

Klinikum der Universität München - PAT, Marchioninstr. 15, 81377 München

Bei Zahlungsverkehr bitte angeben!

Herrn
Max Mustermann
Musterstr. 1
12345 Musterstadt

Rechn.Nr. **123456**
Rechn.Datum **TT.MM.JJJJ**

Debitoren-Nr. / Patienten-Nr. **1234556**

1. Fall-Nr. **12345678**

Fallart **stationär**

Endabrechnung vom TT.MM.JJJJ

2. Patient **Mustermann, Max**
Aufenthalt **TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ**

Geb.Datum **TT.MM.JJJJ**

VWD **xy Tage**

Bei Fragen zu Ihrer Rechnung können Sie sich an unsere(n) im Briefkopf genannte(n) Mitarbeiter/-in der Abrechnung wenden. Eine allgemeine Erläuterung der einzelnen Rechnungspositionen finden Sie unter http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/fuer_patienten/downloadcenter.html

| Leistung | Entgeltart §301 SGB V / Bezeichnung Fachabt. / Station von bis | Menge | Einzelpreis in EUR | KÜ | Gesamtpreis in EUR |
|-----------------------|---|-------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| 4. DRG21B80Z | 7010B80Z / Andere Kopfverletzungen 4.1 | | | 5. | |
| | 4.2 Basiswert 3.739,35 * Bewertung 0,283 = 4.3 | | 1.036,04 | 100 % | 1.036,04 |
| | 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 1,0 | 1.036,04 | | |
| | 7110B80Z / Zuzüglich DRG-Langliegerzuschlag | | | | |
| | 6. obere Grenzverweildauer: 5 | | | | |
| | 6.1 (ggf. Verlegungsabschlag) Abschlagstage: 2 | | | | |
| | Basiswert 3.739,35 * Bewertung 0,085 = | | 311,18 | | |
| | TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 2,0 | 311,18 | 100 % | 622,36 |
| | 6.2 7410B80Z / Zuzüglich Entgelt für Pflegeerlös pro Tag | | | | |
| | Pflegewert 163,09 * Bewertung 1,0591 = | | 155,21 | | |
| | TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 6,0 | 155,21 | 100 % | 931,26 |
| 14. WL2 | 45000002 / Wahlleist. Zweibett-Zim. mit Sanitärzone | | | | |
| | 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 6,0 | 51,11 | 100 % | 306,66 |
| Zwischensumme: | | | | | 2.896,32 |

FB_MUSTER_Rechnung

Zahlungstermin: **Bis zum TT.MM.JJJJ ohne Abzug**

Überweisung unter Angabe der Rechnungs-Nr. an:

Bei jeder nach Verzugsseintritt erstellten Mahnung werden Mahngebühren und Verzugszinsen erhoben.

Klinikum der Universität München

Bayer. Landesbank München

IBAN **MUSTERIBAN**

Konto **Muster**

BIC **BYLADEMM**

BLZ **Muster**

Rechn.Nr. **1234567**

Patienten-Nr. **31234567**

Fall-Nr. **1234567** Fallart

Rechn.Datum **TT.MM.JJJJ**

stationär

Patient **Mustermann, Max**

Geb.Datum **TT.MM.JJJJ**

| Leistung | Entgeltart §301 SGB V / Bezeichnung Fachabt. / Station von bis | Menge | Einzelpreis in EUR | KÜ | Gesamtpreis in EUR |
|---------------------|--|-------|-----------------------|-------|-----------------------|
| Übertrag Summe: | | | | | 2.896,32 |
| 7. ZUAUSB | 75109002 / Zuschlag für Ausbildung 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 1,0 | 90,09 | 100 % | 90,09 |
| 8. ZUDRGS | 48000001 / DRG-Zuschlag für stationäre Fälle 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ | 1,0 | 1,66 | 100 % | 1,66 |
| 9. ZUGBA | 47100001 / Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 1,0 | 2,24 | 100 % | 2,24 |
| 10. ZUKLISEK | 47100023 / Zuschlag für Klinische Sektionen 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 1,0 | 1,10 | 100 % | 1,10 |
| 11. ZUQS | 46009000 / Qualitätssicherungszuschlag 1600 / CHIS1 TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ | 1,0 | 1,13 | 100 % | 1,13 |
| 12. | 47100020 / Zzgl. Zuschl. Hygiene-Förderprogramm §4 Abs.9 KHEntgG | | | | 1,33 |
| | 49110006 / Zzgl. Zuschl. für die telemed. Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken in Bayern (NEVAS) | | | | 2,82 |
| | 47100022 / Zzgl. Zuschl. der QFR-RL nach §5 Abs.3c KHEntgG | | | | 4,64 |
| | 47100007 / Zzgl. Zentrumszuschlag | | | | 9,45 |

Gesamtbetrag in EUR: 3.010,78

FB_MUSTER_Rechnung

Zahlungstermin: **Bis zum 07.05.2021 ohne Abzug**

Überweisung unter Angabe der Rechnungs-Nr. an:

Bei jeder nach Verzugseintritt erstellten Mahnung werden Mahngebühren und Verzugszinsen erhoben.

Klinikum der Universität München

Bayer. Landesbank München

IBAN **MUSTERIBAN**

Konto **MUSTER**

BIC **BYLADEMM**

BLZ **MUSTER**

Rechnungserläuterung

Sehr geehrte Patienten,

um Ihnen die Lesbarkeit und Verständlichkeit Ihrer Krankenhausabrechnung zu erleichtern, haben wir für Sie im Folgenden die wichtigsten Informationen zum Thema zusammengestellt. Zur Vollständigkeit beinhalten die folgenden Erläuterungen eventuell auch Begrifflichkeiten die für Sie keine Rolle spielen.

Erklärung der Begrifflichkeiten:

Kopfzeile:

Anschrift des Krankenhauses
Sachbearbeiter
Identifikationsnummer des Krankenhauses (IK)

Persönliche Daten:

| | |
|----------------|------------------------|
| Name | Rechnungsnummer |
| Adresse | Rechnungsdatum |
| Aufenthalt (2) | Patientennummer |
| Fallnummer (1) | Geburtsdatum |
| | VWD – Verweildauer (3) |

1. Fallnummer:

Nummer, unter der Ihre Behandlung im Krankenhaus geführt wird.

2. Aufenthalt:

Erster und letzter Tag ihrer Behandlung in unserem Haus

3. Verweildauer:

Dauer des stationären Aufenthalts im Krankenhaus (Der Tag der Entlassung wird dabei nicht zum Aufenthalt gezählt, es sei denn, die Entlassung erfolgt am gleichen Tag wie die Aufnahme. Bei teilstationären Aufenthalten wird jeder Tag berechnet.)

Daten des Krankenhausaufenthalts:

(4) DRG:

offizielle DRG - Schlüssel der abzurechnenden Fallpauschale laut aktuellem Fallpauschalenkatalog.

(4.1) offizieller Wortlaut der abzurechnenden Fallpauschale.

(4.2) Basiswert:

Der Landesbasisfallwert ist eine rechnerische Größe, der für das jeweilige Bundesland einheitlich vorgegeben wird und der Abrechnung der Fallpauschalen zugrunde gelegt werden muss.

(4.3) Bewertung:

Jede DRG ist im Fallpauschalenkatalog mit einer Bewertungsrelation, dem sog. Relativgewicht, versehen. Dieses Relativgewicht ist ein Kostengewicht und drückt den ökonomischen Aufwand aus.

(5) KÜ – Kostenübernahme:

Hier findet sich der prozentuale Anteil der gestellten Rechnung. Dieser variiert, je nachdem, wie Ihr Tarif mit Ihrer Krankenversicherung lautet.

(6) OGVD / UGVD (Obere- oder Untere Grenzverweildauer:

Unterschreitet Ihre Verweildauer im Krankenhaus eine je DRG-Fallpauschale festgelegte untere Grenzverweildauer, so wird das abrechenbare Entgelt gemindert. Umgekehrt können weitere Entgelte abgerechnet werden, wenn Sie länger im Krankenhaus verbleiben und somit die obere Grenzverweildauer einer DRG-Fallpauschale überschreiten.

(6.1) Verlegungsabschlag:

Sind Sie im Laufe ihrer Behandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt worden, ist von dem Krankenhaus, aus dem Sie verlegt worden sind, grundsätzlich ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Den gleichen Abschlag hat bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer auch das aufnehmende Krankenhaus vorzunehmen.

(6.2) Entgelt für Pflegeerlös:

Zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist gemäß § 6a Abs.1 Satz 1 KHEntg ein krankenhausespezifisches Pflegebudget zu vereinbaren. Die Abzahlung dieses Pflegebudgets erfolgt über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Gesamtbetrag ergibt sich durch Multiplikation des tagesbezogenen Pflegeentgeltes mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog und der Anzahl der Belegungstage (Verweildauer).

(7) ZUAUSB:

Zur Sicherstellung der Ausbildung insbesondere qualifizierten Pflegepersonals wird ein Ausbildungszuschlag erhoben gemäß § 17a Abs. 1 KHG

ZUAUSBPF:

Zuschlag zur Finanzierung von Pflegeausbildungskosten nach § 33 Abs. 3 S.1 PflBG je voll- und teilstationärem Fall.

(8) ZUDRGS / ZUDRGT:

Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 8 Abs. 9 KHEngtG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a SGB V zu erhebende Telematikzuschlag in einem Systemzuschlag zu bündeln, obwohl die einzelnen Spezialgesetze einen gesonderten Ausweis dieser Zuschläge vorsehen.

Diese Zuschläge werden erhoben zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen einschließlich dessen elektronischer Weiterentwicklung sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung.

9. ZUGBA:

Ein Krankenhaus kann einen Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, berechnen.

10. ZUKLISEK:

Zuschlag für klinische Sektionen gemach § 5 Abs. 3b KHEngtG, ein weiterer Bestandteil der Qualitätssicherung im Krankenhaus die durch die Erhebung eines Zuschlages je voll- oder teilstationären Behandlungsfall finanziert wird.

11. ZUQS:

Krankenhäuser sind verpflichtet sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser externen Qualitätssicherung werden Zuschläge gemäß § 17b Abs. 1 KHG erhoben.

ZUFREIHALS:

Zuschlag für persönliche Schutzausrüstung nach COVID-19- Krankenhausentlastungsgesetz: 50,00€

ZUFEHLMME / ZUFEHLMPE:

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von 0,20 €

12. Systemzuschläge, Prozentual zur DRG und ZE:

- Zuschlag Hygiene-Förderprogramm

gemäß § 4 Abs. 9, Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene.

- Zuschlag für telemed. Versorgung von Schlaganfällen in krankenhauserplanerisch abgestimmten Netzwerken in Bayern (NEVAS).

krankenhausspezifischer Zuschlag - Zuschlag der QFR-RL nach § 5 Abs. 3c KHEntgG – Finanzierung von Mehrkosten der Qualitätssicherungsrichtlinien

- Zuschlag zur Finanzierung von Mehrkosten zur Qualitätssicherung (Zuschl. der QFR-RL)

befristeter Zuschlag nach §11 KHEntgG gemäß §5 Abs. 3c KHEntgG zur Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung entstehen

- Zentrumszuschlag, krankenhausspezifischer Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte

Das Krankenhaus kann mit den Kostenträgern einen krankenhauserindividuellen Zuschlag für die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten vereinbaren. Stellt das Krankenhaus ein Zentrum oder ein Schwerpunkt in der medizinischen Versorgung dar, kann ein prozentualer Zuschlag auf DRG, ZE und sonstige Entgelte für die Erhaltung und den Ausbau dieser Zentren berechnet werden.

- Fixkostendegressionsabschlag

Vereinbaren Krankenkassen und Krankenhaus zusätzliche, mit Fallpauschalen bewertete Leistungen im Vergleich zum Vorjahr, ist ein Fixkostendegressionsabschlag nach den Vorgaben des § 4 Abs. 2a KHEntgG zu erheben.

Der Fixkostendegressionsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen.

Weitere Erläuterungen:

Wahlleistungen

(14) WL1 oder WL2:

Bei Wahlleistungen zur Unterkunft handelt es sich um eine Zusatzleistung des Krankenhauses, deren Erbringung Sie separat vereinbart haben. Berechnet werden der Tag der Aufnahme und jeder weitere Aufenthaltstag, nicht jedoch der Tag der Entlassung oder der Verlegung.

Wahlärztliche Leistungen:

Außerhalb der Krankenhausleistung in Anspruch genommene Wahl der Chefarztbehandlung oder des benannten und Liquidationsberechtigten Vertreters. Einzelheiten der Berechnung entnehmen Sie dem Wahlleistungsvertrag und der Patienteninformation, welche Ihnen bei der Aufnahme ausgehändigt wird.

Zusatzentgelte

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2021 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2021 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2021 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 FPV 2021

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tages-bezogene krankenhausespezifische Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2021 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen.

Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2021 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2021 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

ZETESTCOV2:

Testungen durch Nukleinsäure Nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 16.06.2020: 52,50 €

Zuschlag zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund der Behandlung von SARS-CoV-2 gemäß § 5 Abs. 3i KHEntgG

Zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die vom 01.10.2020 bis einschließlich 31.12.2021 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird vom Krankenhaus ein Zuschlag erhoben.

Sonstige Zuschläge:

ZUBPMED:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson. Sollte im Rahmen der Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich sein, kann nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlassungs- oder Verlegungstag) ein Zuschlag für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

Vor- und Nachstationäre Behandlung

Hierbei handelt es sich um die Berechnung von Entgelten für vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V. Eine Berechnung findet dann statt, wenn diese Entgelte nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind. Diese Leistungen werden pauschal vergütet. Eine vorstationäre Behandlung ist neben der DRG-Fallpauschale nicht gesondert abrechenbar, § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG. Die Berechnung einer nachstationären Behandlung zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale ist nur möglich, wenn die Summe aus den stationären Behandlungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG- Fallpauschale übersteigt.

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB):

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Vergütung noch nicht sachgerecht vereinbart ist, sind gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG durch gesonderte Zusatzentgelte abzurechnen. Die Höhe der Entgelte wird zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern vereinbart.