Richtlinie zur finanziellen Unterstützung für Krankenhausleistungen von Northern Light Health
(26.06.2026)

DEFINITIONEN

Amount Generally Billed (Allgemein berechneter Betrag) (AGB): Der Betrag, der normalerweise Personen mit Krankenversicherung für Notfallversorgung oder andere medizinisch notwendige Behandlungen berechnet werden. Northern Light Health ermittelt jährlich den AGB für jedes der Krankenhäuser seiner Mitgliedsorganisationen. Northern Light Health kann zur Berechnung des AGB entweder die Rückblickmethode oder die prospektive Methode anwenden, je nachdem, welche Methode das jeweilige Krankenhaus der Mitgliedsorganisation als angemessen erachtet.

- Bei der Rückblickmethode berechnet Northern Light Health den AGB, indem es die Gesamtzahlungen, die das betreffende Krankenhaus der Mitgliedsorganisation im vorangegangenen Geschäftsjahr von allen privaten Krankenversicherungen und von Medicare erhalten hat, durch die Bruttokosten des Krankenhauses für Leistungen dividiert, die im selben Zeitraum für Begünstigte im Rahmen dieser privaten Krankenversicherungen und von Medicare erbracht wurden.
- Bei der prospektiven Methode ermittelt Northern Light Health den AGB, indem der Betrag geschätzt wird, den Medicare (Gebührenordnung für medizinische Leistungen) oder Medicaid für Notfallbehandlungen oder andere medizinisch notwendige Behandlungen zulassen würden. Dabei werden die gleichen Kodierungs- und Abrechnungsverfahren angewendet, die das Krankenhaus anwenden würde, wenn der Patient ein Medicare- oder Medicaid-Leistungsempfänger wäre. Der AGB nach dieser Methode umfasst sowohl die Zahlung des Versicherers als auch die Kostenbeteiligungsverpflichtungen des Patienten, wie Selbstbehalte, Mitversicherungsanteile und Zuzahlungen.
- Eine kostenlose schriftliche Erläuterung dazu, wie Northern Light Health den AGB berechnet, sowie der für ein bestimmtes Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation geltende AGB sind auf Anfrage oder unter http://northernlighthealth.org/billing-help erhältlich.

Antragsfrist: Der Zeitraum, innerhalb dessen Northern Light Health einen Antrag auf finanzielle Unterstützung entgegennehmen und bearbeiten muss. Die Antragsfrist beginnt an dem Tag, an dem die Behandlung durch ein Krankenhaus einer Mitgliedsorganisation von Northern Light Health für eine Person erbracht wird, und endet frühestens am 240. Tag nach dem Datum, an dem die erste Abrechnung für die Behandlung nach der Entlassung ausgestellt wurde.

Elektive kosmetische Chirurgie: CMS Medicare Hospital Manual (CMS Medicare-Krankenhaushandbuch), Abschnitt 250.11. Kosmetische Chirurgie umfasst alle chirurgischen Eingriffe, die auf die Verbesserung des Aussehens abzielen, es sei denn, sie sind zur unverzüglichen (d. h. sobald dies medizinisch möglich ist) Behebung einer Unfallverletzung oder zur Verbesserung der Funktion eines missgebildeten Körperteils erforderlich.

Notfallversorgung:

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

- Eine Person stellt sich in der Notaufnahme (Emergency Department - ED) vor und beantragt die Untersuchung oder Behandlung einer beliebigen Erkrankung; oder
- Der Patient wird in einer Abteilung oder Praxis behandelt, die der Öffentlichkeit (durch Nennung des Namens, Aushänge, Werbung oder auf andere Weise) als Einrichtung präsentiert wird, die medizinische Notfälle dringend versorgt, ohne dass ein vorheriger Termin vereinbart werden muss (z. B. eine Notfallambulanz, eine außerhalb des Krankenhausgeländes gelegene Entbindungsstation usw.).

Außerordentliche Inkassomaßnahmen (Extraordinary Collection Actions - ECAs): Die folgenden Maßnahmen, die gegen eine Person oder gegen eine andere Person ergriffen werden, welche die Verantwortung für die Krankenhausrechnung der Mitgliedsorganisation dieser Person im Zusammenhang mit der Behandlung übernommen hat oder übernehmen muss, und welche der Einziehung der Zahlung einer Rechnung für eine im Rahmen dieser Richtlinie (FAP) abgedeckte Behandlung dienen: (i) der Verkauf der Forderung einer Person an einen Dritten; (ii) die Meldung negativer Informationen über die betroffene Person an Verbraucherauskunfteien oder Kreditauskunftsstellen; und (iii) Maßnahmen, die ein rechtliches oder gerichtliches Verfahren erfordern (z. B. die Eintragung eines Pfandrechts auf das Vermögen der betroffenen Person, die Zwangsvollstreckung in das Vermögen der betroffenen Person, die Pfändung des Lohns der betroffenen Person).

ECAs **umfassen nicht die** Eintragung von Pfandrechten der Mitgliedsorganisationen auf das Vermögen eines Patienten, um die Erlöse aus Vergleichen, Urteilen oder Einigungen zu erlangen, die sich aus einer Klage des Patienten gegen einen Dritten ergeben, der die Verletzungen des Patienten verursacht hat.

ECAs **umfassen auch nicht** den Verkauf der Forderung einer Person durch ein Mitgliedskrankenhaus an einen Dritten, wenn das Mitgliedskrankenhaus vor dem Verkauf eine rechtsverbindliche schriftliche Vereinbarung mit dem Käufer der Forderung abschließt, die vier Bedingungen enthält:

1. Der Käufer der Forderung muss sich verpflichten, keine ECAs durchzuführen, um die Begleichung der Forderung zu erwirken;
2. der Käufer der Forderung muss sich verpflichten, keine Zinsen auf die Forderung zu erheben, die über den zum Zeitpunkt des Verkaufs der Forderung gemäß Abschnitt 6621(a)(2) geltenden Zinssatz hinausgehen (oder über einen anderen Zinssatz, der durch Bekanntmachung oder andere im „Internal Revenue Bulletin“ veröffentlichte Leitlinien festgelegt wurde);
3. die Forderung muss vom Krankenhaus der Mitgliedsorganisation zurückgegeben oder zurückgefordert werden können, sobald das Krankenhaus der Mitgliedsorganisation oder der Käufer feststellt, dass die betreffende Person im Rahmen der FAP anspruchsberechtigt ist; und
4. falls festgestellt wird, dass die Person FAP-berechtigt ist (siehe Definition unten) und die Forderung nicht an das Krankenhaus der Mitgliedsorganisation zurückgegeben oder von diesem zurückgerufen wird, muss der Käufer die in der Vereinbarung festgelegten Verfahren einhalten, die sicherstellen, dass die Person dem Käufer und dem Krankenhaus der Mitgliedsorganisation zusammen nicht mehr zahlt und auch nicht

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

verpflichtet ist, mehr zu zahlen, als die Person als FAP-berechtigte Person persönlich zu zahlen hat.

ECAs **umfassen zudem nicht** die Einreichung eines Anspruchs im Rahmen eines Insolvenzverfahrens.

Familie: Eine Familie ist eine Gruppe von zwei oder mehr Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption miteinander verwandt sind, gemeinsam leben und untereinander unterhaltsrechtliche Verpflichtungen bestehen; alle diese miteinander verwandten Personen gelten als eine Familie.

Familieneinkommen: Bruttolöhne, Gehälter, Dividenden, Zinsen, Sozialversicherungsleistungen, Arbeitsunfallentschädigungen, Veteranenleistungen, Ausbildungsbeihilfen, Militärzulagen, regelmäßige Unterhaltszahlungen von Familienmitgliedern, die nicht im Haushalt leben, staatliche Renten, private Renten, alle Versicherungsleistungen und Rentenzahlungen, Einkünfte aus Mieteinnahmen, Lizenzgebühren, Nachlässen und Treuhandvermögen. Alle Formen von Einkünften aus selbständiger Tätigkeit sind enthalten.

FAP-berechtigte Person: Eine Person, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat (unabhängig davon, ob die Person Unterstützung im Rahmen des FAP beantragt hat).

Federal Poverty Level (Bundesarmutsgrenze) (FPL): Die vom United States Department of Health and Human Services (US-Gesundheitsministerium) festgelegte und im Federal Register (Bundesanzeiger) veröffentlichte Einkommensrichtlinie zur Armutsgrenze. **Antrag auf finanzielle Unterstützung:**Ein Antrag, der gemäß dem in Abschnitt III dieser Richtlinie festgelegten Verfahren ausgefüllt wurde.

Bruttokosten: Der volle, festgelegte Preis für medizinische Leistungen eines Krankenhauses der Mitgliedsorganisation, den dieses Krankenhaus den Patienten durchgängig und einheitlich in Rechnung stellt, bevor vertraglich vereinbarte Ermäßigungen, Rabatte oder Abzüge berücksichtigt werden.

Einwohner von Maine: Eine Person, die im Bundesstaat Maine lebt und beabsichtigt, auf unbestimmte Zeit in diesem Bundesstaat zu verbleiben; oder die mit einer festen, befristeten, saisonalen oder sonstigen Beschäftigungsvereinbarung in den Bundesstaat einreist oder auf Arbeitssuche ist. Der Begriff „Einwohner von Maine“ umfasst keine Personen, die sich vorübergehend als Touristen oder Besucher im Bundesstaat aufhalten.

Einkommen: Modified Adjusted Gross Income (Modifiziertes bereinigtes Bruttoeinkommen) (MAGI): Methode zur Berechnung des Bruttoeinkommens gemäß 42 CFR 435.603(e) zum Zwecke der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf kostenlose oder vergünstigte medizinische Versorgung.

Die Anspruchsberechtigung kann wie folgt berechnet werden:

(1) Durch Multiplikation des Familieneinkommens des Patienten in den drei Monaten vor der Feststellung der Anspruchsberechtigung mit 4; oder

(2) Unter Zugrundelegung des tatsächlichen Familieneinkommens des Patienten in den zwölf Monaten vor der Feststellung der Anspruchsberechtigung

Medizinisch notwendige Versorgung: Medizinische Leistungen oder Hilfsmittel, die:

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

1. von einem Arzt verordnet wurden und für die Symptome, die Diagnose oder die Behandlung der körperlichen oder psychischen Erkrankung angemessen und notwendig sind;
2. zur Diagnose oder zur unmittelbaren Versorgung und Behandlung einer körperlichen oder psychischen Erkrankung erbracht werden;
3. den Standards der guten medizinischen Praxis entsprechen, wie sie in der medizinischen und psychiatrischen Fachwelt im Versorgungsgebiet gelten;
4. nicht in erster Linie der Bequemlichkeit des Patienten oder eines Leistungserbringers dienen; und
5. den am besten geeigneten Umfang an Leistungen oder Hilfsmitteln darstellen, der sicher erbracht werden kann, oder, falls erforderlich, gemäß den Ergebnissen einer Überprüfung des Leistungsnutzungsverfahrens festgelegt wird.

Modified Adjusted Gross Income (Modifiziertes bereinigtes Bruttoeinkommen) (MAGI): Methode zur Berechnung des Bruttoeinkommens zum Zwecke der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf kostenlose oder vergünstigte medizinische Versorgung.
Mehrfamilien -Haushalt: Wenn ein Haushalt mehr als eine Familie und/oder mehr als eine nicht verwandte Person umfasst, gelten die Einkommensrichtlinien separat für jede Familie und/oder jede nicht verwandte Person und nicht für den Haushalt als Ganzes.

ZWECK

Diese Richtlinie regelt die kostenlose Versorgung und Preisnachlässe und untermauert das Engagement von Northern Light Health, den Zugang zu erschwinglicher, hochwertiger Gesundheitsversorgung auf finanziell verantwortungsvolle Weise zu gewährleisten. Die Gewährung finanzieller Unterstützung ist konsequent, angemessen und unerlässlich, um unseren Auftrag, unsere Vision und unsere Werte zu erfüllen.

RICHTLINIE

Zur Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens der betreuten Gemeinden haben nicht versicherte oder unterversicherte Personen mit begrenzten finanziellen Mitteln, die keinen Anspruch auf verschiedene Sozialleistungsprogramme haben, das Recht, auf der Grundlage festgelegter Kriterien, wie sie in dieser Richtlinie dargelegt sind, kostenlose oder vergünstigte medizinische Versorgung zu beantragen. Damit soll sichergestellt werden, dass denjenigen, die bedürftig sind und am wenigsten zahlungsfähig sind, finanzielle Unterstützung gewährt wird.

Northern Light Health verfügt über eine gesonderte Richtlinie zur Rechnungsstellung und zum Inkasso (Systemrichtlinie 16-009, „Rechnungsstellung und Inkasso für Krankenhausleistungen von Northern Light Health“), in der die Maßnahmen beschrieben sind, die Northern Light Health im Falle einer Nichtzahlung ergreifen kann.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

I. **EINSCHRÄNKUNGEN**

A. Diese Richtlinie gilt für:

1. Einwohner von Maine, die Notfallversorgung und andere medizinisch notwendige Behandlungen erhalten, wie sie nach dem klinischen Urteil des Leistungserbringers festgelegt werden, unabhängig von der finanziellen Situation des Patienten, und welche die Anforderungen in Abschnitt II erfüllen.
2. Personen, unabhängig von ihrem Wohnsitz, die Notfallversorgung in Anspruch nehmen und welche die Anforderungen in Abschnitt II erfüllen.

B. Die finanzielle Unterstützung umfasst nicht:

1. die Bereitstellung einer Krankenversicherung;
2. dient nicht als Ersatz oder Ergänzung zur Krankenversicherung;
3. garantiert keine Leistungen;
4. medizinische Dienstleister, die nicht zu Northern Light Health gehören (Drittanbieter);
5. gesetzlich vorgeschriebene oder aus klinischen Gründen erforderliche Mindest-Zuzahlungen (z. B. bei Programmen zur Gewalttätertherapie; bei Programmen zur Suchtbehandlung);
6. elektive kosmetische Chirurgie.

II. **BERECHTIGUNG ZU KOSTENLOSER ODER ERMÄSSIGTER MEDIZINISCHER VERSORGUNG**

A. **Aktive Standorte des NHSC[1] (als Critical Access Hospitals (CAH) (kritisch eingestufte Krankenhäuser) (CAH) und Rural Health Clinics (ländliche Gesundheitskliniken) (RHC) ausgewiesene Einrichtungen)**

i. Finanzielle Unterstützung für medizinisch notwendige Behandlungen steht Einwohnern von Maine zur Verfügung, die:

- keinen Krankenversicherungsschutz haben oder über einen Versicherungsschutz verfügen, der nur einen Teil der Kosten übernimmt und
- die unten aufgeführten Einkommenskriterien erfüllen.

ii. Finanzielle Unterstützung für Notfallbehandlungen steht Einwohnern von Maine sowie Nicht-Einwohnern von Maine zur Verfügung, die:

- keinen Krankenversicherungsschutz haben oder über einen Versicherungsschutz verfügen, der nur einen Teil der Kosten übernimmt und
- die unten aufgeführten Einkommenskriterien erfüllen.

[1] DasNational Health Service Corps (NHSC) unterstützt qualifizierte Gesundheitsfachkräfte, die in ländlichen Gesundheitskliniken und Krankenhäusern der Grundversorgung arbeiten, bei der Rückzahlung von Studiendarlehen.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

Die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen bieten eine 100 % finanzielle
Unterstützung bzw. kostenlose Versorgung auf der Grundlage der nachstehend definierten Kriterien an:

- Das Bruttoeinkommen liegt bei höchstens 200 % der FPL, berechnet nach der Methode des Modifizierten bereinigten Bruttoeinkommens (Modified Adjusted Gross Income - MAGI) , und unterliegt der Genehmigung.
- Der Patient ist in Maine ansässig.
- Nicht in Maine ansässige Person, die eine Notfallversorgung benötigt.
- Für medizinisch notwendige Leistungen oder Hilfsmittel.

Die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen bieten einkommensabhängige monatliche Zahlungspläne an, deren Höhe 4 % des monatlichen Familieneinkommens des Patienten nicht überschreiten darf, das nach dem Recht des Bundesstaates Maine nicht von Pfändungen oder Lohnpfändungen ausgenommen ist, und zwar auf der Grundlage der nachstehend definierten Kriterien:

- Das Bruttoeinkommen darf 400 % der FPL nicht überschreiten, berechnet nach der Methode des Modifizierten bereinigten Bruttoeinkommens (Modified Adjusted Gross Income - MAGI) und und unterliegt der Genehmigung.
- Der Patient ist in Maine ansässig.
- Nicht in Maine ansässige Person, die eine Notfallversorgung benötigt.
- Für medizinisch notwendige Leistungen oder Hilfsmittel.

iii. Keine Person, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss für Notfallbehandlungen oder anderweitig medizinisch notwendige Behandlungen mehr bezahlen als den berechneten AGB.
iv. Die Patienten werden dabei unterstützt und dazu ermutigt, einen Antrag auf einen erschwinglichen Versicherungsschutz, MaineCare und/oder Möglichkeiten zur Kostenübernahme durch Dritte zu stellen.

B. **Alle anderen Standorte**

i. Finanzielle Unterstützung für <u>medizinisch notwendige Behandlungen</u> steht Einwohnern von Maine zur Verfügung, die:
   - keinen Krankenversicherungsschutz haben oder über einen Versicherungsschutz verfügen, der nur einen Teil der Kosten übernimmt
     und
   - die unten aufgeführten Einkommenskriterien erfüllen.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

ii. Finanzielle Unterstützung für Notfallbehandlungen steht Einwohnern von Maine sowie Nicht-Einwohnern von Maine zur Verfügung, die:
- keinen Krankenversicherungsschutz haben oder über einen Versicherungsschutz verfügen, der nur einen Teil der Kosten übernimmt
und
- die unten aufgeführten Einkommenskriterien erfüllen.

Die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen bieten eine 100 % finanzielle Unterstützung bzw. kostenlose Versorgung auf der Grundlage der nachstehend definierten Kriterien an:

- Das Bruttoeinkommen liegt unter 200 % der FPL, berechnet nach der Methode des Modifizierten bereinigten Bruttoeinkommens (Modified Adjusted Gross Income - MAGI) und unterliegt der Genehmigung..
- Der Patient ist in Maine ansässig
- Nicht in Maine ansässige Person, die eine Notfallversorgung benötigt
- Für medizinisch notwendige Leistungen oder Hilfsmittel
- Alle Möglichkeiten einer Kostenübernahme durch Dritte wurden geprüft

Die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen bieten einkommensabhängige monatliche Zahlungspläne an (die 4 % des monatlichen Einkommens der betreffenden Person nicht überschreiten dürfen), die auf den nachstehend definierten Kriterien basieren:

- Das Bruttoeinkommen darf 400 % der FPL nicht überschreiten, berechnet nach der Methode des Modifizierten bereinigten Bruttoeinkommens (Modified Adjusted Gross Income - MAGI) und und unterliegt der Genehmigung.
- Der Patient ist in Maine ansässig
- Nicht in Maine ansässige Person, die eine Notfallversorgung benötigt
- Für medizinisch notwendige Leistungen oder Hilfsmittel
- Alle Möglichkeiten zur Kostenübernahme durch Dritte wurden ausgeschöpft

iii. Keine Person, die Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss für Notfallbehandlungen oder anderweitig medizinisch notwendige Behandlungen mehr bezahlen als den berechneten AGB.

VORGEHENSWEISE

I. **IDENTIFIZIERUNG POTENZIELL IN FRAGE KOMMENDER PATIENTEN**

A. Soweit möglich, führt das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation vor dem Leistungstermin des Patienten ein Aufnahmegespräch mit dem Patienten, dem Bürgen und/oder dessen gesetzlichem Vertreter durch. Ist ein

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

Aufnahmegespräch nicht möglich, wird das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation eine schriftliche Mitteilung über die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung gemäß den nachstehenden Ausführungen bereitstellen:

a. **Stationäre Leistungen** – Die schriftliche Mitteilung muss bei der Aufnahme oder, im Falle einer Notaufnahme, vor der Entlassung des Patienten ausgehändigt werden.
    i. Im Falle einer Notaufnahme sollte die Prüfung alternativer Zahlungsmöglichkeiten durch Northern Light Health erst erfolgen, nachdem die erforderliche medizinische Versorgung gewährleistet wurde.
b. **Ambulante Leistungen** – Die schriftliche Mitteilung muss zum Zeitpunkt der Leistungserbringung erfolgen und/oder der Rechnung des Patienten beigefügt werden.

    1. Zum Zeitpunkt des ersten Patientengesprächs sollten folgende Informationen erfasst werden:
        a. Routinemäßige und umfassende demografische Daten sowie
        b. vollständige Informationen zu allen bestehenden Versicherungen durch Dritte.

B. Allen Patienten wird die Möglichkeit geboten, finanzielle Unterstützung zu beantragen. Wenn ein Patient nach Verlassen der Einrichtung finanzielle Unterstützung beantragt, wird ein Mitarbeiter der Patientenabrechnung dem Patienten bzw. Erziehungsberechtigten Anweisungen zum Zugriff auf das Online-Antragsformular für finanzielle Unterstützung geben, damit dieses ausgefüllt werden kann.
    a. Sollte der Patient bzw. der Erziehungsberechtigte angeben, keinen Internetzugang zu haben, oder eine gedruckte Kopie anfordern, wird ein Patientenbetreuer dem Patienten bzw. dem Erziehungsberechtigten ein Antragsformular für finanzielle Unterstützung zum Ausfüllen per Post zusenden.

C. Die Ermittlung potenziell berechtigter Patienten kann zu jedem Zeitpunkt während des Antragszeitraums erfolgen.

D. Finanzberater stehen in der Regel während der regulären Geschäftszeiten zur Verfügung, um folgende Dienstleistungen anzubieten:
    1. Ermittlung möglicher Zahlungsquellen wie Unfallhaftpflichtversicherung oder COBRA.
    2. Prüfung der Patienten auf eine mögliche Kostenübernahme durch staatliche, bundesstaatliche oder kommunale Hilfsprogramme, einschließlich der kostenlosen Krankenhausversorgung durch Mitgliedsorganisationen.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

3. Unterstützung der Patienten bei der Beantragung von staatlich oder bundesstaatlich geförderten Krankenversicherungen und kostenlosen Versorgungsprogrammen.
4. Beratung bei finanziellen Fragen.
5. Vereinbarung von Zahlungsmodalitäten.
6. Erstellung von Kostenvoranschlägen.
7. Auf Anfrage Aushändigung einer detaillierten Abrechnung.

E. Das Krankenhaus der Northern Light Health-Member Organization kann sich auf Informationen aus anderen Quellen stützen, um festzustellen, ob die betreffende Person Anspruch auf Unterstützung hat.

II. BEKANNTMACHUNG ZU NICHT ABGEDECKTEN LEISTUNGEN

A. Vor der Erbringung einer medizinischen Leistung, Behandlung, eines Eingriffs oder einer Untersuchung, die nicht unter diese Richtlinie zur finanziellen Unterstützung fällt, muss das Krankenhaus den Patienten vorab schriftlich darüber informieren, dass die betreffende Leistung nicht abgedeckt ist.
B. Das Krankenhaus darf einem Patienten keine Kosten für eine Leistung in Rechnung stellen, wenn keine vorherige Benachrichtigung über die Nichtabdeckung erfolgt ist. Die Abrechnung solcher Leistungen gegenüber dem Krankenversicherungsträger des Patienten ist, soweit zutreffend, zulässig.

III. MASSNAHMEN ZUR BREITEN BEKANNTMACHUNG DER RICHTLINIE ZUR FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNG IN DER GEMEINDE

Northern Light Health und seine Mitgliedsorganisationen werden alle geltenden Gesetze, Vorschriften und Bestimmungen hinsichtlich der Unterrichtung von Patienten über finanzielle Unterstützung einhalten, einschließlich der folgenden:

A. Aushänge und individuelle Hinweise mit Informationen über die Verfügbarkeit kostenloser medizinischer Versorgung oder finanzieller Unterstützung befinden sich an wichtigen öffentlichen Orten des Krankenhauses der Mitgliedsorganisation, darunter unter anderem: Zentrale Anmeldung/Patientenaufnahme, Wartebereich der Notaufnahme, Klinikstandorte, Wartezimmer der vom Krankenhaus der Mitgliedsorganisation angestellten Ärzte, Standorte der Finanzberater sowie die Verwaltungsstelle.

B. Gedruckte Exemplare dieser Richtlinie, des Antrags auf finanzielle Unterstützung und der Zusammenfassung in leicht verständlicher Sprache sind an den unter (A) oben aufgeführten Standorten erhältlich und werden den Patienten im Rahmen des Aufnahme- oder Entlassungsprozesses angeboten.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

C. Informationen, wie z. B. Broschüren, werden in den Patienten-Service-/Informationsmappen und/oder in den Patientenaufnahmebereichen bereitgestellt und sind auf Anfrage per Telefon, über das Internet oder persönlich erhältlich.

D. Auf allen Rechnungsbescheiden wird ein gut sichtbarer Hinweis auf die Verfügbarkeit finanzieller Unterstützung angebracht, einschließlich der Telefonnummer der Krankenhausverwaltung oder -abteilung der Mitgliedsorganisation, die Auskünfte zu dieser Richtlinie und zum Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung erteilen kann, sowie der URL oder Webadresse, unter der Kopien dieser Richtlinie, des Antragsformulars für finanzielle Unterstützung und einer Zusammenfassung in leicht verständlicher Sprache abgerufen werden können. Die Abrechnung enthält zudem Informationen zum Verfahren zur Anfechtung von Gebühren.

E. Alle öffentlichen Informationen und/oder Formulare bezüglich der Gewährung finanzieller Unterstützung, einschließlich, aber nicht beschränkt auf diese Richtlinie, den Antrag auf finanzielle Unterstützung und die Zusammenfassung der Richtlinie in leicht verständlicher Sprache, werden in Sprachen verfasst, die für das Dienstleistungsgebiet der Einrichtung angemessen sind. Öffentliche Informationen, Formulare und/oder Beschilderungen werden für Bevölkerungsgruppen mit begrenzten Englischkenntnissen übersetzt. Diese Übersetzungen werden in Sprachen bereitgestellt, die nicht Englisch sind und von mindestens 1.000 Personen oder 5 % (je nachdem, welcher Wert geringer ist) der Bevölkerung gesprochen werden, die vom Krankenhaus der Mitgliedsorganisation versorgt wird.

F. Der Antrag auf finanzielle Unterstützung, die Anweisungen, die Zusammenfassung in leicht verständlicher Sprache sowie die gesonderten Richtlinien zur Rechnungsstellung und zum Inkasso können unter http://northernlighthealth.org/billing-help abgerufen werden.

G. Northern Light Health wird sich in angemessener Weise bemühen, eine Person mindestens 30 Tage vor Einleitung von ECA-Maßnahmen gegen diese Person mündlich über die Richtlinien zur finanziellen Unterstützung des Krankenhauses der Mitgliedsorganisation sowie darüber zu informieren, wie sie Unterstützung beim Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung erhalten kann.

H. Sollte der Patient zu irgendeinem Zeitpunkt während des Antragszeitraums angeben, dass er nicht zahlungsfähig ist, wird er über die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung informiert und erhält ein Antragsformular für finanzielle Unterstützung. Das Antragsformular für finanzielle Unterstützung sowie die entsprechenden Anweisungen sind unter http://northernlighthealth.org/billing-help abrufbar.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

IV. VERFAHREN ZUR BEANTRAGUNG VON FINANZIELLER UNTERSTÜTZUNG

A. Der Patient sollte ein schriftliches Antragsformular für finanzielle Unterstützung erhalten und dieses ausfüllen sowie alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise vorlegen, die zur Überprüfung der Anspruchsberechtigung notwendig sind. Die Arten von Nachweisen und Unterlagen, die zur Untermauerung des Antrags auf finanzielle Unterstützung erforderlich sind, sind in den Anweisungen zum Antragsformular für finanzielle Unterstützung aufgeführt. Northern Light Health verlangt keine notarielle Beglaubigung des Antrags oder der Begleitunterlagen.

B. Vermutete Anspruchsberechtigung – Eine Feststellung, bei der aufgrund finanzieller und historischer Kriterien davon ausgegangen wird, dass ein Patient Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat:
   1. Die Person hat Anspruch auf bestimmte staatliche Programme, z. B. SNAP, TANF;
   2. Die Person hat derzeit Anspruch auf Medicaid, aber zum Zeitpunkt der Leistungserbringung war dies nicht der Fall;
   3. Die Person ist obdachlos;
   4. Die Person ist verstorben und verfügt über keinen bekannten Nachlass, aus dem die Krankenhausschulden beglichen werden könnten;
   5. Die betreffende Person hat nach den Bestimmungen des Landes Anspruch auf Unterstützung gemäß dem Gesetz zur Entschädigung von Opfern Gewaltverbrechen (Violent Crimes Victims Compensation Act) oder dem Sexual Gesetz zur Entschädigung von Opfern sexueller Übergriffe (Assault Victims Compensation Act).

C. Dem Patienten bzw. Erziehungsberechtigten wird ein formelles Schreiben per Post zugestellt, in dem mitgeteilt wird, ob der Antrag auf finanzielle Unterstützung genehmigt oder abgelehnt wurde Im Falle einer vollständigen oder teilweisen Ablehnung enthält das Schreiben folgende Angaben:
   1. Die konkreten Gründe für die Entscheidung sowie
   2. einen Hinweis darauf, dass der Antragsteller das Recht auf eine faire Anhörung bezüglich der Ablehnung hat und
   3. Anweisungen dazu, wie eine solche faire Anhörung beantragt werden kann.

D. Ein genehmigter Antrag auf finanzielle Unterstützung eines beliebigen Krankenhauses der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation wird von jedem Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation zur vorläufigen Feststellung der Anspruchsberechtigung für einen Zeitraum von sechs Monaten ab dem Genehmigungsdatum herangezogen, es sei denn, einer der folgenden Fälle trifft zu:
   1. Nachträgliche Erbringung stationärer Leistungen;
   2. Einkommensänderung;
   3. Änderung der Familiengröße;

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

4. Änderung des Beschäftigungsstatus;
5. Der Patient erfüllt die Anspruchsvoraussetzungen für Medicaid.

E. Interessierte Personen können sich an jedes beliebige Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation wenden, um weitere Informationen zum Antragsverfahren für finanzielle Unterstützung sowie Unterstützung beim Ausfüllen des Antrags zu erhalten. Eine Liste der Krankenhäuser der Mitgliedsorganisationen sowie deren Kontaktdaten finden Sie unter http://northernlighthealth.org/billing-help.

F. Patienten, die eine medizinische Notfallversorgung in Anspruch nehmen: Die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen leisten ohne Diskriminierung medizinische Notfallversorgung (im Sinne von Abschnitt 1867 des Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd)) für Personen, unabhängig von deren Anspruch auf Unterstützung gemäß dieser Richtlinie und gemäß den Anforderungen des Emergency Medical Treatment and Active Labor Act („EMTALA“), wie in der Systemrichtlinie 21-007, „Regeln für Notfallbehandlungen und Verlegungen“ (Emergency Treatment and Transfer Rules) näher beschrieben. Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen dürfen keine Maßnahmen ergreifen, die Personen davon abhalten, medizinische Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, beispielsweise indem sie von Patienten verlangen, vor der Behandlung von medizinischen Notfällen zu zahlen, oder indem sie Inkassomaßnahmen zulassen, welche die diskriminierungsfreie Bereitstellung medizinischer Notfallversorgung beeinträchtigen.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

V. AUSSERORDENTLICHE INKASSOMAßNAHMEN (EXTRAORDINARY COLLECTION ACTIONS - ECAs)

A. **Allgemeine Voraussetzungen vor der Einleitung von ECAs**

Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen dürfen frühestens 120 Tage nach dem Datum, an dem das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation die erste Abrechnung für die Behandlung nach der Entlassung ausgestellt hat, und erst dann, wenn die betroffene Person über die FAP informiert wurde, ECA-Maßnahmen einleiten. Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen, bevor sie ECA-Maßnahmen gegen eine Person einleiten, angemessene Anstrengungen unternehmen, um festzustellen, ob die betreffende Person gemäß **Abschnitt 1** unten Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat. ECAs dürfen nicht eingeleitet werden, wenn der Patient mit dem Krankenhaus der Mitgliedsorganisation eine zufriedenstellende Zahlungsvereinbarung getroffen hat. Schließlich muss der Vizepräsident für Finanzen oder eine von ihm benannte Person vor Beginn einer ECA feststellen, dass das Krankenhaus der Mitgliedsorganisation angemessene Anstrengungen unternommen hat, um zu prüfen, ob eine Person im Rahmen der FAP anspruchsberechtigt ist, und dass es im Übrigen die Abrechnungsrichtlinien von Northern Light Health eingehalten hat. Vor einer solchen Feststellung durch den Vizepräsidenten für Finanzen oder eine von ihm benannte Person darf keine ECA eingeleitet werden.

1. **Angemessene Anstrengungen**

Ein Krankenhaus einer Northern Light Health-Mitgliedsorganisation gilt als eine Organisation, die angemessene Anstrengungen unternommen hat, um festzustellen, ob eine Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat, wenn das Krankenhaus einer Northern Light Health-Mitgliedsorganisation entweder: (i) feststellt, dass die Person die Voraussetzungen für eine vorläufige Anspruchsfeststellung erfüllt; oder (ii) den Antragsteller innerhalb von 15 Tagen nach Eingang eines Antrags benachrichtigt und ihm klar erläutert, welche zusätzlichen Informationen oder Unterlagen gegebenenfalls erforderlich sind, um den Antrag zu vervollständigen; oder (iii) die Person innerhalb von 45 Tagen nach Eingang eines vollständigen Antrags auf finanzielle Unterstützung über die FAP informiert und jeden von der Person eingereichten FAP-Antrag (unabhängig davon, ob der Antrag vollständig oder unvollständig ist) gemäß den folgenden Verfahren bearbeitet.

a. Um eine vorläufige Anspruchsfeststellung zu treffen, muss das Krankenhaus der Mitgliedsorganisation feststellen, dass die Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, und zwar auf der Grundlage von Informationen, die nicht von der Person selbst bereitgestellt wurden, oder basierend auf einer früheren FAP-Anspruchsfeststellung. Wird vorläufig festgestellt, dass die Person Anspruch auf

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

eine Unterstützung hat, die geringer ist als die großzügigste im Rahmen der FAP verfügbare Unterstützung, muss das Krankenhaus der Mitgliedsorganisation:

i. die Person über die Grundlage der Entscheidung und darüber informieren, wie sie eine großzügigere Unterstützung im Rahmen der FAP beantragen kann;
ii. der Person eine angemessene Frist einräumen, um eine großzügigere Unterstützung zu beantragen, bevor eine ECA eingeleitet wird und
iii. falls die betroffene Person innerhalb der Antragsfrist einen vollständigen FAP-Antrag auf großzügigere Unterstützung einreicht, die in **Abschnitt 3** unten beschriebenen Schritte einleiten.

b. Um eine Person angemessen über die FAP zu informieren, müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen alle folgenden Maßnahmen ergreifen:

i. Die betroffene Person auf**alle**folgenden Weisen über die FAP informieren, und zwar mindestens 30 Tage vor Einleitung einer oder mehrerer ECAs:
   1. Der betroffenen Person eine schriftliche Mitteilung zukommen lassen, aus der hervorgeht, dass für berechtigte Personen finanzielle Unterstützung zur Verfügung steht, in der die ECAs aufgeführt sind, die das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation zur Einziehung der Zahlungen zu nutzen beabsichtigt, und in der eine Frist angegeben ist, nach deren Ablauf ECAs eingeleitet werden können; diese Frist darf nicht früher als 30 Tage nach dem Datum der Zustellung der schriftlichen Mitteilung liegen.
   2. Der schriftlichen Mitteilung eine in einfacher Sprache verfasste Zusammenfassung der FAP beifügen.
   3. Es sind angemessene Anstrengungen zu unternehmen, um die betroffene Person mündlich über die FAP zu informieren und ihr mitzuteilen, wie sie Unterstützung im Rahmen des FAP-Verfahrens erhalten kann.

ii. Reicht die betroffene Person während des Antragszeitraums einen **unvollständigen** FAP-Antrag ein, ergreift das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation die folgenden zusätzlichen Maßnahmen, die in **Abschnitt 2** unten beschrieben sind.

iii. Reicht die betroffene Person während des Antragszeitraums einen **vollständigen** FAP-Antrag ein, ergreift das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation die folgenden zusätzlichen Maßnahmen, die in **Abschnitt 3** unten beschrieben sind.

2. **Zusätzliche Verfahren bei Einreichung eines unvollständigen FAP-Antrags**

a. Zusätzlich zur Einhaltung der in **Abschnitt 1** oben beschriebenen Benachrichtigungspflichten müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt eines während des Antragszeitraums eingereichten unvollständigen FAP-Antrags die betroffene

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

Person darüber informieren, wie der FAP-Antrag zu vervollständigen ist, und ihr eine angemessene Frist von 30 Tagen nach Erhalt des unvollständigen Antrags einräumen, um dies zu tun. Um diese Anforderungen zu erfüllen, müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen alle folgenden Maßnahmen ergreifen:

i. Keine ECA einleiten oder weitere Maßnahmen im Zusammenhang mit bereits eingeleiteten ECAs ergreifen.
ii. Der betroffenen Person innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Mitteilung zukommen lassen, die folgende Informationen enthält:
    - Eine Beschreibung der Informationen und/oder Unterlagen im Rahmen der FAP oder des FAP-Antragsformulars, die zur Vervollständigung des FAP-Antrags eingereicht werden müssen.
    - Kontaktdaten, einschließlich Telefonnummer und Anschrift, von: (i) der Stelle oder Abteilung des Krankenhauses der Mitgliedsorganisation, die Auskünfte zur FAP erteilen kann; und (ii) entweder (a) der Stelle oder Abteilung des Krankenhauses der Mitgliedsorganisation, die Unterstützung beim FAP-Antragsverfahren leisten kann, oder (b) mindestens einer gemeinnützigen Organisation oder staatlichen Behörde, die das Krankenhaus der Mitgliedsorganisation als verfügbare Anlaufstelle für Unterstützung bei FAP-Anträgen benannt hat.

b. Reicht die betroffene Person anschließend während des Antragszeitraums einen vollständigen FAP-Antrag ein, müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation die in **Abschnitt 3** unten dargelegten Verfahren befolgen.

3. **Zusätzliche Verfahren bei Einreichung eines vollständigen FAP-Antrags**
    a. Zusätzlich zur Einhaltung der in **Abschnitt 1** oben beschriebenen Benachrichtigungspflichten müssen die Krankenhäuser der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation innerhalb von 45 Tagen nach Eingang alle folgenden Maßnahmen in Bezug auf eine Person ergreifen, die während des Antragszeitraums einen vollständigen FAP-Antrag einreicht:
        i. Keine ECA einleiten oder weitere Maßnahmen im Zusammenhang mit bereits eingeleiteten ECAs ergreifen.
        ii. Innerhalb von 45 Tagen entscheiden, ob die Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat. Wird festgestellt, dass die Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, muss das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation zudem die in **Abschnitt 3.b.** unten aufgeführten Schritte unternehmen.
        iii. Die Person muss innerhalb von 45 Tagen schriftlich über die Entscheidung bezüglich der Anspruchsberechtigung informiert werden, einschließlich der Unterstützung, auf welche die Person Anspruch hat (falls zutreffend), sowie der Grundlage für die Entscheidung.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

b. Wird festgestellt, dass die betreffende Person Anspruch auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der FAP hat, muss das Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisation die folgenden zusätzlichen Schritte unternehmen:
    i. Erstattung aller für die Behandlung gezahlten Beträge, die den Betrag übersteigen, für dessen Zahlung die Person als FAP-berechtigte Person verantwortlich ist, es sei denn, der Erstattungsbetrag würde weniger als 5,00 $ betragen. Rückerstattungen erfolgen **ausschließlich** für Zahlungen im Zusammenhang mit den Behandlungsfällen, auf die sich der FAP-Antrag der betreffenden Person bezieht.
    ii. Alle angemessenen Maßnahmen ergreifen, um etwaige gegen die betroffene Person ergriffene ECA-Maßnahmen zur Einziehung der Behandlungskosten rückgängig zu machen (z. B. Urteile aufheben, Pfandrechte oder Pfändungen aufheben und negative Einträge aus der Kreditauskunft entfernen).
    iii. Wenn die betreffende Person Anspruch auf andere finanzielle Unterstützung als kostenlose Pflege hat, stellen Sie ihr eine Rechnung aus, die Folgendes enthält: (i) den Betrag, den die betreffende Person als FAP-berechtigte Person für die Pflege schuldet; (ii) wie dieser Betrag ermittelt wurde; und (iii) den AGB für die Pflege.

VI. LISTE DER ANBIETER, DIE NOTFALLBEHANDLUNGEN ODER ANDERE MEDIZINISCH NOTWENDIGE BEHANDLUNGEN DURCHFÜHREN

Die Liste der Anbieter für finanzielle Unterstützung von Northern Light Health unter http://northernlighthealth.org/billing-help enthält eine Auflistung der Anbieter in jedem Krankenhaus der Northern Light Health-Mitgliedsorganisationen, die Notfallbehandlungen und/oder medizinisch notwendige Behandlungen durchführen, und gibt an, welche dieser Anbieter unter diese Richtlinie fallen. Northern Light Health aktualisiert seine Anbieterliste regelmäßig, um sicherzustellen, dass die Liste korrekt und auf dem neuesten Stand bleibt. Allerdings kann es vorkommen, dass diese Liste noch nicht aktualisiert wurde, um einen neuen Anbieter aufzunehmen oder eine Änderung des Status eines Anbieters hinsichtlich der Erfassung oder Nicht-Erfassung durch diese Richtlinie widerzuspiegeln. Northern Light Health empfiehlt, sich nach Möglichkeit an einen Finanzberater von Northern Light Health zu wenden, um zu überprüfen, ob die Angaben zu einem bestimmten Leistungserbringer korrekt wiedergegeben sind.

VII. ÜBERWACHUNG UND BERICHTERSTATTUNG

A. Ein Protokoll über Anträge auf finanzielle Unterstützung , aus dem regelmäßig Berichte erstellt werden können, ist zusätzlich zu allen anderen vorgeschriebenen Finanzberichten zu führen.

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.

B. Die Aktivitäten im Zusammenhang mit der finanziellen Unterstützung werden der Gemeinde jährlich auf der Grundlage der geschätzten Kosten der Dienstleistungen berichtet.

REFERENZEN

10-144 CMR, Kap. 150: Free Care Guidelines (Richtlinien zur kostenlosen Versorgung)
22 MRSA 1716 Charity care and financial assistance programs provided by hospitals (Von Krankenhäusern angebotene Programme zur unentgeltlichen Versorgung und finanziellen Unterstützung)

ANLAGEN

(Beide Anlagen sind über http://northernlighthealth.org/billing-help oder über den externen Link oberhalb dieser Richtlinie abrufbar)
Antrag auf finanzielle Unterstützung
Liste der Anbieter finanzieller Unterstützung

Dieses Dokument wurde von den unten aufgeführten Ausschüssen zu den angegebenen Daten genehmigt:

Board of Directors (Vorstand), 28.04.2005, 25.09.2007 (unveröffentlicht), 16.08.2009, 16.06.2011, 13.06.2012, 08.10.2014, 22.06.2016, 04.10.2017, 02.10.2019, 07.10.2020, 09.06.2021, 11.10.2023, 27.05.2026
Board Governance Committee (Ausschuss für Unternehmensführung), 01.06.2011, 08.10.2014, 04.05.2016, 12.09.2017, 18.09.2019, 07.09.2023, 27.05.2026
Board Finance Committee (Finanzausschuss des Verwaltungsrats), 08.05.2009, 30.07.2014, 25.05.2016, 13.09.2017, 16.09.2019, 20.08.2020, 02.06.2021, 31.05.2023, 28.01.2026, 29.04.2026
Leadership Council (Führungsgremium), 19.06.2012, 17.06.2014, 19.09.2017, 01.09.2020, 30.04.2021
Finance Council (Finanzrat), 05.06.2014, 08.03.2016, 08.08.2017, 15.07.2020, 30.04.2021, 24.03.2023, 17.10.2025, 24.04.2026

Gedruckte Exemplare dienen AUSSCHLIESSLICH zu Referenzzwecken. Die aktuelle Version entnehmen Sie bitte der elektronischen Fassung.