

## AUSGLEICHSFONDS

zur Finanzierung  
von Ausbildungskosten  
nach § 17a KHG



### **Aufstellung des nicht ausbildenden Krankenhauses für das abgelaufene Budgetjahr 2019**

**(Muster 2)**

#### **Aufstellung der in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge für das Jahr 2019**

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 2019

KHID:

**Aufstellung**  
über die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge

**für das Jahr 2019**  
**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 2019 in Höhe von 95,24 €**

(Berechnung: Behandlungsfälle [2.] \* Landeszuschlag) **bei Aufnahmen in der Zeit vom**

**1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 einschließlich Jahresüberlieger 2019/2020**

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

+

Euro

2. **Zahl aller zugrundeliegenden (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2019 einschließlich Jahresüberlieger 2019/2020**

(Verprobung: Erlöse aus dem abgerechneten landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag -

einschließlich Jahresüberlieger 2019/2020 - dividiert durch den Zuschlag in Höhe von 95,24 €)

Fälle

## Budgetjahr 2019

KHID:

3. (optionale Angabe)

**davon: Zahl der (voll- und teilstationären) Behandlungsfälle 2019, für die der in Rechnung gestellte Ausbildungszuschlag noch nicht vereinnahmt werden konnte**

Fälle

4. **Für das Jahr 2019 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 2019

KHID:

### Korrektur der Fallzahl- und Erlösangaben aus Vorjahren (2015, 2016, 2017 und 2018)

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 2015

WICHTIG: Ansprüche an die Verbände der Kostenträger aus Korrekturen für das Jahr 2015 (bzw. dem Ausgleichsverfahren 2016) werden nach den getroffenen Vereinbarungen mit Abschluss des hiermit stattfindenden Ausgleichsverfahrens 2019 verjähren. Die KGNW als Verwalter des Ausgleichsfonds kann daher nächstes Jahr im Ausgleichsverfahren 2020 (Budgetjahr 2020) keine Korrekturen für 2015 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 2015) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2019 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

**(Bereits in Vorjahren gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2015 dürfen nicht erneut angegeben werden!)**

./. Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 6.) \* Ausbildungszuschlag 2015 (80,98 €)

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

./. Euro

## Budgetjahr 2019

KHID:

### Vorjahr 2016

8. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2016) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2019 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

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

Berechnung:

Fälle (aus 8.) \* Ausbildungszuschlag 2016 (82,30 €)  
(separate Forderung des Krankenhauses = (./.) - Eintrag)

./. Euro

### Vorjahr 2017

10. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2017) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2019 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

**(Bereits im Vorjahr gemeldete Korrekturfälle für das Jahr 2017 dürfen nicht erneut angegeben werden!)**

./. Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 10.) \* Ausbildungszuschlag 2017 (84,14 €)  
(separate Forderung des Krankenhauses = (./.) - Eintrag)

./. Euro

## Budgetjahr 2019

KHID:

### Vorjahr 2018

12. In Vorjahren (hier: ausschließlich 2018) für voll- und teilstationäre **Behandlungsfälle** in Rechnung gestellte Ausbildungszuschläge, für die der zunächst abgeführte Ausbildungszuschlag endgültig im Jahr 2019 nicht vereinnahmt werden konnte bzw. an die Kostenträger zurückerstattet wurde.

./.

Fälle

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

Berechnung:

Fälle (aus 12.) \* Ausbildungszuschlag 2018 (87,86 €)

(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 2019

Name WP / WPG:

Ort, Datum

Stempel

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

**Wir bitten um Übersendung eines Originaldokuments!**