

## AUSGLEICHSFONDS

zur Finanzierung  
von Ausbildungskosten  
nach § 17a KHG



### **Aufstellung des nicht ausbildenden Krankenhauses für das abgelaufene Budgetjahr 2015**

#### **(Muster 2)**

#### **Aufstellung der in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge für das Jahr 2015**

Die nachfolgende Aufstellung ist von Ihrem Abschlussprüfer zu bestätigen. Dieser erteilt in Erweiterung des Prüfungsauftrags einen gesonderten, der KGNW vorzulegenden Vermerk nach § 17a Abs. 7 Satz 2 KHG.

Das Muster steht auch als Excel-Tool auf unserer Homepage

**[www.kgnw.de](http://www.kgnw.de) => Ausgleichsfonds => Ausgleichsverfahren**

zur Verfügung!

## Budgetjahr 2015

KHID:

### Aufstellung über die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge

**für das Jahr 2015  
für das Krankenhaus**

(Name des Krankenhauses)

(IK-Nr. des Krankenhauses)

#### Erlöse und Fallzahlen aus den in Rechnung gestellten Ausbildungszuschlägen

1. Erlöse aus dem abgerechneten landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag 2015 in Höhe von **80,98 €**

(Berechnung: Behandlungsfälle [2.] \* Landeszuschlag) **bei Aufnahmen in der Zeit vom  
1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2015 einschließlich Jahresüberlieger 2015/2016**

- ohne Erstattungsanspruch aus Korrektur Vorjahren (siehe nachfolgend 6. bis 13.) -

+ Euro

2. **Zahl aller zugrunde liegenden (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2015  
einschließlich Jahresüberlieger 2015/2016**

(Verprobung: Erlöse aus dem abgerechneten landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag -  
einschließlich Jahresüberlieger 2015/2016 - dividiert durch den Zuschlag in Höhe von 80,98 €)

Fälle

## Budgetjahr 2015

KHID:

3. (optionale Angabe)

**davon: Zahl der (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2015, für die der in Rechnung gestellte Ausbildungszuschlag noch nicht vereinnahmt werden konnte**

Fälle

4. **Für das Jahr 2015 abgeführter Gesamtbetrag an den Ausgleichsfonds**

(i. d. R. 12 Monatsbeträge)

./.

Euro

5. **Rechnerischer Saldo aus 1. und 4.; auszugleichen über den Ausgleichsfonds**

(Forderung des Krankenhauses (./.) / Verbindlichkeit des Krankenhauses (+))

- **ohne** Erstattungsanspruch aus Korrektur Vorjahren (siehe nachfolgend 6. bis 13.) -

=

Euro

## Budgetjahr 2015

KHID:

### Korrektur der Fallzahl- und Erlösangaben aus Vorjahren (2011, 2012, 2013 und 2014)

Aufgrund der in den Jahren unterschiedlichen Ausbildungszuschläge sind die Korrekturfälle getrennt anzugeben.

**Achtung:** Bei den Korrekturfällen handelt es sich ausschließlich um die Fälle, für die der Ausbildungszuschlag zunächst an den Fonds abgeführt wurde, dieser aber endgültig nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

### Vorjahr 2011

WICHTIG: Ansprüche an die Verbände der Kostenträger aus Korrekturen für das Jahr 2011 (bzw. dem Ausgleichsverfahren 2012) werden nach den getroffenen Vereinbarungen mit Abschluss des hiermit stattfindenden Ausgleichsverfahrens 2015 verjähren. Die KGNW als Verwalter des Ausgleichsfonds kann daher nächstes Jahr im Ausgleichsverfahren 2016 (Budgetjahr 2016) keine Korrekturen für 2011 mehr akzeptieren. Ein entsprechendes Feld im Muster wird nicht mehr vorhanden sein. Sollte in einzelnen Fällen aufgrund eines anhängigen Gerichtsverfahrens die Verjährung gehemmt sein, müssten spätere Korrekturen gesondert bei der KGNW eingereicht und begründet werden.

6. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2011) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2015 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

(Bereits in Vorjahren gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2011 dürfen nicht erneut angegeben werden!)

./.

Fälle

7. **Rechnerischer Erstattungsanspruch aus zusätzlichen Korrekturen des Vorjahres**

Berechnung:

Fälle (aus 6.) \* Ausbildungszuschlag 2011 (75,11 €)

(separate Forderung des Krankenhauses = (./.) - Eintrag)

./.

Euro

## Budgetjahr 2015

KHID:

### Vorjahr 2012

8. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2012) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2015 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

(Bereits im Vorjahr gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2012 dürfen nicht erneut angegeben werden!)

./.

Fälle

9. **Rechnerischer Erstattungsanspruch aus zusätzlichen Korrekturen des Vorjahres**

Berechnung:

Fälle (aus 8.) \* Ausbildungszuschlag 2012 (76,42 €)

(separate Forderung des Krankenhauses = (./.) - Eintrag)

./.

Euro

### Vorjahr 2013

10. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2013) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2015 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

(Bereits im Vorjahr gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2013 dürfen nicht erneut angegeben werden!)

./.

Fälle

11. **Rechnerischer Erstattungsanspruch aus Korrektur des Vorjahres**

Berechnung:

Fälle (aus 10.) \* Ausbildungszuschlag 2013 (76,53 €)

(separate Forderung des Krankenhauses = (./.) - Eintrag)

./.

Euro

## Budgetjahr 2015

KHID:

### Vorjahr 2014

12. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2014) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2015 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

./.

Fälle

13. **Rechnerischer Erstattungsanspruch aus Korrektur des Vorjahres**

Berechnung:

Fälle (aus 12.) \* Ausbildungszuschlag 2014 (78,25 €)

(separate Forderung des Krankenhauses = (./.) - Eintrag)

./.

Euro

### Hinweis:

**Die Beträge aus den Korrekturfällen der Vorjahre werden separat erstattet!**

### Ansprechpartner/-in für den Ausgleichsfonds in Ihrem Krankenhaus

Name:

Tel.-Nr.:

E-Mail-Adresse:

### Abschlussprüfer/-in für das Jahr 2015

Name WP / WPG:

Ort, Datum

Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
gesetzlichen Vertreters des  
Krankenhausträgers

**Wir bitten um die Übersendung eines Originaldokuments!**