einer FAA genehmigt, erhält der Patient finanzielle Unterstützung für alle anspruchsberechtigten Forderungen, die für Leistungen entstanden sind, die zwölf (12) Monate vor dem Datum der Entscheidung erbracht wurden, sowie prospektiv für einen Zeitraum von sechs (6) Monaten ab dem Datum der Entscheidung.
- Wird die Anspruchsberechtigung auf der Grundlage der Kriterien für die vorläufige Anspruchsberechtigung genehmigt, gilt die finanzielle Unterstützung auch für alle anspruchsberechtigten Forderungen, die für Leistungen entstanden sind, die zwölf (12) Monate vor dem Datum der Feststellung in Anspruch genommen wurden. Die Person mit vorläufiger Anspruchsberechtigung erhält keine finanzielle Unterstützung für EMCare-Leistungen, die nach dem Datum der Feststellung erbracht wurden, sofern keine FAA gestellt oder keine neue Feststellung der vorläufigen Anspruchsberechtigung vorgenommen wurde.
- Wird die Berechtigung für eine von einer Krankenhauseinrichtung angebotene finanzielle Unterstützung abgelehnt, kann ein Patient oder ein Bürge einen erneuten Antrag stellen, sobald sich das Einkommen oder der Status wesentlich geändert hat.
- Patienten bzw. Bürgen können im Falle von Streitigkeiten bezüglich der Anwendung dieser Richtlinie oder der FAP eine Überprüfung durch eine Krankenhauseinrichtung beantragen.
Patienten/Bürgen, denen finanzielle Unterstützung verweigert wurde, können gemäß Anhang A ebenfalls gegen die Entscheidung über ihre Anspruchsberechtigung Widerspruch einlegen.
- Die Begründung für den Einspruch oder die Beschwerde muss schriftlich erfolgen und innerhalb von drei (3) Monaten nach der Entscheidung über den Anspruch auf finanzielle Unterstützung eingereicht werden.
- Die Krankenhauseinrichtung wird die Entscheidung über die FAP-Berechtigung zurückstellen, da sie auf die Ergebnisse eines Medicaid-Antrags wartet.

B. Voraussichtliche finanzielle Unterstützung

- Es sind keine angemessenen Anstrengungen zur Feststellung der FAP-Berechtigung erforderlich, wenn eine Person als berechtigt für eine vorläufige finanzielle Unterstützung eingestuft wird.
- **Medicaid** – Medicaid-Patienten, die medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht von der Versicherung abgedeckt sind, kommen für eine vorläufige finanzielle Unterstützung in Betracht. In bestimmten Fällen kann eine finanzielle Unterstützung bereits vor dem Datum des Inkrafttretens von Medicaid bewilligt werden.

VERANTWORTUNG

Die Leitung der Umsatzzyklus-Abteilung von CommonSpirit trägt letztendlich die Verantwortung dafür, zu entscheiden, ob eine Krankenhauseinrichtung angemessene Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat. Dieses Gremium hat zudem die endgültige Entscheidungsbefugnis darüber, ob die Krankenhausorganisation eine der in dieser Richtlinie beschriebenen ECA-Maßnahmen durchführen darf.

VERWEISE

CommonSpirit-Richtlinie zur Unternehmensführung Finanzen G-003, *Finanzielle Unterstützung*

JÄHRLICHE GENEHMIGUNG

VOM VERWALTUNGSRAT VON COMMONSPIRIT HEALTH GENEHMIGT: 26. Juni 2024, noch festzulegen