

## AUSGLEICHSFONDS

zur Finanzierung  
von Ausbildungskosten  
nach § 17a KHG



### **Aufstellung des nicht ausbildenden Krankenhauses für das abgelaufene Budgetjahr 2018**

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

#### **Aufstellung der in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge für das Jahr 2018**

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 2018

KHID:

### Aufstellung über die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge

**für das Jahr 2018  
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 2018 in Höhe von **87,86 €**

(Berechnung: Behandlungsfälle [2.] \* Landeszuschlag) **bei Aufnahmen in der Zeit vom 01. Januar 2018 bis 31. Dezember 2018 einschließlich Jahresüberlieger 2018/2019**

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

+ Euro

2. **Zahl aller zugrundeliegenden (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2018 einschließlich Jahresüberlieger 2018/2019**

(Verprobung: Erlöse aus dem abgerechneten landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag - einschließlich Jahresüberlieger 2018/2019 - dividiert durch den Zuschlag in Höhe von 87,86 €)

Fälle

## Budgetjahr 2018

KHID:

3. (optionale Angabe)

**davon: Zahl der (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2018, für die der in Rechnung gestellte Ausbildungszuschlag noch nicht vereinnahmt werden konnte**

Fälle

4. **Für das Jahr 2018 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 2018

KHID:

### Korrektur der Fallzahl- und Erlösangaben aus Vorjahren (2014, 2015, 2016 und 2017)

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 2014

WICHTIG: Ansprüche an die Verbände der Kostenträger aus Korrekturen für das Jahr 2014 (bzw. dem Ausgleichsverfahren 2015) werden nach den getroffenen Vereinbarungen mit Abschluss des hiermit stattfindenden Ausgleichsverfahrens 2018 verjähren. Die KGNW als Verwalter des Ausgleichsfonds kann daher nächstes Jahr im Ausgleichsverfahren 2019 (Budgetjahr 2019) keine Korrekturen für 2014 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 2014) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2018 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

**(Bereits in Vorjahren gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2014 dürfen nicht erneut angegeben werden!)**

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 6.) \* Ausbildungszuschlag 2014 (78,25 €)

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

./.

Euro

## Budgetjahr 2018

KHID:

### Vorjahr 2015

8. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2015) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2018 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

(Bereits im Vorjahr gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2015 dürfen nicht erneut angegeben werden!)

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 8.) \* Ausbildungszuschlag 2015 (80,98 €)

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

./.

Euro

### Vorjahr 2016

10. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2016) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2018 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

(Bereits im Vorjahr gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2016 dürfen nicht erneut angegeben werden!)

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 10.) \* Ausbildungszuschlag 2016 (82,30 €)

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

./.

Euro

## Budgetjahr 2018

KHID:

### Vorjahr 2017

12. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2017) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2018 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 12.) \* Ausbildungszuschlag 2017 (84,14 €)

(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 2018**

Name WP / WPG:

Ort, Datum

Stempel

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

**Wir bitten um Übersendung eines Originaldokuments!**