



Richtlinie für Patientenkredite und Inkasso	RC-002
Penn State Health Ertragszyklus	Gültig ab: Oktober 2023

UMFANG UND ZWECK *Das Dokument gilt für die Personen und Verfahren an den unten angegebenen Einrichtungen von Penn State Health:*

<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Shared Services	<input type="checkbox"/>	Penn State College of Medicine
<input checked="" type="checkbox"/>	Milton S. Hershey Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – Akademische Praxisabteilung (Academic Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	St. Joseph Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Medical Group – Öffentliche Praxisabteilung (Community Practice Division)
<input checked="" type="checkbox"/>	Holy Spirit Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Penn State Health Life Lion, LLC
<input checked="" type="checkbox"/>	Hampden Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	Pennsylvania Psychiatric Institute – ab Dez. 23
<input checked="" type="checkbox"/>	Lancaster Medical Center		

GRUNDSATZERKLÄRUNG

Zur Bereitstellung klarer und einheitlicher Richtlinien für die Durchführung von Abrechnungs-, Inkasso- und Beitreibungsfunktionen in einer Weise, welche die Einhaltung der Vorschriften, die Zufriedenheit der Patienten und die Effizienz fördert. Anhand von Abrechnungen, Schriftverkehr und Telefonanrufen unternimmt die Abteilung für Umsatzzyklen (Revenue Cycle Department) des Penn State Health (PSH) umfangreiche Anstrengungen, die Patienten bzw. Bürgen über ihre finanziellen Verpflichtungen und die verfügbaren Finanzhilfsoptionen zu informieren und mit den Patienten/Bürgern bezüglich ausstehender Rechnungen in Kontakt zu bleiben, um Transparenz während des finanziellen Kontinuums der Versorgung zu gewährleisten. Diese Richtlinie steht im Einklang mit den Anforderungen von Abschnitt 501(r) des internen Umsatzkodex und dem „Gesetz gegen Überraschungen“ („No Surprises Act“) des Gesetzes zu konsolidierten Zuwendungen (Consolidated Appropriations Act), 2021.

Gilt für Registrierung, Fakturierung und Finanzberater

DEFINITIONEN

Allgemeine in Rechnung gestellter Betrag (Amounts Generally Billed, AGB) Definition: Der allgemeine in Rechnung gestellte Betrag AGB bzw. die Begrenzung für Bruttoaufwendungen wird von PSH nachträglich in Übereinstimmung mit der endgültigen Vorschrift der Bundessteuerbehörde (Internal Revenue Service, IRS) zu den 501(r)-Anforderungen berechnet. PSH verwendet diese Methode, die durchschnittliche Zahlung aller von privaten Krankheitsversicherern und Medicare beglichenen Ansprüchen zu berechnen. Den Anspruchsberechtigten wird für die Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlung maximal der allgemeine Verrechnungssatz berechnet. PSH stellt auf Wunsch ein kostenloses Exemplar der Berechnung des aktuellen AGB zur Verfügung. Dies darf nicht mit der finanziellen Unterstützung für Minderbemittelte (Zahlungshilfeprogramm) verwechselt werden, die bei Genehmigung des Zahlungshilfeprogramms (Financial Assistance Program, FAP) der Person zu 100 % gewährt wird.

Übergabe an Inkassounternehmen: Externe Inkassounternehmen werden mit der Einziehung von uneinbringlichen Forderungen beauftragt. Bei Uneinbringlichkeit wird eine Forderung erst dann abgeschrieben, wenn die Einziehung der Forderung durch das primäre oder sekundäre Inkassounternehmen neun Monate lang erfolglos war.

Saldofakturierung – überraschende Rechnungen: Penn State Health hat sich in Übereinstimmung mit der Bundesgesetzgebung, dem „No Surprises Act“, verpflichtet, Patienten vor überraschenden Rechnungen zu schützen, die sie erhalten würden, wenn die Penn State Health-Einrichtung oder der Gesundheitsdienstleister, von dem sie versorgt werden, außerhalb des Leistungsbereichs ihrer Krankenversicherung liegt. Berechnet ein Gesundheitsdienstleister oder eine Einrichtung außerhalb des Versorgungsnetzes dem Patienten die Differenz zwischen dem Betrag, den die Krankenkasse zu zahlen bereit ist, und dem vollen Betrag, den der Anbieter oder die Einrichtung außerhalb des Versorgungsnetzes für eine Leistung berechnet, so spricht man von „Saldofakturierung“. „Überraschende Rechnungen“ sind Saldoabrechnungen. Das Gesetz „No Surprises Act“ schützt Patienten davor, eine höhere Rechnung zu erhalten, wenn sie eine Notfallversorgung bei einem Anbieter oder einer Einrichtung außerhalb des Versicherungsnetzes in Anspruch nehmen, oder wenn ein Anbieter außerhalb des Versicherungsnetzes den Patienten in einem zum Versicherungsnetz gehörenden Krankenhaus behandelt. Liegt eine Einrichtung oder ein Leistungserbringer von Penn State Health außerhalb des Versicherungsnetzes, wird Penn State Health keine Saldoabrechnung für abgedeckte Notfalldienste oder poststationäre Leistungen stellen.

Rechnungsaufstellung/Abrechnung: Eine Rechnung für erbrachte Leistungen. Hierbei kann es sich um eine Zusammenfassung von Leistungen oder eine detaillierte Rechnung mit allen ausstehenden Zahlungen für einzelne Leistungen handeln.

Datum der Leistung (Date of Service, DOS):

- DOS stationär – Tag der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus.
- DOS ambulant – Tag, an dem eine ambulante medizinische Leistung am Patienten erbracht wird.

Diagnosedienste: Dienste oder Verfahren zur Ermittlung der Ursache einer Krankheit oder Störung. Die diagnostische medizinische Versorgung umfasst die Behandlung oder Diagnose von Beschwerden des Patienten durch die Überwachung eines bestehenden Problems, die Untersuchung neuer Symptome oder die Nachverfolgung von Testbefunden. Durch die Diagnosedienste erfahren die medizinischen Dienstleister die Ursachen und den Schweregrad der Erkrankung eines Patienten.

Wahlleistungen oder Verfahren: Leistungen oder Verfahren, die nach ärztlicher Einschätzung seitens PSH nicht medizinisch notwendig sind.

Medizinischer Notfall – Ein Krankheitsbild, das sich in akuten Symptomen oder in einem solchen Schweregrad äußert (einschließlich starker Schmerzen), dass ein umsichtiger Laie mit durchschnittlichen medizinischen Kenntnissen vernünftigerweise davon ausgehen würde, dass ohne sofortige medizinische Versorgung die Gesundheit des Betroffenen (oder im Falle einer Schwangerschaft die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet ist oder dass die Körperfunktionen oder ein Organ oder Körperteil in ihrer Funktion ernsthaft beeinträchtigt sind.

Notfallversorgung: Die medizinische Versorgung eines Patienten mit einem bedrohlichen Krankheitsbild gemäß folgender Definition:

- Ein Krankheitsbild, das sich durch akute Symptome in einem solchen Schweregrad (starke Schmerzen, psychische Störungen bzw. Symptome von Drogenmissbrauch usw.) äußert, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung vernünftigerweise von Folgendem auszugehen ist:
 - Die Gesundheit des Patienten (oder im Falle einer Schwangerschaft die der Frau oder des ungeborenen Kindes) ist ernsthaft gefährdet oder
 - Körperfunktionen sind ernsthaft beeinträchtigt oder
 - Organe oder Körperteile sind ernsthaft in ihrer Funktion beeinträchtigt.

- Dass bei einer schwangeren Frau, bei der die Wehen eingesetzt haben, nicht mehr genug Zeit bleibt, sie vor der Entbindung sicher in ein Krankenhaus zu überführen, oder dass die Überführung eine Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit der Frau oder des ungeborenen Kindes darstellt.

Bürge: Die Person, welche die finanzielle Verantwortung für die Patientenrechnung übernimmt. Bei Volljährigen oder für volljährig erklärten Minderjährigen ist üblicherweise der Patient selbst der Bürge. Kinder unter 18 Jahren werden im Allgemeinen nicht als Bürgen aufgeführt. Alle für einen Minderjährigen erbrachten Leistungen werden dem sorgeberechtigten Elternteil oder dem rechtlichen Vormund in Rechnung gestellt, es sei denn, der Minderjährige wurde für volljährig erklärt.

Medizinisch notwendig: Bezeichnet medizinische Leistungen, die ein Leistungserbringer nach umsichtigem klinischen Ermessen an einem Patienten zur Vorbeugung, Beurteilung, Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, Verletzung oder ihrer Symptome erbringen würde. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- Die medizinischen Leistungen stimmen mit allgemein anerkannten medizinischen Standards überein.
 - Für diese Zwecke bezeichnen „allgemein anerkannte medizinische Standards“, Standards, die auf glaubwürdigen wissenschaftlichen Beweisen basieren, die in generell von der relevanten medizinischen Gemeinschaft anerkannten medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden oder in sonstiger Weise mit den in den Richtlinien zur klinischen Beurteilung festgelegten Standards übereinstimmen.
- Sie sind klinisch angemessen, insofern es Art, Häufigkeit, Ausmaß, Standort und Dauer betrifft, und sie gelten als wirksam für die Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten.
- Sie dienen nicht in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten, Arztes oder eines sonstigen Leistungserbringers und kosten nicht mehr als alternative Leistungen, die mindestens ebenso wahrscheinlich zu gleichwertigen therapeutischen oder diagnostischen Ergebnissen für die Diagnose oder Behandlung der Krankheit, Verletzung oder Erkrankung des Patienten führen.
- Leistungen, Produkte oder Verfahren, die sich noch in klinischer Erprobung befinden oder versuchsweise eingesetzt werden, kommen von Fall zu Fall in Betracht.

Nicht abgedeckte oder experimentelle Leistungen/Verfahren: Leistungen oder Verfahren, für die Folgendes gilt:

- Experimentelle bzw. im Prüfstadium befindliche Leistungen/Verfahren – medizinische Leistungen, Verfahren oder Medikamente, die nicht zur allgemeinen Anwendung zugelassen sind, die jedoch in klinischen Versuchen bezüglich ihrer Sicherheit und Wirksamkeit erprobt werden. Experimentelle und im Prüfstadium befindliche Leistungen, Verfahren oder Medikamente dienen der Diagnose von Krankheiten oder anderen Beschwerden oder der Heilung, Linderung, Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten.
 - Während die Behandlungsprotokolle für experimentelle und im Prüfstadium befindliche Leistungen entwickelt werden, wird die Ertragszyklusabteilung der PSH mit den Kostenträgern zusammenarbeiten, um die medizinische Notwendigkeit zu erklären.
- Nicht abgedeckte Leistungen/Verfahren – medizinische Leistungen oder Verfahren, die von der Krankenversicherung des Patienten nicht abgedeckt werden.

Patientenverantwortung: Fällige Rechnungsbeträge, zu deren Zahlung der Patient oder Bürge verpflichtet ist (kein dritter Kostenträger).

- Aufschub medizinischer Versorgung – PSH kann Leistungen bzw. Behandlungen (mit Ausnahme von Notfällen) an Patienten aufschieben, die sich wiederholt geweigert haben, zumutbare Patientenverantwortung für erhaltene Versorgungsleistungen zu übernehmen (Versorgungsleistungen nach dem Gesetz zu medizinischer Notfallbehandlung und Arbeit (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) sind hiervon ausgenommen).

Allgemeinmedizinische oder fachärztliche Versorgung: Leistungen oder Verfahren, die für Patienten erbracht werden, welche das Krankenhaus zum Zweck einer nicht notärztlichen bzw. nicht dringenden medizinischen Versorgung aufsuchen oder die nach erreichter Stabilisierung oder nach einem medizinischen Notfall eine zusätzliche Versorgung benötigen. Bei der allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Versorgung handelt es sich entweder um eine hausärztliche Versorgung oder um im Voraus geplante medizinische Maßnahmen.

Dringende Versorgung: Die Versorgung eines Patienten mit einem Krankheitsbild ohne Gefahr für Leib und Leben und ohne die Gefahr dauerhafter Schäden, das aber dennoch der unverzüglichen Versorgung und Behandlung – gemäß Definition der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) innerhalb von 12 Stunden – bedarf, um Folgendes zu vermeiden:

- ernsthafte Gefährdung des Lebens des Patienten oder ernsthafte Beeinträchtigungen oder Funktionsverluste oder
- wahrscheinlicher Eintritt von Krankheiten oder Verletzungen, die gemäß der Definition in diesem Dokument als Notfall zu behandeln wären.

ERKLÄRUNGEN ZU RICHTLINIEN UND VERFAHREN

PSH verfolgt die Zahlung der Außenstände von Patienten einheitlich ohne Ansehen von ethnischer Zugehörigkeit, Muttersprache, Geschlecht, Alter, Religion, Bildungsstand, Arbeitsplatz, Studentenstatus, Veranlagung, Beziehung, Versicherungsschutz, gesellschaftlichem Status oder jeglichen weiteren diskriminierenden Unterscheidungsmerkmalen.

Allen Bürgen/Patienten werden ein zumutbarer Zeitrahmen sowie Informationen zum Verständnis ihrer Zahlungsverpflichtung zur Verfügung gestellt. Nach Möglichkeit informiert PSH den Patienten oder Bürgen (mit Ausnahme von Notfällen) vor der Erbringung von Leistungen über den Umfang ihrer finanziellen Verpflichtungen. Mit Ausnahme von Notfällen (nach ärztlichem Ermessen seitens PSH) kann PSH Leistungen aufschieben oder absagen, wenn ein Patient vor einer Wahlleistung nicht fähig oder willens ist, die Ermittlung der persönlichen finanziellen Umstände zu unterstützen. Patienten haben die Möglichkeit, eine finanzielle Unterstützung gemäß **FAP-Richtlinien PFS-051/PFS-053** zu beantragen.

Die Klärung der finanziellen Umstände umfasst die Mitwirkung und Erfüllung bei allen für eine reibungslose finanzielle Abwicklung erforderlichen Prozessen. Dazu gehören unter anderem:

- Versicherungsnachweis
- Korrekte persönliche Angaben
- Begleichung aller anfallenden Zahlungen (z. B. Patientenzahlung, Mitversicherung, Eigenanteil an den Versicherungsleistungen sowie von der Versicherung nicht übernommene Leistungen)
- Kooperation mit der Zahlungsberatung (Financial Counselors) von PSH bei der Beantragung von Drittleistungen oder finanzieller Unterstützung
- Zahlung von Außenständen für bereits von PSH erhaltene medizinische Leistungen

Sollte PSH die für die Klärung der finanziellen Umstände benötigten Informationen nicht erhalten, kann dies dazu führen, dass die Forderung gegen die betreffende Person an ein externes Inkassounternehmen übergeben wird.

Abrechnung mit Versicherungen:

Die Krankenversicherung des Patienten ist ein Vertrag zwischen dem Patienten, dem Versicherer und/oder dem Arbeitgeber des Patienten. Penn State Health ist nicht Teil dieses Vertrags. PSH hält sich gegebenenfalls an das Gesetz „No Surprises Act“.

Folgendes liegt in der Verantwortung des Patienten:

- Der Patient muss sich darüber informieren, ob für einen Arztbesuch eine Überweisung erforderlich ist.
- Der Patient muss sich bei der Versicherung darüber informieren, ob die verordneten Untersuchungen durch die Versicherung gedeckt sind.
- Der Patient muss sich bei der Versicherung darüber informieren, welche Versicherungsleistungen getragen werden und welche Zuzahlungen oder Eigenanteile zu leisten sind.
- Der Patient muss die „No Surprises“-Rechnungsmittelteilung und die Zustimmungserklärung erhalten und/oder unterschreiben.
- Der Patient muss zu den Arztterminen die notwendigen Unterlagen mitbringen.
- Der Patient muss bei der Anfechtung abschlägiger Bescheide mit unserer Geschäftsstelle kooperieren.

Nach dem Erbringen der medizinischen Leistung wird jeder zumutbare Versuch unternommen, den Anspruch des Patienten bei der angegebenen Versicherung oder dem dritten Kostenträger (gemäß Angaben des Patienten bzw. Verantwortlichen oder verlässlichen Informationen aus anderer Quelle) zeitnah geltend zu machen.

- Wenn ein ansonsten gültiger Anspruch aufgrund eines Fehlers seitens PSH abgelehnt (oder nicht bearbeitet) wird, stellt PSH dem Patienten nur die Beträge in Rechnung, die er bei Zahlung durch den Kostenträger geschuldet hätte.
- Bei Ablehnung (oder Nichtbearbeitung) eines ansonsten gültigen Anspruchs aufgrund von Umständen, die nicht von PSH zu verantworten sind, bemühen sich die Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit dem Kostenträger und dem Patienten (wie angemessen), eine Klärung des Anspruchs herbeizuführen.
- Wenn sich nach zumutbaren Anstrengungen keine Klärung herbeiführen lässt, kann PSH die Leistungen dem Patienten in Rechnung stellen oder andere Maßnahmen in Übereinstimmung mit den Kostenträgerverträgen treffen.
- Wenn der behandelnde Arzt (i) mit der Verweigerung der Kostenübernahme durch einen Kostenträger wegen unzureichender medizinischer Notwendigkeit nicht einverstanden ist, (ii) die Gründe für die medizinische Notwendigkeit der Leistungen in der Patientenakte dokumentiert und (iii) ggf. alle verwaltungstechnischen Versuche zur Vorabgenehmigung beim Kostenträger ausgeschöpft hat, kann PSH dem Patienten für die nicht abgedeckten Leistungen oder Verfahren einen Selbstzahlerrabatt in Höhe des AGB-Rabatts anbieten.

Abrechnung mit Patienten:

Nach der Abwicklung des Versicherungsanspruchs durch den Kostenträger noch ausstehende Beträge werden dem Patienten bzw. Verantwortlichen auf Grundlage des Leistungsverzeichnisses in Rechnung gestellt.

Ist keine Versicherung oder kein dritter Kostenträger bekannt, geht die Rechnung direkt an den Patienten. In diesem Fall gilt der Patient als Selbstzahler. Unabhängig vom jeweiligen Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß FAP-Richtlinie berechnet PSH seinen nicht versicherten Patienten für Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlungen maximal den AGB.

Selbstzahler erhalten Informationen über die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung bei PSH. Siehe Richtlinien **PFS-051/PFS-053 zur finanziellen Unterstützung**.

- PSH geht davon aus, dass alle Bürger/Patienten alle zumutbaren und ernsthaften Anstrengungen zur Bezahlung der von PSH erbrachten Leistungen unternehmen.
- Des Weiteren muss der Patient oder Bürge dafür sorgen, dass PSH über die vollständigen und korrekten persönlichen Daten verfügt. Geschieht dies nicht, können unter Umständen außerordentliche Inkassomaßnahmen ergriffen werden.

Die folgenden Abschnitte umreißen die Erwartungen an den Patienten.

Finanzielle Verantwortung des Patienten für planmäßige medizinische Leistungen:

- Wenn bei der Terminvergabe oder Anmeldung festgestellt wird, dass der Patient keine oder nur eine eingeschränkte Krankenversicherung hat, wird er an die Zahlungsberatung verwiesen.
 - Auf Anfrage erhalten Patienten dort einen Kostenvoranschlag.
 - Wenn ein Patient angibt, den veranschlagten Betrag nicht bezahlen zu können, versucht die Zahlungsberatung zu ermitteln, ob der Patient bzw. der Bürge staatliche Hilfe oder finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen kann.
 - Sofern Patienten staatliche Hilfe oder finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen können, werden sie über die entsprechenden Möglichkeiten zur Beantragung informiert.
 - Es liegt in der Verantwortung der betreffenden Patienten, PSH die für den Antrag erforderlichen finanziellen Informationen mitzuteilen.
 - Patienten, die finanzielle Unterstützung durch PSH beantragen, müssen alle Informationen bereitstellen, die zum Nachweis ihrer mangelnden Zahlungsfähigkeit erforderlich sind.
 - Medizinisch nicht notwendige Leistungen können aufgeschoben oder abgesagt werden, wenn Patienten sich unkooperativ verhalten oder nicht in der Lage sind, PSH die erforderlichen Informationen zum Nachweis der mangelnden Zahlungsfähigkeit oder des Bedarfs an finanzieller Unterstützung zu beschaffen.
 - Die medizinische Notwendigkeit wird von den Leistungserbringern von PSH festgestellt. Siehe hierzu auch die Definition von „medizinisch notwendig“ im Abschnitt „Definitionen“ dieses Dokuments.
 - Die Zahlungsberater setzen sich mit den Leistungserbringern in Verbindung, um weitere Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten und der Notwendigkeit sofortiger Versorgung zu erhalten. Es werden nur solche Leistungen aufgeschoben oder abgesagt, die nach ärztlicher Einschätzung durch PSH nicht medizinisch notwendig sind; siehe Verfahrensanleitung für finanzielle Risiken.
 - Medizinisch notwendige Leistungen werden weiterhin von PSH erbracht; parallel dazu unterstützt die Zahlungsberatung die Patienten aktiv dabei, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.
 - Für Patienten ohne Anrecht auf staatliche Hilfe oder finanzielle Unterstützung kann ein monatlicher Ratenzahlungsplan erstellt werden.
 - Wenn die erforderlichen Informationen für die Erstellung eines monatlichen Ratenzahlungsplans nicht bereitgestellt werden, kann dies dazu führen, dass die Forderung gegen die betreffende Person an ein externes Inkassounternehmen übergeben wird.
 - Patienten mit Auslandsadresse: Grundsätzlich verlangt Penn State Health von Patienten mit einer ausländischen Versicherung, dass alle fälligen Beträge zum

Zeitpunkt der Leistungserbringung gezahlt werden, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt. Bei Notfällen ist das Personal angehalten, alle erforderlichen Informationen aufzunehmen, damit dem Patienten alle erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt werden können.

Nach der Erbringung der Leistungen werden die entsprechenden (Selbstzahler-)Beträge der Bürge in Rechnung gestellt. Im Folgenden werden die Grundsätze für die Rechnungsstellung dargelegt.

Rechnungen

- Eine Rechnung über im Krankenhaus bzw. von einem Arzt erbrachte Leistungen wird dem Patienten bzw. Verantwortlichen in mindestens vier aufeinander aufbauenden 30-tägigen Abrechnungszeiträumen zugesandt.
- Alle Bürge/Patienten können jederzeit auf Anfrage eine Forderungsaufstellung erhalten.
- Wenn ein Patient bzw. Bürge Einspruch gegen eine fällige Forderung erhebt und Belege zu einer Rechnung verlangt, reagieren unsere Mitarbeiter zeitnah, und die Forderung wird für mindestens 30 Tage zurückgestellt, bevor Inkassomaßnahmen ergriffen werden.
- Mitarbeiter der Ertragszyklusabteilung oder entsprechend beauftragter Firmen nehmen gegebenenfalls während des Abrechnungszeitraums Verbindung mit dem Patienten bzw. Bürge auf (telefonisch, per Mahnschreiben, Post oder E-Mail), um die fälligen Beträge einzuziehen oder Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung zu prüfen. Die Bemühungen um den Einzug der ausstehenden Beträge werden auf dem Patientenkonto im Abrechnungssystem erfasst. Es werden alle zumutbaren Anstrengungen unternommen, hinsichtlich der ausstehenden Beträge mit dem Bürge bzw. dem Patienten Verbindung aufzunehmen.
- Auf der letzten Rechnungsaufstellung wird angegeben, dass die Forderung gegebenenfalls einem externen Inkassounternehmen übergeben wird, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Schreibens eine Zahlung erfolgt.
- Bei Patienten oder Bürge, die nach Einschätzung von PSH aktiv mit der Abteilung für finanzielle Leistungen für Patienten (Patient Financial Services) oder einem entsprechend beauftragten Unternehmen hinsichtlich finanzieller Unterstützung kooperieren, werden die Forderungen nicht an ein Inkassounternehmen übergeben.
- Während Patienten bzw. Bürge aktiv mit der PSH-Abteilung für finanzielle Leistungen für Patienten oder einem entsprechend beauftragten Unternehmen kooperieren und ihr Antrag auf finanzielle Unterstützung in Bearbeitung ist, werden weiterhin Rechnungen an sie ausgestellt.
- PSH erfüllt die Anforderungen aus Abschnitt 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.
- PSH erfüllt die Anforderungen des Gesetzes „No Surprises Act“.

Der Patient bzw. Bürge ist dazu verpflichtet, in gutem Glauben zu handeln und zumutbare Anstrengungen zu unternehmen, die von PSH erbrachten Leistungen zu bezahlen. Für Patienten, die keine staatliche Hilfe beantragen möchten, die die Voraussetzungen für finanzielle Unterstützung nicht erfüllen oder deren Einkommen oberhalb der Grenze liegt und die Unterstützung bei der Bezahlung von Leistungen benötigen, kann auf Anfrage ein Zahlungsplan erstellt werden. Im Folgenden werden die Grundsätze für die Erstellung von Zahlungsplänen dargelegt.

Zahlungspläne

- Für Patienten bzw. Bürgen, die ihre Rechnungen nicht vollständig bezahlen und keine finanzielle Hilfe in Anspruch nehmen können, bietet PSH die Möglichkeit eines Zahlungsplans an.
- Der Zahlungsplan basiert auf dem noch fälligen Betrag und sollte innerhalb eines zumutbaren Zeitraums im Ermessen der PSH-Leitung (6 bis 24 Monate) abbezahlt werden. Siehe die [Grundsätze für Zahlungspläne](#).
- Patienten ohne formelle Vereinbarung eines Zahlungsplans mit PSH müssen damit rechnen, dass über externe Inkassounternehmen weitere Beträge eingefordert werden.
- Es werden pünktliche monatliche Zahlungen erwartet.
- Eine Forderung ist überfällig, wenn der Patient bzw. Bürge die vereinbarte monatliche Rate nicht spätestens 30 Tage nach dem Rechnungsdatum zahlt. Überfällige Forderungen werden gegebenenfalls an externe Inkassounternehmen übergeben.

Wenn ein Patient/Bürge im Vorfeld weiß, dass eine Zahlung nicht geleistet werden kann, sowie bei einer Veränderung des Haushaltseinkommens, besteht die Möglichkeit, finanzielle Hilfe zu beantragen; siehe **Richtlinien PFS-051/PFS-053 zur finanziellen Unterstützung**.

- Sollte der Patient oder Bürge keine zumutbaren Anstrengungen zur Zahlung fälliger Rechnungen unternehmen, kann PSH entsprechende Inkassomaßnahmen ergreifen, um die ausstehenden Forderungen einzutreiben. Dies kann unter anderem bei Nichtbereitstellung erforderlicher Informationen für den Antrag auf finanzielle Unterstützung oder die Erstellung eines Zahlungsplans erfolgen. Im Folgenden werden die Grundsätze für außerordentliche Inkassomaßnahmen dargelegt.

Außerordentliche Inkassomaßnahmen

- **Externe Inkassounternehmen**: Die Übergabe von Forderungen an externe Inkassounternehmen oder die Ergreifung außerordentlicher Inkassomaßnahmen durch die PSH-Ertragszyklusabteilung (Revenue Cycle Department) erfolgt erst, nachdem zumutbare Anstrengungen unternommen wurden, um festzustellen, ob der Patient finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen kann.
 - 120/240-Tage-Regel: Innerhalb von 120 Tagen muss eine Krankenhauseinrichtung eine Person über das Zahlungshilfeprogramm informieren, und innerhalb von 240 Tagen muss sie deren Antrag auf finanzielle Unterstützung bearbeiten. PSH versendet die Benachrichtigungsschreiben während eines Zeitraums von mindestens 120 Tagen ab dem Datum der ersten Rechnung. Die Krankenhauseinrichtung darf keine außerordentlichen Inkassomaßnahmen (extraordinary collection actions, ECAs) gegen eine Person einleiten, deren Anspruch auf finanzielle Unterstützung nicht vor Ablauf von 120 Tagen nach der ersten Abrechnung im Anschluss an die Entlassung festgestellt wurde.
 - Bei Übergabe an ein Inkassounternehmen werden die entsprechenden Forderungen bereinigt.
 - PSH setzt jegliche außerordentlichen Inkassomaßnahmen gegen Patienten aus, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht haben, unabhängig davon, ob der Antrag vollständig ist oder nicht.
 - Konten, für die keine Zahlungsvereinbarung mit dem Patienten/Schuldner besteht, werden von der Agentur spätestens 730 Tage (zwei Jahre) nach der Übergabe an die betreffende Agentur an PSH zurückgegeben.
 - PSH erfüllt die Anforderungen aus Abschnitt 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.

- **Kreditauskunfteien:** Die externen Inkassounternehmen können die Forderungen bei Kreditauskunfteien melden. Bei der Einziehung von Forderungen halten sich PSH und die externen Inkassounternehmen an die Vorschriften des US-Gesetzes über Inkassopraktiken (Fair Debt Collection Practices Act) und des US-Verbraucherschutzgesetzes (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act) sowie an die 501(r)-Anforderungen.
- **Falsche Anschrift des Bürgen (Bad Guarantor Address, BGA):** PSH unternimmt zumutbare Anstrengungen, auf Patientenrechnungen zu reagieren, die von der Post (United States Post Office, USPS) als unzustellbar zurückgeschickt werden. Forderungen, für die die aktuellen Adressangaben als falsch (BGA) eingestuft werden, können bereits 120 Tage vor der weiteren Bearbeitung als uneinbringliche Forderung an ein externes Unternehmen übergeben werden; außerordentliche Inkassomaßnahmen kommen jedoch erst nach allen erforderlichen Benachrichtigungen zur Anwendung. Mit dieser Richtlinie ist beabsichtigt, die 501(r)-Anforderungen zu erfüllen.
- **Übergabe an einen Rechtsanwalt:** Ab einer gewissen Höhe der ausstehenden Forderungen oder bei wiederholter Nichtzahlung durch den Bürgen bzw. einen dritten Kostenträger leitet PSH gegebenenfalls rechtliche Schritte zur Einziehung der Forderungen an den Patienten ein.
 - Forderungen, für die ein Rechtsverfahren eingeleitet wird, müssen getrennt von uneinbringlichen Forderungen geführt werden, die an ein Inkassounternehmen übergeben werden.
 - Patienten, gegen die rechtliche Schritte eingeleitet werden sollen, erhalten von PSH eine schriftliche Mitteilung.
 - Alle Forderungen mit einer Empfehlung für ein Rechtsverfahren werden innerhalb von 30 Tagen geprüft und bewertet. Während dieses Prüfungszeitraums behält die Forderung den Status „rückständig“ (Accounts Receivable, A/R). Nach der Freigabe für rechtliche Schritte wird die Forderung als uneinbringlich eingestuft.
 - Nach Erhalt eines Gerichtsurteils/Pfandrechts wird die Forderung entsprechend bereinigt und dokumentiert und der Gerichtsbeschluss wird zu den Akten genommen.
 - PSH setzt jegliche ECAs gegen Patienten aus, die einen Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht haben, unabhängig davon, ob der Antrag vollständig ist oder nicht.
 - PSH erfüllt die Anforderungen aus Abschnitt 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.
- **Beendigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses:** Bei Patienten, die in der Zahlung medizinischer Leistungen säumig sind, kann PSH das Arzt-Patienten-Verhältnis beenden. **Medizinisch dringend notwendige Leistungen werden Patienten nicht verwehrt.** Der medizinische Leiter (Medical Director), der Geschäftsführer und der Arzt müssen die Beendigung der medizinischen Versorgung des Patienten einvernehmlich beschließen und die Art der Beendigung festlegen.
 - Säumigkeit bei der Bezahlung von medizinischen Leistungen beinhaltet u. a.:
 - Nichtbegleichung von Rechnungen oder Teilbegleichung mit beträchtlichen Außenständen, obwohl die Fähigkeit zur Zahlung gegeben ist. Es sind Anstrengungen zu unternehmen, Patienten bei der Beantragung finanzieller Unterstützung oder der Erstellung eines zumutbaren Zahlungsplans zu unterstützen; siehe **Richtlinien PFS-051/PFS-053 zur finanziellen Unterstützung**.
 - Verweigerung der Kooperation mit den Mitarbeitern der Ertragszyklusabteilung hinsichtlich der Anmeldung bei entsprechenden Hilfsprogrammen von dritten Kostenträgern.

- **Medicare-Kostenbericht zur Erstattung uneinbringlicher Forderungen:** Richtlinien und Vorschriften gemäß den CMS gesetzlichen Anforderungen für uneinbringliche Medicare-Forderungen werden befolgt.

ZUGEHÖRIGE RICHTLINIEN UND VERWEISE

Mit dieser Richtlinie beabsichtigt PSH, die Richtlinien und Vorschriften gemäß dem „No Surprises Act“, Bundesregister Abschnitt 501(r) und den aufsichtsrechtlichen Anforderungen von CMS für uneinbringliche Medicare-Forderungen zu befolgen.

Siehe Richtlinien PFS-051/PFS-053 zur finanziellen Unterstützung

Richtlinie zur Abweisung von Patienten (135-MGM)

Verfahrensanleitung für finanzielle Risiken

Grundsätze für Zahlungspläne

GENEHMIGUNGEN

Autorisiert von:	Paula Tinch, leitende Vizepräsidentin und Finanzdirektorin
Genehmigt von:	Nicholas Haas, Vizepräsidentin Umsatzzyklus

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERPRÜFUNGEN

Erstellt: 1.1.2008

Überprüft: 5.1.2008, 1.1.2009, 1.7.2009, Februar 2010, Mai 2017, November 2021, Oktober 2022, Oktober 2023

Überarbeitet: 5.1.2008, 10.6.2011 und 1.7.2016 (Ersetzt: Patientenverantwortung Inkassoverfahren Oktober 2006), 15.4.2021, November 2021, Oktober 2022, April 2023, Oktober 2023

2017 Überführung in gemeinsame Richtlinie von Penn State Health – Die folgenden Richtlinien von St. Joseph wurden in die Richtlinie von Penn State Health integriert:

- ADM-CRP-64 – Patientenkredite und Inkassomaßnahmen
 - 1-10 – Inkassoverfahren
 - Verwaltung Nr. 16 – Inkassoverfahren
- 1-3 Patienteninkasso bei uneinbringlichen Forderungen
- 1-4 Uneinbringliche Forderungen/Selbstzahlervergleich
- 2-8 Gerichtlicher Forderungseinzug
- 3-2 Urteil/Pfandrecht
- St. Joseph Professional – Richtlinie für uneinbringliche Forderungen
- St. Joseph Professional – Handhabung von Patienten mit Auslandsadresse
- St. Joseph Professional – Finanzielle Vereinbarung für Operationen und Verfahren
- Central Penn Management Group (CPMG) – Inkassoverfahren bei Selbstzahlern

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITWIRKUNG

Leitende Direktoren des Krankenhausbetriebs und beruflichen Umsatzzyklus; Manager für Patientenverbindung und Finanzberatung