

**Ascension Via Christi Health, Inc.**

**RICHTLINIE ZU  
RECHNUNGSSTELLUNG UND  
FORDERUNGSDURCHSETZUNG**

01.07.2025

**RICHTLINIEN/PRINZIPIEN**

Gemäß der Richtlinie von Ascension via Christi Health (die „Organisation“) ist die Organisation bestrebt, eine sozial gerechte Praxis für die Bereitstellung von Notfall- oder medizinisch notwendiger Versorgung in der Organisation gemäß ihrer Richtlinie für finanzielle Unterstützung (FAP, Financial Assistance Policy) sicherzustellen. Diese Richtlinie zu Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung regelt die Abrechnungs- und Inkassopraktiken in Bezug auf Patientinnen und Patienten, die finanzielle Unterstützung benötigen und von der Organisation versorgt werden.

Alle Rechnungsstellungs- und Inkassopraktiken spiegeln unser Engagement für die individuelle Menschenwürde und das Gemeinwohl, unser besonderes Interesse und unsere Solidarität mit Menschen, die in Armut leben, und anderen schutzbedürftigen Personen sowie unser Engagement für Verteilungsgerechtigkeit und Soziale Verantwortung wider. Die Beschäftigten und Vertretenden der Organisation sind verpflichtet, in Übereinstimmung mit den Vorschriften und Werten einer von der katholischen Kirche getragenen Institution zu handeln und Patientinnen und Patienten sowie deren Familienangehörige in einer Weise zu behandeln, die deren Würde anerkennt und ihnen Respekt und Mitgefühl entgegenbringt.

Diese Richtlinie für Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung gilt für alle Notfall- und anderen medizinisch notwendigen Dienstleistungen, die von der Organisation erbracht werden, einschließlich ärztlicher Versorgung sowie verhaltensgesundheitlicher Versorgung. Diese Richtlinie für Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung gilt nicht für Zahlungsvereinbarungen für Versorgungsleistungen, die keine „Notfall“- und sonstige „medizinisch notwendige Versorgung“ sind (entsprechend der Definition dieser Bestimmungen in der FAP der Organisation).

**DEFINITIONEN**

1. **„501(r)“** bezeichnet Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und die darin enthaltenen Vorschriften.
2. **„Außerordentliche Inkassovorgänge“ oder „ECAs“** bezeichnet einen der folgenden Inkassovorgänge, die den Beschränkungen gemäß 501(r) unterliegen:
  - a. Verkaufen der Forderung eines Patienten an eine andere Partei, es sei denn, der Käufer unterliegt bestimmten Einschränkungen, wie unten beschrieben.
  - b. Weiterleitung nachteiliger Informationen über den Patienten an Verbraucherkreditauskunfteien oder Kreditbüros.
  - c. Aufschieben, Ablehnen oder Anfordern einer Zahlung, bevor eine medizinisch notwendige Versorgung erbracht wird, weil ein Patient eine oder mehrere Rechnungen für zuvor erbrachte Leistungen, die unter das FAP fallen, nicht bezahlt hat.
  - d. Klagen, die ein Rechts- oder Gerichtsverfahren erfordern, mit Ausnahme von Ansprüchen, die in einem Konkurs- oder Personenschadenverfahren erhoben werden. Zu diesen Maßnahmen gehören unter anderem:
    - i. Belastung des Grundstücks der Patientin/des Patienten mit einem Pfandrecht,
    - ii. die Zwangsvollstreckung des Eigentums einer Patientin/eines Patienten,

- m. Pfändung oder sonstige Beschlagnahmung des Bankkontos oder anderer persönlicher Gegenstände der Patientin/des Patienten,
- lv. die Erhebung einer Zivilklage gegen eine Patientin/einen Patienten und
- v. Lohnpfändung einer Patientin/eines Patienten.

Ein ECA beinhaltet keinen der folgenden Punkte (auch wenn die Kriterien für einen ECA wie oben beschrieben ansonsten generell erfüllt sind):

- a. den Verkauf der Geldschuld einer Patientin/eines Patienten, wenn vor dem Verkauf eine rechtsverbindliche schriftliche Vereinbarung mit dem Käufer der Geldschuld besteht, wonach
    - 1. es dem Käufer untersagt ist, sich an ECAs zu beteiligen, um eine Zahlung für die ärztliche Behandlung zu erhalten;
    - 11. es dem Käufer untersagt ist, Zinsen auf die Schuld zu erheben, die über den zum Zeitpunkt des Verkaufs der Schuld geltenden Zinssatz gemäß 6621(a)(2) des Internal Revenue Code hinausgehen (oder einen anderen Zinssatz, der durch Mitteilung oder andere im Internal Revenue Bulletin veröffentlichte Leitlinien festgelegt ist);
  - m. die Schuld an die Organisation zurückzuzahlen ist oder von ihr zurückgefordert werden kann, wenn die Organisation oder der Käufer feststellt, dass die Patientin/der Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat; und
  - lv. der Käufer verpflichtet ist, die in der Vereinbarung festgelegten Verfahren einzuhalten, die sicherstellen, dass die Patientin/der Patient dem Käufer und der Organisation nicht mehr zahlt oder zahlen muss, als den Betrag, für dessen Zahlung sie/er persönlich gemäß der FAP verantwortlich ist, wenn die Patientin/der Patient als anspruchsberechtigt für finanzielle Unterstützung erachtet und die Schuld nicht an die Organisation zurückgegeben oder von ihr zurückgefordert wird;
  - b. jedes Pfandrecht, das die Organisation nach nationalem Recht an den Erträgen aus einem Urteil, einem Vergleich oder einem Kompromiss geltend machen kann, die einem Patienten infolge von Personenschäden geschuldet werden, für die die Organisation Pflege geleistet hat; oder
  - c. die Einreichung einer Forderung in einem Konkursverfahren.
3. **„FAP“** bezeichnet die Finanzhilfepolitik der Organisation, die eine Politik der finanziellen Unterstützung für berechnigte Patientinnen oder Patienten zur Förderung der Mission der Organisation und von Ascension Health und in Übereinstimmung mit 501(r) darstellt.
4. **„FAP-Antrag“** bezeichnet den Antrag auf finanzielle Unterstützung.
5. **„Finanzielle Unterstützung“** bezeichnet die Unterstützung, die die Organisation einem Patienten gemäß dem FAP der Organisation gewähren kann.
6. **„Organisation“** bezeichnet Ascension Via Christi Health, Inc. Um zusätzliche Informationen anzufordern, Fragen oder Kommentare oder eine Beschwerde einzureichen, können Sie sich an die unten aufgeführte Stelle wenden oder an die Stelle, die in jeder entsprechenden Mitteilung oder Korrespondenz, die Sie von der Organisation erhalten, aufgeführt ist:
- Ascension Via Christi Health Kundendienst: 800-298-8347 oder 316-719-1444
7. **„Patientin/Patient“** bezeichnet eine Person, die von der Organisation und jeder anderen Person, die für diese Versorgung finanziell verantwortlich ist (einschließlich Familienmitgliedern und Erziehungsberechtigten), versorgt wird (oder die Versorgung erhalten hat).

## RECHNUNGSSTELLUNG UND FORDERUNGSDURCHSETZUNG

Die Organisation verfügt über ein geordnetes Verfahren zur regelmäßigen Ausstellung von Rechnungen an Patientinnen und Patienten für erbrachte Leistungen sowie zur Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Bleibt eine Patientin oder ein Patient die Zahlung für von der Organisation erbrachte Leistungen schuldig, kann die Organisation Maßnahmen ergreifen, um Zahlungen zu erhalten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf, Versuche, per Telefon, E-Mail und persönlich zu kommunizieren, sowie einen oder mehrere ECAs, vorbehaltlich der Bestimmungen und Einschränkungen, die in dieser Richtlinie zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung enthalten sind. Die Abteilung Revenue Cycle hat die endgültige Befugnis abschließend festzustellen, dass die Organisation angemessene Anstrengungen zur Prüfung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung unternommen hat, und dass die Organisation ECAs durchführen kann.

Gemäß 501(r) legt diese Richtlinie zur Rechnungsstellungs- und Forderungsdurchsetzung fest, was unter den angemessenen Anstrengungen zu verstehen ist, die die Organisation unternehmen muss, um festzustellen, ob eine Patientin oder ein Patient im Rahmen ihres/seines FAP für finanzielle Unterstützung in Frage kommt, bevor sie einen außerordentlichen Inkassovorgang oder einen ECA durchführt. Sobald eine Entscheidung getroffen ist, kann die Organisation wie hierin beschrieben mit einem oder mehreren ECAs fortfahren.

- I. FAP-Antragsbearbeitung. Mit Ausnahme der nachstehend aufgeführten Fälle kann eine Patientin/ein Patient jederzeit hinsichtlich der von der Organisation erhaltenen Notfall- und sonstigen medizinisch erforderlichen Versorgung einen FAP-Antrag stellen. Die Entscheidung über einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird auf der Grundlage der folgenden allgemeinen Kategorien getroffen.
  - a. Vollständige FAP-Anträge. Im Falle einer Patientin / eines Patienten, die/der einen vollständigen FAP-Antrag einreicht, setzt die Organisation zeitnah alle ECAs zur Eintreibung der Forderungen für die Versorgung aus, prüft den Anspruch auf Unterstützung und teilt das Ergebnis schriftlich mit, wie unten beschrieben.
  - b. Feststellung des mutmaßlichen Anspruchs. Wird angenommen, dass eine Patientin/ein Patient zu weniger als der maximal verfügbaren Unterstützung im Rahmen des FAP berechtigt ist, informiert die Organisation die Patientin/den Patienten über die Grundlage für die Entscheidung und räumt der Patientin/dem Patienten eine angemessene Frist ein, um eine großzügigere Unterstützung zu beantragen, bevor ein ECA eingeleitet wird.
  - c. Benachrichtigung und Verfahren bei nicht erfolgter Antragstellung. Sofern kein vollständiger FAP-Antrag eingereicht wird oder die Berechtigung nach den mutmaßlichen Berechtigungskriterien des FAP bestimmt wird, verzichtet die Organisation für mindestens 120 Tage ab dem Datum, an dem die erste Abrechnung für die Versorgung nach der Entlassung an die Patientin/den Patienten gesendet wird, auf die Initiierung von ECAs. Bei mehrmaliger Versorgung können diese Mitteilungsfristen zusammengefasst werden. In diesem Fall richten sich die Fristen nach der letzten Versorgung, die in die Zusammenfassung einbezogen wurde. Vor Einleitung eines **(1)** oder mehrerer ECA(s), um von einer Patientin/einem Patienten, die/der keinen FAP-Antrag gestellt hat, eine Zahlung für die Versorgung zu erhalten, muss die Organisation die folgenden Maßnahmen ergreifen:
    1. Der Patientin/dem Patienten muss eine schriftliche Mitteilung zukommen, aus der hervorgeht, dass für anspruchsberechtigte Patientinnen/Patienten finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht, in der die ECA(s) zu nennen sind, die für die Zahlung der Pflegekosten herangezogen werden sollen, und es ist eine Frist anzugeben, nach der diese ECA(s) eingeleitet werden können, die nicht vor Ablauf einer Frist von 30 Tagen nach dem Datum der schriftlichen Mitteilung liegt;
    11. Der Patientin/dem Patienten eine Klartext-Zusammenfassung des FAP zur Verfügung stellen; und
    111. Angemessene Anstrengungen unternehmen, um die Patientin/den Patienten mündlich über das FAP und den FAP-Antragsprozess zu informieren.

- d. Unvollständige FAP-Anträge. Im Falle einer Patientin bzw. eines Patienten, die bzw. der einen unvollständigen FAP-Antrag einreicht, informiert die Organisation die Patientin bzw. den Patienten schriftlich darüber, wie der FAP-Antrag auszufüllen ist und räumt der Patientin bzw. dem Patienten hierfür eine Frist von dreißig (30) Kalendertagen ein. Alle anhängigen ECAs werden während dieser Zeit ausgesetzt und die schriftliche Mitteilung muss (i) die zusätzlichen Informationen und/oder Unterlagen beschreiben, die nach dem FAP oder dem FAP-Antrag erforderlich sind, um den Antrag zu vervollständigen, und (ii) geeignete Kontaktinformationen enthalten.
2. Beschränkungen bei Aufschub oder Verweigerung von Versorgung. In einer Situation, in der die Organisation beabsichtigt, die medizinisch notwendige Versorgung, wie in der FAP definiert, wegen der Nichtzahlung einer oder mehrerer Rechnungen für zuvor erbrachte, unter die FAP fallende Leistungen durch die Patientin bzw. den Patienten zu verschieben oder zu verweigern oder eine Vorauszahlung zu verlangen, erhält die Patientin/der Patient einen FAP-Antrag und eine schriftliche Mitteilung, dass finanzielle Unterstützung für berechnete Patienten verfügbar ist.
  3. Entscheidungsbenachrichtigung.
    - a. Entscheidungen. Sobald ein ausgefüllter FAP-Antrag in einer Patientenakte eingegangen ist, wertet die Organisation den FAP-Antrag aus, um die Anspruchsberechtigung der Patientin/des Patienten zu bestimmen und diese(n) innerhalb von fünfundvierzig (45) Kalendertagen schriftlich über die endgültige Entscheidung zu informieren. Die Benachrichtigung beinhaltet eine Festlegung des Betrags, für den der Patient finanziell verantwortlich ist. Wird der Antrag auf Unterstützung im Rahmen der FAP abgelehnt, wird eine Mitteilung mit Angabe der Gründe für die Ablehnung und Anweisungen zum Widerspruch oder für eine Überprüfung versandt.
    - b. Rückerstattungen. Die Organisation erstattet den Betrag, den ein Patient/eine Patientin für die Pflege bezahlt hat, der über den Betrag hinausgeht, für den der Patient/die Patientin gemäß FAP persönlich verantwortlich ist, es sei denn, dieser überschüssige Betrag beträgt weniger als 5,00 \$.
    - c. Stornierung von ECA(s). In dem Maße, in dem festgestellt wird, dass eine Patientin/ein Patient nach dem FAP Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wird die Organisation alle angemessenen Maßnahmen ergreifen, um einen gegen die Patientin/den Patienten gerichteten ECA rückgängig zu machen, der zwecks Erhalt einer Zahlung für erfolgte Behandlung angestrengt worden war. Solche angemessenen verfügbaren Maßnahmen umfassen im Allgemeinen u.a. Maßnahmen zur Aufhebung eines Urteils gegen die Patientin bzw. den Patienten, zur Aufhebung einer Abgabe oder eines Pfandrechts auf das Eigentum der Patientin bzw. des Patienten und zur Entfernung aller nachteiligen Informationen aus dem Kreditbericht des Patienten, die an eine Verbrauchermeldebehörde oder ein Kreditbüro gemeldet wurden.
  4. Rechtsmittel. Die Patientin/der Patient kann gegen die Ablehnung des Anspruchs auf finanzielle Unterstützung Widerspruch einlegen, sofern sie/er der Organisation innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen nach Erhalt der Mitteilung über die Ablehnung weitere Informationen zur Verfügung stellt. Alle Anfechtungen werden von der Organisation zur endgültigen Entscheidung geprüft. Wenn die endgültige Entscheidung die vorherige Verweigerung der finanziellen Unterstützung bestätigt, wird die Patientin bzw. der Patient schriftlich benachrichtigt.
  5. Inkasso. Nach Abschluss der oben genannten Verfahren kann die Organisation mit ECAs gegen nicht versicherte und unterversicherte Patienten mit überfälligen Konten fortfahren, wie in den Vorgaben der Organisation zur Erstellung, Verarbeitung und Überwachung von Patientenrechnungen und Zahlungsplänen festgelegt. Vorbehaltlich der hierin genannten Einschränkungen kann die Organisation ein seriöses externes Inkassobüro oder einen anderen Dienstleister für die Bearbeitung von Forderungsausfällen einsetzen, welche ihrerseits die für Dritte geltenden Bestimmungen von 501(r) einhalten müssen.

**ERGÄNZUNG ZU INKASSOBÜROVERTRÄGEN**

Ascension Via Christi Health, Inc.<sup>1</sup> („Gesundheitseinrichtung“) und AMCOL Systems, Inc. („Inkassobüro“) vereinbaren im gegenseitigen Einvernehmen, mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ Tag des \_\_\_\_\_, 20\_, den derzeitigen Vertrag über Inkassodienstleistungen zwischen den Parteien wie folgt zu ändern:

1. Die Gesundheitseinrichtung und ihre Mitgliedsorganisationen haben eine Richtlinie und Verfahren (zusammen die „Richtlinie“) verabschiedet, um den Bestimmungen von Abschnitt 501(r) des Internal Revenue Code und den darin veröffentlichten Vorschriften (zusammen „501 (r)“) zu entsprechen, und weiterhin sozial gerechte Maßnahmen zur Rechnungsstellung und Forderungsdurchsetzung für alle Patienten der Gesundheitseinrichtung sicherzustellen.
2. Das Inkassobüro bestätigt, dass es die Richtlinie erhalten, geprüft und verstanden hat.
3. Vorbehaltlich des Absatzes 4 dieser Ergänzung verpflichtet sich das Inkassobüro, die Richtlinie bei der Durchführung seiner Aktivitäten im Zusammenhang mit der Eintreibung von Forderungen, die Patienten der Gesundheitseinrichtung betrifft, einzuhalten. Zu diesen Aktivitäten gehören u. a.:
  - a. Alle Mitteilungen an Patienten der Gesundheitseinrichtung oder Personen, die finanziell verantwortlich sind und an das Inkassobüro übergeben werden, um die der Gesundheitseinrichtung geschuldeten Beträge einzutreiben, und
  - b. alle Gerichtsverfahren oder sonstigen Inkassomaßnahmen jeglicher Art gegen eine Patientin/einen Patienten der Gesundheitseinrichtung oder eine finanziell verantwortliche Person, die an das Inkassobüro übergeben wurden, um der Gesundheitseinrichtung geschuldete Beträge einzutreiben.
4. Das Inkassobüro erklärt sich damit einverstanden, jederzeit in Übereinstimmung mit Abschnitt 501(r) zu handeln und nicht ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Gesundheitseinrichtung von den in der Richtlinie festgelegten Standards und Anforderungen abzuweichen.

---

<sup>1</sup> Im Falle der Beauftragung des Inkassobüros durch eine dritte Partei ist das Addendum so zu überarbeiten, dass es die Drittpartei gemeinsam mit dem Inkassobüro umsetzen kann.