



<b>Richtlinie für Patientenkredite und Inkassomaßnahmen</b>	<b>RC-002</b>
<b>Penn State Health Revenue Cycle (Erlösmanagement)</b>	<b>Gültig ab:</b> Januar 2020

**ZWECK**

Bereitstellung einer Orientierungshilfe zum Ausfüllen der Dokumentvorlage für die Richtlinie.

**ZIELGRUPPE** *Das Dokument gilt für die Personen und Verfahren an den unten angegebenen Stellen von Penn State Health:*

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penn State Health System | <input type="checkbox"/> Penn State College of Medicine |
| <input type="checkbox"/> Milton S. Hershey Medical Center    | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Medical Center    |
| <input type="checkbox"/> Community Medical Group             |   |

**ZWECK**

Festlegung von klaren, einheitlichen Richtlinien für Abrechnungen, Mahnungen und Inkassomaßnahmen bei gleichzeitiger Förderung von Vorschriftstreue, Patientenzufriedenheit und Effizienz. Anhand von Rechnungsaufstellungen, Schriftverkehr und Telefonanrufen unternimmt Penn State Health (PSH) umfangreiche Anstrengungen, die Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen über ihre finanziellen Verpflichtungen und die verfügbaren Hilfsangebote zu informieren und etwaige Zahlungsrückstände gemeinsam mit ihnen zu besprechen. Hierbei wird während der gesamten finanziellen Abwicklung der Versorgung die erforderliche Transparenz gewahrt. Diese Richtlinie entspricht den Anforderungen aus Section 501(r) des US-Bundessteuergesetzes (Internal Revenue Code).

**ZIELGRUPPE**

Mitarbeiter im Bereich Anmeldung, Rechnungsstellung, Zahlungsberatung

**DEFINITIONEN**

**Allgemeiner Verrechnungssatz (Amount Generally Billed, AGB):** Der allgemeine Verrechnungssatz bzw. die Grenze für Bruttogebühren wird von PSH nachträglich in Übereinstimmung mit der endgültigen Vorschrift der Bundessteuerbehörde (Internal Revenue Service, IRS) zu den 501(r)-Anforderungen berechnet. PSH verwendet dieses sogenannte Lookback-Verfahren zur Berechnung der durchschnittlichen Zahlung aller von privaten Gesundheitsversicherern und Medicare beglichenen Ansprüche. 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 allgemeinen Verrechnungssatzes zur Verfügung. Dies darf nicht mit der finanziellen Unterstützung für Minderbemittelte (Zahlungshilfeprogramm) verwechselt werden, die bei Genehmigung des entsprechenden Antrags zu 100 % gewährt wird.

**Übergabe an Inkassounternehmen:** Offene Forderungen werden an ein externes Inkassounternehmen weitergegeben. Bei Uneinbringlichkeit wird eine Forderung erst dann abgeschrieben, wenn die Einziehung der Forderung durch das primäre oder sekundäre Inkassounternehmen neun Monate lang erfolglos war.

**Rechnung/Rechnungsaufstellung:** Rechnung für die erbrachten Leistungen. Hierbei kann es sich um eine Zusammenfassung von Leistungen oder um eine detaillierte Rechnung mit der Aufstellung der Beträge für die einzelnen erbrachten 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.

**Diagnostikleistungen:** Leistungen oder Verfahren zur Ermittlung der Ursache einer Krankheit oder Störung. Die medizinische Versorgung im Bereich Diagnostik umfasst die Behandlung oder Diagnose von Beschwerden des Patienten durch die Überwachung eines bestehenden Problems, die Untersuchung neuer Symptome oder die Nachverfolgung von Testbefunden. Diagnostikleistungen können Aufschluss geben über die Ursachen und den Schweregrad der Erkrankung eines Patienten.

**Wahlleistungen:** 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 (wie starke Schmerzen, psychische Störungen oder Symptome von Drogenmissbrauch usw.) äußert, dass bei Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung vernünftigerweise mit Folgendem zu rechnen 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.

**Zahlungsverantwortliche Person:** Die Person, die die finanzielle Verantwortung für die Patientenrechnung übernimmt. Bei Volljährigen oder für volljährig erklärten Minderjährigen ist üblicherweise der Patient selbst die zahlungsverantwortliche Person. Kinder unter 18 Jahren werden im Allgemeinen nicht als Zahlungsverantwortliche 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 klinischem 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 bedeuten „allgemein anerkannte medizinische Standards“ Prinzipien, 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, Verfahrensweisen 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 der Entwicklung der Behandlungsmethoden für experimentelle und im Prüfstadium befindliche Leistungen wird die medizinische Notwendigkeit von der Abteilung Erlösmanagement von PSH in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern dargelegt.
- Nicht abgedeckte Leistungen/Verfahren – medizinische Leistungen oder Verfahren, die von der Krankenversicherung des Patienten nicht abgedeckt werden.

**Patientenverbindlichkeiten:** Fällige Rechnungsbeträge, zu deren Zahlung die zahlungsverantwortliche Person 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, einen zumutbaren Betrag für erhaltene Leistungen zu begleichen (Versorgungsleistungen nach EMTALA sind hiervon ausgenommen).

**Allgemeinmedizinische oder fachärztliche Versorgung:** Leistungen an Patienten, die das Krankenhaus zum Zweck nicht notärztlicher bzw. nicht dringender medizinischer Versorgung aufsuchen, oder Patienten, die Nachsorge nach erreichter Stabilisierung oder nach einem Notfall 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:

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

## **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 zahlungsverantwortlichen Personen/Patienten werden ein zumutbarer Zeitrahmen sowie Informationen zum Verständnis ihrer Zahlungsverpflichtung zur Verfügung gestellt. Nach Möglichkeit informiert PSH die zahlungsverantwortliche Person (mit Ausnahme von Notfällen) vor der Erbringung von Leistungen über den Umfang ihrer finanziellen Verbindlichkeiten. 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 **Richtlinie PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)** 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 Forderungen gegen die betreffende Person an ein externes Inkassounternehmen übergeben werden.

### **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. 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 zu den Arztterminen die notwendigen Unterlagen mitbringen.
- Der Patient muss bei der Anfechtung abschlägiger Bescheide mit unserer Geschäftsstelle kooperieren.

Nachdem die medizinische Leistung erbracht wurde, wird jeder zumutbare Versuch unternommen, den Anspruch des Patienten bei der angegebenen Versicherung oder dem dritten Kostenträger (gemäß Angaben des Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen 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 dem Patienten die Leistungen in Rechnung stellen oder in Übereinstimmung mit den Kostenträgerverträgen andere Maßnahmen treffen.

### **Abrechnung mit Patienten:**

Beträge, die nach der Abwicklung des Versicherungsanspruchs durch den Kostenträger noch ausstehen, werden dem Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen 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 von ihrem Anspruch auf finanzielle Unterstützung berechnet PSH seinen nicht versicherten Patienten für Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlungen maximal den allgemeinen Verrechnungssatz (AGB).

Selbstzahler erhalten Informationen über die Richtlinie zur finanziellen Unterstützung bei PSH. Siehe **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

- PSH geht davon aus, dass alle zahlungsverantwortlichen Personen/Patienten alle zumutbaren und aufrichtigen Anstrengungen zur Bezahlung der von PSH erbrachten Leistungen unternehmen.
- Des Weiteren muss die zahlungsverantwortliche Person 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. die zahlungsverantwortliche Person 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 Verpflichtung 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 zahlungsverantwortlichen Person in Rechnung gestellt. Im Folgenden werden die Grundsätze für die Rechnungsstellung dargelegt.

### **Abrechnungspraxis**

- Eine Rechnung über im Krankenhaus bzw. von einem Arzt erbrachte Leistungen wird dem Zahlungsverantwortlichen/Patienten in mindestens vier aufeinander folgenden 30-tägigen Abrechnungszeiträumen zugesandt.
- Alle zahlungsverantwortlichen Personen/Patienten können jederzeit auf Anfrage eine Forderungsaufstellung erhalten.
- Wenn ein Patient bzw. die zahlungsverantwortliche Person 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 Abteilung Erlösmanagement oder entsprechend beauftragter Firmen nehmen gegebenenfalls während des Abrechnungszeitraums Verbindung mit dem Patienten bzw. der zahlungsverantwortlichen Person auf (telefonisch, per Post/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 der zahlungsverantwortlichen Person 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 Zahlungsverantwortlichen, die nach Einschätzung von PSH aktiv mit der Abteilung für finanzielle Beihilfen (Patient Financial Services) oder einem entsprechend beauftragten Unternehmen hinsichtlich finanzieller Unterstützung kooperieren, werden die Forderungen nicht an ein Inkassounternehmen übergeben.

- Während Patienten bzw. Zahlungsverantwortliche aktiv mit der PSH-Abteilung für finanzielle Beihilfen 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 Section 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.

Der Patient bzw. die zahlungsverantwortliche Person 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. zahlungsverantwortliche Personen, 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. die zahlungsverantwortliche Person die vereinbarte monatliche Rate nicht spätestens 30 Tage nach dem Rechnungsdatum zahlt. Überfällige Forderungen werden gegebenenfalls an externe Inkassounternehmen übergeben.
- Wenn ein Patient die zahlungsverantwortliche Person im Vorfeld weiß, dass eine Zahlung nicht geleistet werden kann, oder bei einer Veränderung des Haushaltseinkommens, besteht die Möglichkeit, finanzielle Hilfe zu beantragen; siehe **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- Sollte die zahlungsverantwortliche Person 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-Abteilung Erlösmanagement (Revenue Cycle Department) erfolgt erst, nachdem zumutbare Anstrengungen unternommen wurden, um festzustellen, ob der betreffende 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 Mitteilungsschreiben während eines Benachrichtigungszeitraums 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.
- PSH erfüllt die Anforderungen aus Section 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.
- **Wirtschaftsauskunfteien**: Die externen Inkassounternehmen können die Forderungen bei Wirtschaftsauskunfteien (auch 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 Zahlungsverantwortlichen (BGA, Bad Guarantor Address)**: PSH unternimmt zumutbare Anstrengungen, auf Patientenrechnungen zu reagieren, die von der Post (USPS, United States Post Office) 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 Tätigkeit aller 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 die zahlungsverantwortliche Person bzw. den 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“. 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 außerordentlichen Inkassomaßnahmen 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 Section 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 zuständige Manager 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 **Richtlinie PFS-051 zur finanziellen Unterstützung (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

- Verweigerung der Kooperation mit den Mitarbeitern der Abteilung Erlösmanagement hinsichtlich der Anmeldung bei entsprechenden Hilfsprogrammen von dritten Kostenträgern.
- **Medicare-Kostenbericht zur Erstattung uneinbringlicher Forderungen:** Richtlinien und Vorschriften gemäß den CMS Regulatory Requirements für uneinbringliche Medicare-Forderungen werden befolgt.

## ZUGEHÖRIGE DOKUMENTE UND VERWEISE

Mit dieser Richtlinie beabsichtigt PSH, die Richtlinien und Vorschriften gemäß dem Federal Register Section 501(r) und den CMS Regulatory Requirements für uneinbringliche Medicare-Forderungen zu befolgen.

Richtlinie zur finanziellen Unterstützung PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)

Richtlinie zur Abweisung von Patienten (135-MGM)

Verfahrensanleitung für finanzielle Risiken

Grundsätze für Zahlungspläne

## GENEHMIGUNGEN

	Name	Titel	Datum
Autorisiert von:	Paula Tinch	Senior Vice President und Chief Financial Officer	1/1/2020
Genehmigt:	Dan Angel	Vice President Erlösmanagement	1/1/2020

## ERSTELLUNGSDATUM, PRÜFUNGEN UND ÜBERARBEITUNGEN

Erstellt: 1.1.2008

Überprüft: 5.1.2008, 1.1.2009, 1.7.2009, 2/2010, 5/2017

Überarbeitet: 01/05/2008, 6/10/11 und 07/01/2016 (ersetzt: Patientenverantwortung Inkassoverfahren, 10/2006)

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 / Selbstzahlvergleich
- 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
- CPMG – Inkassoverfahren bei Selbstzahlern

## INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITARBEIT

Senior Directors Erlösmanagement; Manager Leistungszugang/Zahlungsberatung