

## **AUSGLEICHSFONDS**

zur Finanzierung  
von Ausbildungskosten  
nach § 17a KHG



### **Aufstellung des nicht ausbildenden Krankenhauses für das abgelaufene Budgetjahr 2016**

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

#### **Aufstellung der in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge für das Jahr 2016**

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 2016

KHID:

### Aufstellung über die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge

**für das Jahr 2016  
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 2016 in Höhe von **82,30 €**

(Berechnung: Behandlungsfälle [2.] \* Landeszuschlag) **bei Aufnahmen in der Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2016 einschließlich Jahresüberlieger 2016/2017**

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

+ Euro

2. **Zahl aller zugrundeliegenden (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2016 einschließlich Jahresüberlieger 2016/2017**

(Verprobung: Erlöse aus dem abgerechneten landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag - einschließlich Jahresüberlieger 2016/2017 - dividiert durch den Zuschlag in Höhe von 82,30 €)

Fälle

## Budgetjahr 2016

KHID:

3. (optionale Angabe)

**davon: Zahl der (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2016, für die der in Rechnung gestellte Ausbildungszuschlag noch nicht vereinnahmt werden konnte**

Fälle

4. **Für das Jahr 2016 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 2016

KHID:

### Korrektur der Fallzahl- und Erlösangaben aus Vorjahren (2012, 2013, 2014 und 2015)

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 2012

WICHTIG: Ansprüche an die Verbände der Kostenträger aus Korrekturen für das Jahr 2012 (bzw. dem Ausgleichsverfahren 2013) werden nach den getroffenen Vereinbarungen mit Abschluss des hiermit stattfindenden Ausgleichsverfahrens 2016 verjähren. Die KGNW als Verwalter des Ausgleichsfonds kann daher nächstes Jahr im Ausgleichsverfahren 2017 (Budgetjahr 2017) keine Korrekturen für 2012 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 2012) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2016 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

**(Bereits in Vorjahren gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2012 dürfen nicht erneut angegeben werden!)**

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 6.) \* Ausbildungszuschlag 2012 (76,42 €)

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

./.

Euro

## Budgetjahr 2016

KHID:

### Vorjahr 2013

8. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2013) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2016 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

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

Berechnung:

Fälle (aus 8.) \* Ausbildungszuschlag 2013 (76,53 €)

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

./. Euro

### Vorjahr 2014

10. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2014) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2016 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

(Bereits im Vorjahr gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2014 dürfen nicht erneut angegeben werden!)

./. Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 10.) \* Ausbildungszuschlag 2014 (78,25 €)

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

./. Euro

## Budgetjahr 2016

KHID:

### Vorjahr 2015

12. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2015) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2016 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 12.) \* Ausbildungszuschlag 2015 (80,98 €)

(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 2016**

Name WP / WPG:

Ort, Datum

Stempel

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

**Wir bitten um Übersendung eines Originaldokuments!**