

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

**Finanzielle Unterstützung**

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 1 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

## **RICHTLINIE**

Es entspricht den Grundsätzen von Catholic Health Initiatives (CHI) sowie seinen direkt verbundenen steuerbefreiten Unternehmen<sup>1</sup> und steuerbefreiten Tochtergesellschaften<sup>2</sup>, die eine Krankenhauseinrichtung betreiben [zusammengefasst als CHI-Krankenhausorganisationen bezeichnet], allen Patienten in CHI-Krankenhauseinrichtungen ohne jede Diskriminierung Notfall- und andere medizinisch notwendige Versorgung (im Folgenden als EMCare [Emergency and other Medically Necessary Care] bezeichnet) ohne Ansehen ihrer finanziellen Zahlungsfähigkeit zu gewähren.

## **GRUNDSÄTZE**

Als katholische Gesundheitsdienstleister und steuerbefreite Organisationen sind CHI-Krankenhausorganisationen aufgerufen, die Bedürfnisse von Patienten und anderen, die Versorgung benötigen, zu erfüllen, ohne dass es auf deren finanzielle Möglichkeiten ankommt, empfangene Leistungen zu bezahlen.

Die folgenden Grundsätze stehen im Einklang mit CHIs Mission, mitfühlende, qualitativ hochwertige und erschwingliche medizinische Leistungen anzubieten und für diejenigen einzutreten, die arm und schutzbedürftig sind. CHI-Krankenhausorganisationen wollen sicherstellen, dass Menschen nicht aufgrund ihrer finanziellen Situation daran gehindert werden, eine gesundheitliche Versorgung zu beanspruchen oder zu erhalten.

**Notfallversorgung** - CHI-Krankenhausorganisationen leisten Personen in medizinischen Notfallsituationen Versorgung ohne jede Diskriminierung in CHI-Krankenhauseinrichtungen, unabhängig davon, ob sie Anspruch auf finanzielle Unterstützung oder behördliche Hilfestellung haben oder nicht.

**Andere medizinisch notwendige Versorgung** - CHI-Krankenhausorganisationen haben sich dazu verpflichtet, Personen finanzielle Unterstützung zu gewähren, die Gesundheitsversorgungsbedürfnisse haben und nicht versichert bzw. unterversichert sind, nicht für staatliche Programme in Frage kommen oder aus anderen Gründen nicht in der Lage sind, nicht

---

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

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

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 2 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

notfallbedingte, medizinisch notwendige Versorgung zu bezahlen, die in CHI-Krankenhauseinrichtungen geleistet wird.

## **GELTUNGSBEREICH**

Diese Richtlinie gilt für:

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

## **Abstimmung mit anderen Gesetzen**

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

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 3 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

notwendig sind, um deren Übereinstimmung mit Paragraph 501 (r) der US-Abgabenordnung (Internal Revenue Code, IRC) und anderen maßgeblichen Gesetzen zu gewährleisten.

## **ZWECK**

Um steuerbefreit zu bleiben, ist jede CHI-Krankenhausorganisation nach Paragraph 501 (r) IRC verpflichtet, eine schriftliche Richtlinie für finanzielle Unterstützung (Financial Assistance Policy, FAP) und eine Richtlinie für medizinische Notfallversorgung einzuführen, die für jegliche in einer Krankeneinrichtung geleistete EMCare verbindlich sind. Der Zweck dieser Richtlinie besteht darin, die Bedingungen zu erläutern, zu denen eine Krankeneinrichtung ihren Patienten finanzielle Hilfe gewährt. Diese Richtlinie erläutert ferner die Maßnahmen, die eine Krankeneinrichtung im Hinblick auf rückständige Patientenrechnungen treffen kann.

## **DEFINITIONEN**

**Generell abgerechnete Beträge** (Amounts Generally Billed, AGB) bezeichnet die Beträge, die generell Patienten für EMCare in Rechnung gestellt werden, die im Hinblick auf eine derartige Versorgung krankenversichert sind. Die Krankeneinrichtung legt AGB unter Verwendung des Prospektiv-Verfahrens von Medicare fest. Allerdings erhalten Patienten, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, im Rahmen dieser Richtlinie ausschließlich kostenlose Versorgung. Dementsprechend wird keinem Patienten mit Anspruch auf finanzielle Unterstützung ein Betrag für EMCare in Rechnung gestellt, der AGB überschreitet. Aus diesem Grund wird es als nicht notwendig betrachtet, weitere Nachforschungen anzustellen, um zu ermitteln, ob ein Patient höhere Zahlungen für EMCare als AGB leisten kann.

**Antragsfrist** bezeichnet den Zeitraum, der Patienten von der CHI-Krankenhausorganisation für die Bearbeitung des Antrags auf finanzielle Unterstützung eingeräumt wird. Er beginnt am ersten Tag, an dem Versorgung geleistet wird, und endet am 240igsten Tag nach dem Datum, an dem die Krankeneinrichtung dem Patienten die erste Abrechnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für geleistete Versorgung übergibt.

**Servicegebiet der CHI-Organisation** meint für Zwecke dieser Richtlinie die Kommune, die von einer Krankeneinrichtung im Einklang mit ihrer neuesten Analyse kommunaler Gesundheitsbedürfnisse nach den Vorschriften von Paragraph 501 (r)(3) IRC bedient wird.

**Analysen kommunaler Gesundheitsbedürfnisse** (Community Health Needs Assessments, CHNAs) werden von Krankeneinrichtungen mindestens einmal alle drei (3) Jahre im Einklang

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

**Finanzielle Unterstützung**

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 4 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

mit Paragraph 501 (r)(1)(A) IRC vorgenommen; jede CHI-Krankenhausorganisation ergreift sodann Strategien, um die mithilfe der CHNAs identifizierten kommunalen Gesundheitsbedürfnisse zu befriedigen.

**Zeitraum für die Feststellung der Anspruchsberechtigung** - Um die Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung festzustellen, überprüfen Krankenhauseinrichtungen das Jahreshaushaltseinkommen aus dem vorangehenden Zeitraum von sechs Monaten und/oder dem vorangehenden Steuerjahr ausweislich der letzten Lohnabrechnungen, Einkommensteuererklärungen oder anderer Informationen. Der Nachweis von Einkünften kann geführt werden, indem das Haushaltseinkommen seit Jahresbeginn auf der Grundlage der laufenden Einkünfte auf das Jahr umgerechnet wird.

**Anspruchsberechtigungszeitraum** - Nach Einreichung des Antrags auf finanzielle Unterstützung und erläuternder Unterlagen wird Patienten, die als anspruchsberechtigt anerkannt wurden, für die Zukunft während eines Zeitraums von sechs Monaten ab dem Feststellungsdatum finanzielle Unterstützung gewährt. Finanzielle Unterstützung wird außerdem für alle den Anspruchskriterien entsprechenden Rechnungen gewährt, die auf Leistungen beruhen, die in den sechs Monaten vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden. Falls die Anspruchsberechtigung auf der Basis präsumtiver Anspruchskriterien anerkannt worden ist, wird finanzielle Unterstützung für alle den Anspruchskriterien entsprechenden Rechnungen gewährt, die auf Leistungen beruhen, die in den sechs Monaten vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden.

**Medizinische Notfallversorgung, EMTALA-Gesetz** - Jeder Patient, der dringend Versorgung bzw. Notfallversorgung [im Sinne der Definition in Paragraph 1867 des Sozialversicherungsgesetzes (42 U.S.C. 1395 dd)] in einer Krankenhauseinrichtung benötigt, wird ohne jede Diskriminierung und ohne Ansehen seiner Fähigkeit zur Bezahlung der Versorgung behandelt. Darüber hinaus sind jegliche Vorgehensweisen, die Patienten davon abhalten sollen, Notfallversorgung zu beanspruchen, darunter unter anderem das Verlangen einer Vorauszahlung vor der Behandlung oder das Zulassen von Inkasso- und Beitreibungstätigkeiten, die störend auf die Leistung medizinischer Notfallversorgung einwirken, verboten. Krankenhauseinrichtungen halten sich ferner bei der Ausführung dringender bzw. Notfallversorgungsleistungen an alle bundes- und einzelstaatlichen Auflagen, was insbesondere für die Screening-, Behandlungs- und Verlegungsvorschriften im Rahmen des bundesstaatlichen Gesetzes über medizinische Notfallbehandlung (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) gilt, sowie an 42 CFR 482.55 (oder Nachfolgevorschriften). Bei der Bestimmung, ob dringende bzw. Notfallumstände vorliegen und wie in beiden Fällen vorzugehen ist, sollten Krankenhauseinrichtungen ihre Richtlinie zu Notfalleleistungen, die

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 5 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

EMTALA-Vorschriften und die maßgeblichen Medicare-/Medicaid-Teilnahmebedingungen prüfen und sich von diesen leiten lassen.

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

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

ECAs schließen keine Pfandrechte ein, die Krankenhauseinrichtungen nach staatlichem Recht an den Erlösen aus Urteilen, Vergleichen oder Kompromisslösungen geltend machen können, die Patienten (oder deren Vertretern) als Folge von Körperverletzungen geschuldet werden, für die die Krankenhauseinrichtung Versorgung geleistet hat.

**Familie** bezeichnet (im Sinne der Definition der Statistikbehörde) eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die zusammenleben und durch Geburt, Eheschließung oder Adoption verwandt sind. Falls der Patient in seiner Einkommensteuererklärung jemand als Angehörigen ausweist, kann diese Person nach den Regeln der US-Steuerbehörde für Zwecke der Gewährung finanzieller Unterstützung als Angehöriger betrachtet werden. Wenn IRS-Steuerunterlagen nicht verfügbar sind, wird die Größe einer Familie mithilfe der im Antrag auf finanzielle Unterstützung angegebenen und von der Krankenhauseinrichtung nachgeprüften Zahl der Angehörigen bestimmt.

**Familieneinkommen** wird im Einklang mit der Definition der Statistikbehörde bestimmt, die bei der Ausarbeitung der Richtlinien zur Armutsgrenze auf Landesebene folgende Elemente heranzieht:

- Berücksichtigt werden: Einkünfte, Arbeitslosenunterstützung, Arbeitsunfallversicherung, Sozialversicherung, ergänzende Einkommenssicherung (Supplemental Security Income), staatliche Unterstützung, Zahlungen an Veteranen, Hinterbliebenenbezüge, Pensions- oder Ruhestandseinkommen, Zinsen, Dividenden, Mieteinnahmen, Lizenzgebühren, Immobilienerträge, Treuhandvermögen, Ausbildungsbeihilfen, Alimente, Kindergeld und weitere verschiedenartige Einkommensquellen, jeweils vor Steuern,

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 6 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

- nicht berücksichtigt werden: Sachleistungen (wie etwa Lebensmittelmarken und Wohnbeihilfen),
- nicht berücksichtigt werden: Vermögensgewinne oder -verluste und
- berücksichtigt werden: Einkünfte aller Familienmitglieder, die bei einer Familie leben, nicht aber Einkünfte von Personen, mit denen keine Verwandtschaft besteht, wie etwa Mitbewohner.

**Richtlinien zur Armutsgrenze auf Landesebene (Federal Poverty Guidelines, FPG)** werden einmal pro Jahr vom US-Gesundheitsministerium im Rahmen der ihm in Paragraph 9902 Abs. 2 von Titel 42 des US-Bundesgesetzbuchs verliehenen Befugnis im Bundesregister aktualisiert. Die jeweils gültigen Richtlinien können auf <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> eingesehen werden.

**Finanzielle Unterstützung** bezeichnet Unterstützung, die Patienten geleistet wird, für die es eine finanzielle Härte bedeuten würde, die für in einer Krankenhauseinrichtung geleistete EMCare voraussichtlich anfallenden Kosten in vollem Umfang zu bezahlen, und die den Anspruchskriterien für eine solche Unterstützung entsprechen. Versicherten Patienten wird finanzielle Unterstützung angeboten, soweit dies nach deren Vertrag mit der Versicherungsgesellschaft zulässig ist.

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

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

**Medizinisch notwendige Versorgung** bezeichnet jedes Behandlungsverfahren, das unter Berücksichtigung der Umstände dazu dienen soll, gesundheitliche Probleme zu verhüten, zu diagnostizieren, zu beseitigen, zu heilen, abzumildern oder deren Verschlimmerung abzuwenden, die lebensgefährlich sind, Leiden oder Schmerzen verursachen, zu Krankheit oder Gebrechen führen, Behinderungen auszulösen bzw. zu verschlimmern drohen oder körperliche Missbildungen oder Fehlfunktionen verursachen, falls keine andere gleichermaßen wirksame, konservativere oder kostengünstigere Behandlungsart zur Verfügung steht.

**Betrieb einer Krankenhauseinrichtung** - Eine Krankenhauseinrichtung kann mithilfe ihres eigenen Personals oder vertraglicher Vergabe des Betriebs der Einrichtung an eine andere Organisation betrieben werden. Eine Krankenhauseinrichtung kann auch dann von einer CHI-Krankenhausorganisation betrieben werden, wenn diese über eine Kapital- oder Gewinnbeteiligung

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

**Finanzielle Unterstützung**

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 7 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

an einer steuerlich als Personengesellschaft bewerteten Personengesellschaft verfügt, die in direkter Form eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung betreibt oder in indirekter Form eine staatlich zugelassene Krankenhauseinrichtung mithilfe einer anderen steuerlich als Personengesellschaft bewerteten Rechtsperson betreibt.

**Präsumtive finanzielle Unterstützung** bezeichnet die Feststellung der Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung, die auf von externen Anbietern gelieferten oder anderen öffentlich zugänglichen Informationen beruhen kann. Die Feststellung, nach der ein Patient mutmaßlich Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, führt zu kostenloser EMCare in dem Zeitraum, für den der Patient mutmaßlich anspruchsberechtigt ist.

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

**Nicht versichert** ist eine Person, die über keine Krankenversicherung eines kommerziellen externen Versicherers, keinen ERISA-Plan, kein nationales Gesundheitsprogramm (wie etwa Medicare, Medicaid, SCHIP oder CHAMPUS), keine Arbeitsunfallversicherung und keine andere Unterstützung von Seiten Dritter verfügt, die zur Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen beitragen.

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

## **ANSPRUCHSBERECHTIGUNG FÜR FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**

### **Finanzielle Unterstützung für EMCare**

Patienten, die die hierin erläuterten Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und in dem in der neuesten CHNA der jeweiligen Krankenhauseinrichtung festgelegten Servicegebiet der CHI-Organisation ansässig sind, erhalten finanzielle Unterstützung. Ein Patient, der Anspruch auf finanzielle

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 8 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

Unterstützung hat, erhält kostenlose EMCare und ist als solcher in keinem Fall zur Zahlung höherer Beträge als AGB verpflichtet.

### **Finanzielle Unterstützung wird ausschließlich für EMCare gewährt**

Finanzielle Unterstützung wird für keine andere Versorgung als EMCare gewährt. Soweit es sich nicht um EMCare handelt, ist kein Patient verpflichtet, mehr als die Nettokosten für die betreffende Versorgung zu zahlen (entspricht den Bruttokosten für die Versorgung nach Vornahme aller Abzüge und Versicherungsauszahlungen).

Eine Anspruchsberechtigung für finanzielle Unterstützung kommt für diejenigen Patienten in Frage, die nicht versichert bzw. unterversichert sind oder Anspruch auf staatliche Gesundheitsversorgungsprogramme haben und auf der Grundlage der Feststellung ihrer finanziellen Situation nach Maßgabe dieser Richtlinie nicht in der Lage sind, ihre Versorgung zu bezahlen. Die Gewährung finanzieller Unterstützung basiert auf einer Ermittlung des individuellen Finanzbedarfs und berücksichtigt keine potenziell diskriminierenden Faktoren, wie etwa Alter, Abstammung, Geschlecht, Geschlechtsidentität, geschlechtliche Äußerung, Rasse, Hautfarbe, nationale Herkunft, sexuelle Orientierung, Familienstand, Sozial- oder Migrationsstatus, Religionszugehörigkeit oder irgendwelche anderen Merkmale, die nach bundes- bzw. einzelstaatlichem oder lokalem Recht verboten sind.

Sofern kein Anspruch auf präsumtive finanzielle Unterstützung besteht, müssen die folgenden Anspruchskriterien erfüllt sein, damit ein Patient finanzielle Unterstützung erhalten kann:

- Der Patient muss einen Mindestsaldo von fünfunddreißig Dollar (US\$ 35,00) bei der CHI-Krankenhausorganisation haben. Die Salden mehrerer Konten können kombiniert werden, um diesen Betrag zu erreichen. Patienten/Garanten mit Salden von weniger als fünfunddreißig Dollar (US\$ 35) können sich an Finanzberater wenden, um Vereinbarungen über die Zahlung monatlicher Raten einzugehen.
- Das Familieneinkommen des Patienten darf höchstens 300 % der FPG erreichen.
- Der Patient muss die hierin erläuterten Patientenkooperationsnormen befolgen.
- Der Patient muss einen bearbeiteten Antrag auf finanzielle Unterstützung einreichen.

### **Patientenkooperationsnormen**

Bevor seine Anspruchsberechtigung anerkannt wird, muss ein Patient alle anderen Zahlungsmöglichkeiten, einschließlich Privatversicherung sowie bundes- bzw. einzelstaatlicher und



**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 9 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

lokaler medizinischer Assistenzprogramme und anderer Formen der Unterstützung, von Seiten Dritter erschöpft haben. Antragsteller für finanzielle Unterstützung sind verpflichtet, verfügbaren Versicherungsschutz im Rahmen staatlicher Programme zu beantragen. Von ihnen wird ferner erwartet, für Versorgung, die von einer CHI-Krankenhausorganisation in einer Krankeneinrichtung geleistet wurde, Möglichkeiten staatlicher oder privater Krankenversicherungsleistungen zu verfolgen. Patienten und gegebenenfalls Garanten sind verpflichtet, bei der Beantragung entsprechender Programme und identifizierter Finanzierungsquellen, einschließlich Versicherungsschutz im Rahmen von COBRA (einem bundesstaatlichen Gesetz, das eine zeitlich begrenzte Verlängerung von Gesundheitsleistungen für Mitarbeiter vorsieht), zu kooperieren. Falls eine Krankeneinrichtung zu dem Schluss kommt, dass COBRA-Versicherungsschutz möglicherweise verfügbar und ein Patient kein Leistungsempfänger nach Medicare- oder Medicaid-Programmen ist, hat ihr der Patient bzw. Garant in ausreichendem Umfang Informationen zu liefern, die die Berechnung der monatlichen COBRA-Prämie für den betreffenden Patienten ermöglichen, und mit ihrem Personal zusammenzuarbeiten, um herauszufinden, ob er Anspruch auf ihre Unterstützung bei der COBRA-Prämienzahlung hat, die für eine begrenzte Zeit als Hilfestellung bei der Sicherstellung von Versicherungsschutz angeboten werden kann. Krankeneinrichtungen sind ausdrücklich verpflichtet, Anstrengungen zu unternehmen, um einem Patienten oder dessen Garanten dabei behilflich zu sein, Anträge für staatliche oder private Programme zu stellen.

## **VORGEHENSWEISE BEI DER BEANTRAGUNG FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG**

Alle Patienten haben den Antrag auf finanzielle CHI-Unterstützung (Financial Assistance Application, FAA) zu bearbeiten, um für finanzielle Unterstützung in Frage zu kommen, es sei denn, sie haben Anspruch auf präsumtive finanzielle Unterstützung. Der FAA wird von der Krankeneinrichtung dazu benutzt, eine individuelle Bewertung des Finanzbedarfs vorzunehmen.

Um für Unterstützung anspruchsberechtigt zu sein, muss zumindest ein Beleg zum Nachweis von Haushaltseinkommen zusammen mit dem FAA eingereicht werden. Zu diesen Belegen können unter anderem Folgende gehören:

- Kopie der vom Patienten zuletzt eingereichten Einkommensteuererklärung auf Bundesebene,
- aktuelles Formular W-2,
- aktuelle Lohnabrechnungen oder
- unterzeichnetes Unterstützungsschreiben.

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 10 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

Die Krankenhauseinrichtung kann sich nach ihrem Ermessen hinsichtlich der Anspruchsberechtigung auf andere als die im FAA oder hierin genannten Belege verlassen. Zu anderen Nachweisquellen können die Folgenden zählen:

- Allgemein zugängliche externe Datenquellen, die Informationen über die Zahlungsfähigkeit eines Patienten/Garanten liefern,
- Prüfung der unerledigten Rechnungen des Patienten für in der Vergangenheit ausgeführte Leistungen sowie Zahlungsvorgeschichte des Patienten/Garanten,
- frühere Entscheidungen über einen gegebenenfalls bestehenden Anspruch des Patienten oder Garanten auf Unterstützung im Rahmen dieser Richtlinie oder
- Nachweise, die als Ergebnis der Überprüfung in Frage kommender alternativer Zahlungs- und Versicherungsschutzquellen aus öffentlichen und privaten Zahlungsprogrammen erlangt werden.

Falls in einem bearbeiteten FAA keine Angaben zu Einkommen gemacht werden, wird ein schriftliches Dokument benötigt, in dem zu erläutern ist, warum keine Einkommensangaben verfügbar sind und wie der Patient bzw. Garant seine grundlegenden Lebenshaltungskosten (wie etwa Wohnung, Lebensmittel und Versorgungsleistungen) bestreitet. Antragsteller für finanzielle Unterstützung, die am Darlehensrückzahlungsprogramm des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Services Corps, NHSC) teilnehmen, sind von der Vorlage von Ausgabeninformationen befreit.

## **MUTMASSLICHE ANSPRUCHSBERECHTIGUNG**

CHI-Krankenhausorganisationen erkennen an, dass nicht alle Patienten und Garanten in der Lage sind, den FAA zu bearbeiten oder benötigte Unterlagen einzureichen. Am Standort jeder Krankenhauseinrichtung stehen Finanzberater zur Verfügung, um Patienten zu unterstützen, die Hilfe bei der Antragstellung benötigen. Eine Krankenhauseinrichtung kann Patienten und Garanten, die die benötigten Unterlagen nicht vorlegen können, auf der Basis von Informationen, die von anderen Ressourcen erlangt werden, präsumtive finanzielle Unterstützung gewähren. Eine mutmaßliche Anspruchsberechtigung kann insbesondere auf der Grundlage individueller Lebensumstände festgestellt werden, zu denen Folgende zählen können:

- Empfänger rezeptpflichtiger Medikamente im Rahmen staatlich finanzierter Programme,
- obdachlose Person, die Versorgung von einer Klinik für Obdachlose erhalten hat,

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 11 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

- Teilnahme an Programmen für Frauen, Säuglinge und Kinder (Women, Infants and Children, WIC),
- Anspruchsberechtigung für Lebensmittelmarken,
- Anspruchsberechtigung für subventionierte Schulspeisungsprogramme,
- Anspruchsberechtigung für andere staatliche oder lokale Unterstützungsprogramme (z. B. Medicaid-Kostenabzugsverfahren (spend-down)),
- die gültige Adresse liegt im Gebiet von Sozialwohnungen/Soziälsiedlungen und/oder
- Patient ist ohne bekanntes Vermögen verstorben.

Diese Informationen ermöglichen es Krankenhauseinrichtungen, in Abwesenheit von Informationen, die direkt vom Patienten überlassen werden, fundierte Entscheidungen über den Finanzbedarf von Patienten unter Verwendung der bestmöglichen verfügbaren Schätzwerte zu treffen. Ein Patient, dessen Anspruchsberechtigung für präsumtive finanzielle Unterstützung anerkannt worden ist, erhält kostenlose EMCare in dem Zeitraum, für den er mutmaßlich anspruchsberechtigt ist.

Falls ein Patient als mutmaßlich anspruchsberechtigt anerkannt wird, wird ihm finanzielle Unterstützung für einen Zeitraum von sechs Monaten gewährt, der am Tag der Festlegung der mutmaßlichen Anspruchsberechtigung endet. Im Ergebnis wird finanzielle Unterstützung für alle den Anspruchskriterien entsprechenden Rechnungen gewährt, die auf Leistungen beruhen, die in den sechs Monaten vor dem Feststellungsdatum erhalten wurden. Der mutmaßlich anspruchsberechtigte Patient erhält keine finanzielle Unterstützung für EMCare, die nach dem Feststellungsdatum geleistet wird, ohne Bearbeitung eines FAA oder erneute Feststellung einer mutmaßlichen Anspruchsberechtigung.

Im Fall von Patienten oder deren Garanten, bei denen das Antragsverfahren von Krankenhauseinrichtungen nicht in Betracht kommt, können andere Informationsquellen benutzt werden, um zu einer individuellen Bewertung des Finanzbedarfs zu gelangen. Diese Informationen ermöglichen es der Krankenhauseinrichtung, in Abwesenheit von Informationen, die direkt vom Patienten überlassen werden, fundierte Entscheidungen über den Finanzbedarf von Patienten, für die das Antragsverfahren nicht in Betracht kommt, unter Verwendung der bestmöglichen verfügbaren Schätzwerte zu treffen.

Im Rahmen der Hilfestellung für finanziell bedürftige Patienten kann eine Krankenhauseinrichtung externe Anbieter einsetzen, um die Informationen eines Patienten oder dessen Garanten für Zwecke

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des  
Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 12 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

der Beurteilung des Finanzbedarfs zu analysieren. Diese Analysen verwenden ein in der Gesundheitsbranche anerkanntes Vorhersagemodell, das auf die Datenbanken von öffentlichen Registern zurückgreift. Das Modell integriert Daten von öffentlichen Registern, um eine Bewertungsziffer für die sozialwirtschaftliche und finanzielle Kapazität zu berechnen. Das Regelwerk des Modells ist so ausgelegt, dass jeder Patient auf der Grundlage derselben Standards bewertet wird, und mit früheren Zusagen finanzieller Unterstützung durch die Krankeneinrichtung kalibriert. Dies ermöglicht es der Krankeneinrichtung, zu analysieren, ob ein Patient den Merkmalen anderer Patienten entspricht, die in der Vergangenheit im Rahmen des traditionellen Antragsverfahrens für anspruchsberechtigt befunden wurden.

Im Fall der Verwendung des Modells wird es vor einer Abtretung uneinbringlicher Forderungen und nach Erschöpfung aller anderen Anspruchs- und Zahlungsquellen eingesetzt. Dies erlaubt es einer Krankeneinrichtung, alle Patienten im Hinblick auf finanzielle Unterstützung zu überprüfen, bevor besondere Beitreibungsmaßnahmen eingeleitet werden. Die Daten, die aus dieser Analyse erhalten werden, bilden eine adäquate Dokumentierung des Finanzbedarfs im Rahmen dieser Richtlinie.

Falls ein Patient nicht für eine mutmaßliche Anspruchsberechtigung in Frage kommt, kann er nach wie vor erforderliche Informationen einreichen und im Rahmen des traditionellen FAA-Verfahrens berücksichtigt werden.

Patienten, deren Rechnungen den Status mutmaßlicher Anspruchsberechtigung erhalten haben, wird kostenlose Versorgung für der Anspruchsberechtigung unterliegende Leistungen nur für in der Vergangenheit liegende Leistungsdaten gewährt. Diese Entscheidung führt nicht zu einem Anspruch auf kostenlose Versorgung, die Gegenstand des traditionellen Antragsverfahrens ist. Diese Rechnungen werden im Hinblick auf finanzielle Unterstützung als anspruchsberechtigt betrachtet. Sie werden nicht der Inkassoabteilung übergeben, sind nicht Gegenstand weiterer Beitreibungsmaßnahmen und werden nicht in die Aufwendungen für Forderungsverluste der Krankeneinrichtung aufgenommen. Patienten werden nicht benachrichtigt, um sie von dieser Entscheidung zu verständigen.

Von präsidentivem Screening profitiert die gesamte Bevölkerung, da es einer CHI-Krankenhausorganisation ermöglicht, finanziell bedürftige Patienten auf systematische Art und Weise zu identifizieren, Verwaltungskosten zu verringern und Patienten bzw. deren Garanten finanzielle Unterstützung zu gewähren, von denen einige möglicherweise nicht das FAA-Verfahren durchlaufen konnten.

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 13 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

## **BENACHRICHTIGUNG ÜBER FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG**

Die Benachrichtigung über die Verfügbarkeit einer finanziellen Unterstützung von CHI-Krankenhausorganisationen erfolgt über verschiedene Kommunikationskanäle, zu denen unter anderem die Folgenden gehören können:

- Aufnahme deutlich sichtbarer Hinweise in Patientenrechnungen,
- Hinweise, die in Unfallstationen, Notfallversorgungszentren, Aufnahme-/Anmeldungsabteilungen, Verwaltungsbüros und an anderen von Krankenhauseinrichtungen gegebenenfalls gewählten öffentlichen Orten bekanntgemacht werden,
- CHI-Krankenhausorganisationen veröffentlichen außerdem eine Zusammenfassung dieser Richtlinie auf der Website der Krankenhauseinrichtung [www.catholichealth.net](http://www.catholichealth.net) sowie an anderen Orten in den von der Krankenhauseinrichtung bedienten Kommunen, die von dieser ausgewählt werden können.

Diese Hinweise und zusammengefassten Informationen weisen eine Kontakt-Rufnummer auf und werden in englischer, spanischer und je nach Sachlage anderen Primärsprachen angeboten, die von der Bevölkerung gesprochen werden, die von individuellen Krankenhauseinrichtungen bedient wird.

Patienten können auf finanzielle Unterstützung von jedem Angehörigen des nicht-medizinischen oder medizinischen Personals der CHI-Krankenhausorganisation, darunter Ärzte, Pflegepersonal, Finanzberater, Sozialarbeiter, Sachbearbeiter, Geistliche und religiöse Geldgeber, hingewiesen werden. Anträge auf Unterstützung können vom Patienten selbst oder unter Beachtung maßgeblicher Datenschutzgesetze von Familienmitgliedern, engen Freunden oder Kollegen des Patienten gestellt werden.

CHI-Krankenhausorganisationen bieten Patienten eine finanzielle Beratung hinsichtlich ihrer Rechnungen im Zusammenhang mit EMCare an und sorgen für die Bekanntmachung dieser Beratungsmöglichkeiten. Es liegt im Verantwortungsbereich des Patienten oder dessen Garanten, mit einem Finanzberater ein Gespräch über die Möglichkeit finanzieller Unterstützung zu vereinbaren.

## **MASSNAHMEN IM FALL VON ZAHLUNGS AUSFÄLLEN**

Die Maßnahmen, die eine CHI-Krankenhausorganisation bei Zahlungsausfällen im Hinblick auf jede einzelne Krankenhauseinrichtung treffen kann, werden in einer separaten Richtlinie

**GEGENSTAND DER RICHTLINIE:**

***Finanzielle Unterstützung***

**DATUM DES INKRAFTTRETENS: 14.03.12**

*Alle drei Jahre von den Mitgliedern des Stewardship-Kuratoriums zu überprüfen*

Seite 14 von 14

**ÜBERPRÜFUNG BIS: 14.03.19**

---

(Stewardship-Richtlinie Nr. 16, *Abrechnung und Inkasso*) erläutert. Angehörige der Öffentlichkeit können ein kostenloses Exemplar dieser Richtlinie erhalten, indem sie sich an die Patientenanmelde-/aufnahmeabteilung einer Krankenhauseinrichtung wenden oder die Rufnummer 1-800-514-4637 wählen.

## **UMSETZUNG VON VERFAHREN**

Für die Umsetzung dieser Richtlinie nach Maßgabe der detaillierten Vorgehensweisen, die in den Verfahren der CHI-Ertragsbuchhaltung erläutert werden, sind die Teams der Abteilung Ertragsbuchhaltung verantwortlich.

## **GENEHMIGUNG DER RICHTLINIE**

Diese Richtlinie wird regelmäßig alle drei (3) Jahre oder früher überprüft, soweit dies aufgrund von Änderungen an geltendem Recht erforderlich ist. Änderungen an der Richtlinie müssen von den Mitgliedern des CHI-Stewardship-Kuratoriums genehmigt werden.

## **ANLAGEN**

- A Antrag auf finanzielle Unterstützung (FAA)
- B Aufstellung externer Anbieter - Anlage zu dieser Richtlinie, die erstmals an oder vor dem 1. Juli 2016 veröffentlicht und danach von der Geschäftsleitung in periodischen Abständen (mindestens jedoch vierteljährlich) aktualisiert wird.

## **ZUGEHÖRIGE RICHTLINIEN**

- Richtlinie Nr. 6 zu klinischer Wirksamkeit, *EMTALA*
- Stewardship-Richtlinie Nr. 16, *Abrechnung und Inkasso*

## **GENEHMIGT UND ABGEÄNDERT DURCH DAS KURATORIUM**

- 08.03.16 (Inkrafttreten 01.07.16)