



Richtlinie für Patientenkredite und Inkassomaßnahmen	RC-002
Penn State Health Erlösmanagement (Revenue Cycle)	Gültig ab: November 2023

ZIELGRUPPE UND ZWECK *Das Dokument gilt für die Personen und Verfahren in den unten angegebenen Einrichtungen von Penn State Health (PSH):*

☒	Penn State Health Geteilte Dienste	☐	Penn State College of Medicine
☒	Milton S. Hershey Medical Center	☒	Medizinische Gruppe – Akademische Praxisabteilung (Academic Practice Division)
☒	St. Joseph Medical Center	☒	Medizinische Gruppe – Gemeinschafts-Praxisabteilung (Community Practice Division)
☒	Holy Spirit Medical Center	☒	Penn State Health Life Lion, LLC
☒	Hampden Medical Center	☒	Pennsylvania Psychiatric Institute – ab 12/23
☒	Lancaster Medical Center		

GRUNDSATZERKLÄRUNG

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 die Abteilung für Erlösmanagement von Penn State Health (PSH) umfangreiche Anstrengungen, die Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen über ihre finanziellen Verpflichtungen und die verfügbaren Hilfsangebote zu informieren und über Kontoaußenstände auf dem Laufenden zu halten. Hierbei wird während der gesamten finanziellen Abwicklung der Versorgung die erforderliche Transparenz gewahrt. Diese Richtlinie steht im Einklang mit den Anforderungen von Section 501(r) des Internen Erlösgesetzbuches (Internal Revenue Code) und dem „Gesetz zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen“ (No Surprises Act) im Konsolidierten Haushaltsgesetz (Consolidated Appropriations Act) 2021.

Gilt für die Anmeldung, Mitarbeiter der Zahlungsberatung und Finanzierungsberater (Financial Counselors)

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 so genannte Lookback-Verfahren zur Berechnung der durchschnittlichen Zahlung aller von privaten Krankheitsversicherern 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 AGB zur Verfügung. Dies darf nicht mit der finanziellen Unterstützung für Minderbemittelte im Rahmen des Zahlungshilfeprogramms (Financial Assistance Program, FAP) verwechselt werden, die bei Genehmigung des entsprechenden Antrags zu 100 % gewährt wird.

Allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung: Leistungen an Patienten, die das Krankenhaus zum Zweck nicht notärztlicher bzw. nicht dringender medizinischer Versorgung aufsuchen, oder Patienten, die nach erreichter Stabilisierung oder nach einem Notfall Nachsorge benötigen. Bei der allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Versorgung handelt es sich

entweder um eine hausärztliche Versorgung oder um im Voraus geplante medizinische Maßnahmen.

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. Durch die Diagnostikleistungen erfahren die medizinischen Dienstleister die Ursachen und den Schweregrad der Erkrankung eines Patienten.

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.

Medizinischer Notfall: Ein medizinischer Zustand, der sich durch akute Symptome von ausreichendem Schweregrad (einschließlich starker Schmerzen) äußert, sodass ein umsichtiger Laie mit durchschnittlichem Wissen über Gesundheit und Medizin vernünftigerweise erwarten könnte, dass das Ausbleiben sofortiger medizinischer Versorgung die Gesundheit der Person (oder, bei einer schwangeren Frau, die Gesundheit der Frau oder ihres ungeborenen Kindes) ernsthaft gefährdet, zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder schwerwiegenden Funktionsstörungen eines Körperteils führt.

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 bedeuten „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.

Nachbelastung – unerwartete Forderungen: Penn State Health hat sich in Übereinstimmung mit der Bundesgesetzgebung, dem Gesetz zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen, verpflichtet, Patienten vor unerwarteten 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 einer Nachbelastung (Balance Billing).

Nachforderungsrechnungen werden auch als „Überraschungsrechnungen“ (Surprise Bills) bezeichnet. Das „Gesetz zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen“ 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. Ist eine Einrichtung oder ein Leistungserbringer von Penn State Health nicht Teil des Versicherungsnetzes, stellt Penn State Health abgedeckte Notfallleistungen und Leistungen im Anschluss an die Stabilisierung nicht nachträglich in Rechnung.

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.

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 oder 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 darstellen würde.

Patientenverantwortung: 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, eine zumutbare Verantwortung für erhaltene Versorgungsleistungen zu übernehmen. Versorgungsleistungen nach dem Gesetz zur Notfallbehandlung und Geburtshilfe sind hiervon ausgenommen (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

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.

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

Zahlungsverantwortlicher: 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 die zahlungsverantwortliche Person 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.

Übergabe an Inkassounternehmen: Mit der Einziehung von uneinbringlichen Forderungen werden externe Inkassounternehmen 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.

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 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. Patientenzuzahlung, 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 zum Schutz vor Nachforderungsrechnungen“.

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-Rechnungsmitteilung 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. 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 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. 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 vom jeweiligen Anspruch auf finanzielle Unterstützung gemäß FAP-Richtlinie berechnet PSH seinen nicht versicherten Patienten für Notfall- bzw. medizinisch notwendige Behandlungen maximal den generell 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 zahlungsverantwortlichen Personen/Patienten alle zumutbaren und ernsthaften 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 definieren 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 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 „Medically Necessary“ („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.

Rechnungen

- Eine Rechnung über im Krankenhaus oder von einem Arzt erbrachte Leistungen wird dem Patienten bzw. Zahlungsverantwortlichen in mindestens vier aufeinander aufbauenden 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.
- Die 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.
- PSH erfüllt die Anforderungen des Gesetzes „No Surprises Act“.

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 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 oder eine zahlungsverantwortliche Person 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 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 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 (FAP) 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 FAP 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 ECAs gegen Patienten aus, die einen Antrag auf FAP 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 Section 501(r) bezüglich Rechnungsstellung und Zahlungseinforderung.
- **Wirtschaftsauskunfteien:** Die externen Inkassounternehmen können die Forderungen bei Wirtschaftsauskunfteien (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 (Bad Guarantor Address, BGA):** PSH unternimmt zumutbare Anstrengungen, auf Patientenrechnungen zu reagieren, die von der US-amerikanischen Post (United States Postal Service, USPS) als unzustellbar zurückgeschickt werden. Forderungen, für die die aktuellen Adressangaben als 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 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 aktiven Status „rückständig“ für die Forderungen (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 ECAs gegen Patienten aus, die einen Antrag auf FAP 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, 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 **Richtlinien PFS-051/PFS-053 zur finanziellen Unterstützung**.
 - Verweigerung der Kooperation mit der Abteilung Erlösmanagement hinsichtlich der Anmeldung bei entsprechenden Hilfsprogrammen von externen Kostenträgern.
 - **Medicare-Kostenbericht zur Erstattung uneinbringlicher Forderungen:** Richtlinien und Vorschriften gemäß den CMS Regulatory Requirements für uneinbringliche Medicare-Forderungen werden befolgt.

ZUGEHÖRIGE RICHTLINIEN UND VERWEISE

Mit dieser Richtlinie beabsichtigt PSH, die Richtlinien und Vorschriften gemäß dem Nachforderungsrechnungen, Federal Register Section 501(r) und den CMS Regulatory Requirements für uneinbringliche Medicare-Forderungen zu befolgen. Richtlinien PFS-051/PFS-053 zur finanziellen Unterstützung

Richtlinie zur Abweisung von Patienten (135-MGM)
Verfahrensanleitung für finanzielle Risiken

Grundsätze für Zahlungspläne

GENEHMIGUNGEN

Autorisiert:	Paula Tinch, Oberster Ressortleiter und Leitender Finanzbeamter
Genehmigt:	Nicholas Haas, Ressortleiter Erlösmanagement

ERSTELLUNGSDATUM UND ÜBERPRÜFUNGEN

Erstellt: 1/1/2008

Überprüft: 01/05/2008, 1/1/2009, 7/1/2009, 2/2010, 5/2017, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/2023

Überarbeitet: 01/05/2008, 6/10/11, und 07/01/2016 (Ersetzt: Patientenverantwortung Inkassoverfahren 10/06); 4/15/21, 11/2021, 10/2022, 4/2023, 10/23

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 Fachkraft – Richtlinie für uneinbringliche Forderungen
- St. Joseph Fachkraft – Handhabung von Patienten mit Auslandsadresse
- St. Joseph Fachkraft – Finanzielle Vereinbarung für Operationen und Verfahren
- Community Practice Medical Group (CPMG) – Inkassoverfahren bei Selbstzahlern

INHALTSÜBERPRÜFUNG UND MITWIRKUNG

Leitung Erlösmanagement Krankenhaus und operatives Geschäft; Manager

Leistungszugang/Zahlungsberatung