

Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds^{*)}

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Der Kontenrahmen gilt für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds wird wie eine Krankenkasse behandelt. Der Kontenrahmen ist numerisch nach dem Dezimalsystem aufgebaut. Er gliedert sich in Klassen (einstellig), Gruppen (zweistellig), Arten (dreistellig) und Konten (viertellig); sie sind für den Versicherungsträger bindend. Ihr Inhalt ist durch die Bezeichnung und die hierzu erlassenen Bestimmungen festgelegt. Die nicht besetzten Stellen des Kontenrahmens dürfen nur benutzt werden, soweit der Kontenrahmen dies zulässt. Die besetzten Konten können dagegen bei Bedarf im Rahmen des Dezimalsystems weiter untergliedert werden, wobei die gegebenenfalls eingerichteten fünf- bzw. sechsstelligen Buchungsstellen als Unterkonten bzw. Hilfskonten zu bezeichnen sind.
2. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen können intern die für das Bundesmittelnachweisverfahren (§ 4 Abs. 3, § 37 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989) benötigten Konten einrichten, soweit und solange unbesetzte Kontenstellen zur Verfügung stehen.
3. Die Klassen, Gruppen und Arten sind Positionen der Systematik. Buchungsstellen sind allein die Konten sowie die etwa vorhandenen Unterkonten und Hilfskonten; sie sind in einem Kontenverzeichnis (Kontenplan) nachzuweisen.
4. Auf die besonderen Bestimmungen für die Klasse 4/5 unter 40 bis 59 Nr. 5 und auf die Bestimmungen zu 900 bis 907 wird verwiesen.

^{*)} ab 01.01.2009

B. Bestimmungen zu den einzelnen Positionen

Kontenklasse 0 - Aktiva

00	Barmittel und Giroguthaben	Zu 00 Versicherungsträger mit kameralistischer Buchführung brauchen diese Kontengruppe nicht zu führen.
000	Barmittel und Giroguthaben	
0000	Barer Kassenbestand	
0001	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0002	Giroguthaben bei Kreditinstituten	
0003	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0004	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0005	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0006	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0007	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0008	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
0009	Sonstige sofort verfügbare Zahlungsmittel	Zu 0009 1. Guthaben in Fremdwährungen, Briefmarken, Gerichtskostenmarken u.ä.. 2. Die laufende Führung des Kontos ist freigestellt.
01	Kurzfristige Geldanlagen	Zu 01 und 04 bis 06 1. Anlagen von Betriebsmitteln und der Rücklage. Bei der Anlage von Betriebsmitteln sind die §§ 80 und 81 SGB IV nach Maßgabe des § 260 Abs. 3 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989, bei der Anlage der Rücklage die §§ 80, 82 und 83 SGB IV nach Maßgabe des § 261 Abs. 6 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989 zu beachten.

2. Die getrennte Anlage der Mittel der Rücklage (§ 261 Abs. 6 SGB V, § 51 Abs. 1 KVLG 1989) ist nach den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung gesondert nachzuweisen.

Zu 01

Kurzfristige Geldanlagen sind solche mit einer Kündigungsfrist bzw. einer festgelegten Laufzeit von bis zu einem Jahr.

010 Kurzfristige Geldanlagen

0100 Termineinlagen

Zu 0100

1. Termingelder sind Gelder, für die eine Kündigungsfrist vereinbart worden ist (Kündigungsgelder) oder die für einen bestimmten Zeitraum festgelegt worden sind (Festgelder).
2. Auf dem Konto sind die einzelnen Kreditinstitute zu bezeichnen, wenn nicht für jedes Kreditinstitut ein Unterkonto geführt oder die Bezeichnung des Kreditinstituts anderweitig festgehalten wird.

0101 Spareinlagen

Zu 0101

1. Geldanlagen, für die ein Sparbuch ausgestellt wurde.
2. Die Bestimmung zu 0100 Nr. 2 gilt entsprechend. Ferner sind für jedes Guthaben der Tag der Einlage, die Kündigungsfrist bzw. die vereinbarte Laufzeit, der Zinssatz, die Fälligkeit und der Eingang der Zinsen zu vermerken, es sei denn, dass diese Angaben anderweitig besonders festgehalten werden.

0102 Schatzwechsel und unverzinsliche Schatzanweisungen

Zu 0102

Unverzinsliche Schatzanweisungen sind auch dann hier zu buchen, wenn ihre Laufzeit ein Jahr überschreitet.

0109 Sonstige kurzfristige Geldanlagen

02 Forderungen

Zu 02

1. Forderungen aus Auftragsangelegenheiten sind nur insoweit zu erfassen, wie sie der Krankenkasse gegenüber dem Auftraggeber zustehen; so sind Forderungen auf Beiträge für andere Versicherungszweige an den Versicherten oder einen sonstigen Beitragszahler weder hier noch an sonst einer Stelle im Sachbuch zu buchen.

2. In ihrer Höhe nicht richtig angesetzte Forderungen sind über die sachlich zutreffenden Ertrags- oder Aufwandskonten zu berichtigen (siehe auch zu 360, zu 660).

- | | | |
|------|--|---|
| 020 | Forderungen auf Beiträge für die Krankenversicherung | Zu 020
Forderungen auf im Gesamt-Sozialversicherungsbeitrag enthaltene Krankenversicherungsbeiträge, die gemäß § 26 SRVwV im Beitragsbuch oder in sonstigen Beitragsunterlagen aufgezeichnet werden, brauchen hier nicht laufend gebucht zu werden. Das gleiche gilt für Forderungen auf sonstige Krankenversicherungsbeiträge, wenn anstelle der laufenden Einzelbuchungen unter 020 entsprechende Aufzeichnungen in Beitragsbüchern oder sonstigen für die Beitragsberechnung verwendeten Unterlagen laufend gemacht werden, wobei die Bestimmungen des § 26 SRVwV sinngemäß anzuwenden sind. Auf jeden Fall sind aber die Summen der zum Ende des Geschäftsjahres festgestellten Forderungen an Krankenversicherungsbeiträgen jeder Art hier zu buchen. Das Konto ist im neuen Geschäftsjahr entweder mit dem Eingang der geforderten Beträge auszugleichen oder unabhängig davon in einem Buchungsgang zu Lasten der Beitragskonten (in Kontenklasse 2). |
| 021 | Forderungen auf Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen | |
| 0210 | Forderungen auf Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 1 SGB V | |
| 0211 | Forderungen auf Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V | |
| 0200 | Beitragsforderungen für die Krankenversicherung für Zeiträume ab 01.01.2009 (Gesundheitsfonds und LKKen) | |
| 0201 | Beitragsforderungen für die Krankenversicherung für Zeiträume bis 31.12.2008 (ohne LKKen) | |
| 022 | Forderungen an Krankenkassen aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen | Zu 022
Bei pauschalem Ersatz ausländischer Versicherungsträger für Aushilfsleistungen werden Forderungen nicht gebucht; s. auch zu 40 bis 59 Nr. 2 letzter Satz. |

Zu 022 bis 024

1. Hierzu gehören auch die Verwaltungskosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung, soweit sie Gegenstand der Forderung sind.
2. Diese Konten sind laufend zu führen. Für abgeschlossene Fälle sind nicht zweifelhafte Forderungen jeweils sofort nach ihrer Feststellung zu buchen. Bei dem Grunde und der Höhe nach zweifelhaften Forderungen braucht dies nicht sofort zu geschehen. Wenn die Krankenkasse solche Forderungen nicht sofort bucht, muss sie diese bis zur Klärung in einem Hilfsbuch außerhalb des Sachbuches festhalten; spätestens zum Jahresende sind jedoch alle Forderungen hier zu buchen.

0220 Forderungen an Krankenkassen aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen

023 Forderungen an die Unfall- und die Rentenversicherungsträger aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen

Zu 023
Auch Forderungen aus Aufträgen gemäß § 189 SGB VII.

0230 Forderungen an Unfallversicherungsträger

0231 Forderungen an Träger der allgemeinen Rentenversicherung

0233 Forderungen an Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung

0234 Forderungen an Träger der Alterssicherung der Landwirte

Zu 0234
Forderungen, die sich aus der Leistungsgewährung im Auftrage des Trägers der Alterssicherung der Landwirte ergeben.

024 Forderungen an andere aus Versicherungsleistungen

0241 Forderungen an den Bund aus Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989

0242 Forderungen an den Bund gemäß § 19 BVG

- 0243 Forderungen aus Versicherungsleistungen aufgrund von Ersatzansprüchen gegen Dritte
- 0249 Forderungen an sonstige aus Versicherungsleistungen
- Zu 0249
Hierunter fallen auch Forderungen gegen einen Versicherten auf Rückzahlung zu Unrecht erhaltener Leistungen, Forderungen gegen Arbeitgeber aus Ersatzansprüchen nach § 115 SGB X, Forderungen auf die vom Versicherten zu tragenden Mehrkosten bei Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 2 SGB V), ferner Forderungen für Leistungsaufwendungen für impfgeschädigte krankenversicherte Mitglieder nach dem Infektionsschutzgesetz, Forderungen gegen Ärzte und Zahnärzte, Forderungen an Lieferanten auf Rückzahlung zuviel berechneter Beträge, nicht dagegen Regressforderungen an die Kassenbediensteten (siehe zu 0290). Ebenfalls hier zu buchen sind Forderungen an Versicherte bei nicht erbrachten Zuzahlungen/Eigenleistungen.
- 025 Forderungen an andere aus Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute
- Zu 025
Diese Konten nehmen beim Jahresabschluss den Überschuss der Ausgaben bzw. der Sollbeträge aus den zutreffenden Konten der Kontenklasse 8 auf; vgl. auch zu 125.
- 0250 Forderungen an Gemeinden (Sozialhilfeempfänger)
- 0251 Forderungen nach dem BVG, BVFG, MuSchG, Infektionsschutzgesetz, Anti-D-Hilfegesetz, OEG, BEG und dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen
- 0259 Forderungen an sonstige aus Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute
- 026 Forderungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige
- 0260 Forderungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige
- Zu 0260
Die Bestimmung zu 025 gilt auch hier.
- 028 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 029 Sonstige Forderungen

- | | | |
|------|---|---|
| 0295 | Forderungen an den Gesundheitsfonds | Zu 0295
Forderungen der Krankenkasse an den Gesundheitsfonds, die als Zuweisung uner der KA 377 zu buchen sind. |
| 0296 | Forderungen an die Krankenkasse (Gesundheitsfonds) | Zu 0296
Forderungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen aus überzahlten Zuweisungen, die unter der KA 677 ausgewiesen werden. Gebucht werden alle Forderungen, die nicht unter 0200 fallen. Darunter fallen u.a. Zinsen nach § 28 r SGB IV, die aufgrund der Pflichtverletzung der Einzugsstellen vom Bundesversicherungsamt erhoben werden. |
| 0290 | Forderungen aus dem Verwaltungssektor | Zu 0290
U.a. Regressforderungen an Kassenbedienstete, Forderungen auf Verwaltungsgebühren und auf Rückzahlung überzahlter Verwaltungskosten aller Art, Forderungen aus Kindergeldzahlungen an eigene Bedienstete. Hier sind auch aus § 303 SGB V entstehende Forderungen (Gegenkonto 7692) zu buchen. |
| 0291 | Forderungen an den Bund aus Zuschüssen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989 | |
| 0292 | Forderungen aus dem Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V) | Zu 0292
Gebucht werden hier ausschließlich die Forderungen aus dem Risikostrukturausgleich, die als voraussichtliche Einnahmen unter Konto 3741 bzw. 3749 zu buchen sind. |
| 0293 | Forderungen aus dem Risikopool-Ausgleich (§ 269 SGB V) | Zu 0293
Gebucht werden hier ausschließlich die Forderungen aus dem Risikopool-Ausgleich, die als voraussichtliche Einnahmen unter Konto 3761 bzw. 3769 zu buchen sind. |
| 0294 | Übrige Forderungen aus RSA und Risikopool | Zu 0294
Gebucht werden hier insbesondere Forderungen nach § 17 Abs. 3 a RSAV und alle anderen nicht unter 0292 und 0293 zu buchenden Forderungen. |
| 0299 | Übrige Forderungen | Zu 0299
Z.B. fällige aber noch nicht eingegangene Vermögenserträge sowie gewährte Zahlungsmittelkredite der Krankenversicherung an die AAG-Ausgleichskassen bei Krankheit und Mutterschaft. |
| 03 | Forderungen aus Wahlтарifen nach § 53 SGB V | |

2. Liegt der ausgezahlte Betrag unter dem Nennwert, so ist letzterer zu buchen; der Unterschiedsbetrag ist unter 36 als Ertrag zu vereinnahmen.
3. Hier sind auch Darlehen, die nur zurück zu zahlen sind, soweit ein Jahresüberschuss anfällt (haftungslose Darlehen) zu berücksichtigen. Nr. 1 gilt mit der Maßgabe, dass der Nennwert mit 0 € anzusetzen ist. Solle aus technischen Gründen eine Buchung mit dem Nennwert 0 € nicht möglich sein, ist als Nennwert der Wert 0,01 € zu verwenden. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem ausgezahlten Betrag und dem Nennwert ist unter 660 zu buchen. Später eingehende Tilgungsbeträge der Schuldner sind unter 36 zu vereinnahmen. Die Bestimmung zu 360 Nr. 1 letzter Satz gilt.

0410 Darlehen an Gebietskörperschaften

0411 Darlehen an Träger der Sozialversicherung und ihre Verbände

0412 Darlehen an sonstige öffentlich-rechtliche Körperschaften

0413 Darlehen an öffentliche Unternehmungen

Zu 0413

Darlehen an solche Unternehmungen, an deren Kapital die öffentliche Hand unmittelbar oder mittelbar zu mehr als 50 v.H. beteiligt ist.

0419 Darlehen an Sonstige

042 Grundpfandrechte

Zu 042

1. Hypotheken, Grundschulden und Rentenschulden.
2. Auf den Konten sind die einzelnen Grundstücke und die einzelnen Schuldner zu bezeichnen. Ferner sind für jede Forderung die Grundbuch-Nummer, der Tag der Auszahlung, die Rückzahlungsbedingungen, der Zinssatz, die Fälligkeit und der Eingang der Zinsen zu vermerken, es sei denn, dass diese Angaben anderweitig besonders festgehalten werden.
3. Liegt der ausgezahlte Betrag unter dem Nennwert, so ist letzterer zu buchen; der Unterschiedsbetrag ist unter 36 als Ertrag zu vereinnahmen.

0420 Grundpfandrechte an Wohngrundstücken

0429 Grundpfandrechte an sonstigen Grundstücken

- 043 Schuldbuchforderungen und Wertpapiere Zu 043
1. Für jede Emission sind der Nennwert der Wertpapiere, der Zinssatz, die Fälligkeit und der Eingang der Zinsen sowie Ort und Art der Aufbewahrung der Wertpapiere auf dem Konto oder anderweitig festzuhalten.
 2. Beim Erwerb von Wertpapieren und Schuldbuchforderungen sind die Anschaffungskosten zu buchen. Zu den Anschaffungskosten gehören auch die Nebenkosten. Die beim Erwerb von Wertpapieren anfallenden Stückzinsen sind keine Anschaffungskosten, sondern Mindereinnahmen bei den Erträgen aus Zinsen. Die Stückzinsen sind - auch beim Verkauf - unter 301 zu buchen. Erst bei Verkauf, Einlösung oder Auslösung ist der Differenzbetrag zwischen Buchwert und Erlös (abzüglich der dabei entstehenden Kosten) unter 36 bzw. 66 zu buchen.
- 0430 Schuldbuchforderungen an den Bund und an Länder
- 0431 Anleihen des Bundes
- 0432 Anleihen der Länder
- 0433 Anleihen der Gemeinden und Gemeindeverbände
- 0434 Pfandbriefe
- 0435 Kommunalobligationen
- 0439 Sonstige Wertpapiere Zu 0439
- Hier sind auch Sparobligationen und Sparbriefe mit Wertpapiereigenschaft auszuweisen. Sonstige Sparbriefe sind unter 0109 oder 0419 zu buchen.
- 045 Anteil an der Gesamtrücklage, Gemeinschaftsrücklage
- 0450 Guthaben beim Landesverband (§ 262 SGB V/§ 51 Abs. 3 KVLG 1989)
- 0459 Guthaben im Zusammenhang mit der Abwicklung der Gemeinschaftsrücklage Zu 0459
- Sofern bei der Abwicklung der Gemeinschaftsrücklage Guthaben vom Gemeinschaftsträger nicht unmittelbar an die Krankenkasse, sondern übergangsweise in ein gemeinschaftlich verwaltetes Vermögen (z.B. gemeinsame Depotverwaltung) überführt werden, sind die Anteile an dem gemeinschaftlich verwaltetem Vermögen hier zu buchen.

049	Sonstige Vermögensanlagen	
0490	Sonstige Vermögensanlagen	
05	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	
050	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	
0500	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	Zu 0500 Zahlungen der Krankenkasse für Aufwendungen kommender Geschäftsjahre, wobei die Vorschriften über die zeitliche Rechnungsabgrenzung zu den einzelnen Konten zu beachten sind (siehe vor allem zu 43, 47 und 550).
06	Sonstige Aktiva (ohne 07 und 08)	
068	Mittel aus Rückstellungen	
0680	Mittel aus der Versorgungsrücklage	Zu 0680 Hier sind die nach § 14a BBesG einbehaltenen Mittel der Versorgungsrücklage einschließlich der Zinserträge und außerordentlichen Gewinne/Verluste nachzuweisen.
0681	Mittel aus Pensionsrückstellungen	Das Konto ist spätestens beim Rechnungsabschluss zu benutzen, ein unterjähriger Nachweis ist nicht vorgeschrieben.
0682	Mittel der Zusatzversorgung Arbeitnehmer	1. Hier sind die Mittel der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile) einschließlich der Zinserträge und außerordentlichen Gewinne/Verluste nachzuweisen. 2. Das Konto ist spätestens beim Rechnungsabschluss zu benutzen; ein unterjähriger Nachweis ist nicht vorgeschrieben.
069	Sonstige Aktiva	
0690	Vorräte an Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln der Krankenkassen	Zu 0690 1. Vorräte an Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, soweit sie von der Krankenkasse gehalten werden. Vorräte dieser Art bei Eigenbetrieben siehe Konto 0750. 2. Als Heil- und Hilfsmittel im Sinne dieses Kontos gilt auch Radium.

3. Abgegebene Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind - abgesehen von dem Fall der Nr. 4 - mit ihrem Anschaffungswert auszubuchen. Bei der Inventur am Jahresende festgestellte Abweichungen zwischen buchmäßigem und tatsächlichem Bestand (z.B. durch Verderb von Vorräten) sind zu Lasten des zutreffenden Kontos der Gruppe 66 auszugleichen.
4. Größere Selbstabgabestellen können wie Eigenbetriebe behandelt werden. In diesem Falle ist der Bestand an Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln zu Beginn des Jahres auf ein unter 96 einzurichtendes Konto zu übertragen. Dort sind auch die weiteren Umsätze abzuwickeln. Bei der Abgabe von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sind für die Buchung die ortsüblichen Preise zugrunde zu legen. Der am Jahresende festgestellte Buchwert der vorhandenen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ist auf Konto 0690 umzubuchen. Die Bestimmung in Nummer 3 Satz 2 gilt auch hier. Im übrigen wird auf die Bestimmung zu 96 verwiesen.

0691 Dauervorschüsse

Zu 0691

1. Dauervorschüsse an Abrechnungsstellen und Vorschüsse nach § 91 Abs. 3 SGB X.
2. Die See-Krankenkasse bucht hier auch Vorschüsse an die beauftragten Krankenkassen nach § 165 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 91 Abs. 3 SGB X.

0699 Übrige Aktiva

Zu 0699

U.a. Gehaltvorschüsse, Reisekostenvorschüsse, Mietvorauszahlungen.

07 Bestände des Verwaltungsvermögens (ohne die Mittel nach § 263 Abs. 1 Nr. 2 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989)

070 Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen für die Verwaltung

0700 Grundstücke und Gebäude für die Verwaltung Zu 0700

1. Für jede Grundstückseinheit (auch Eigentumswohnungen, sonstiges Mieteigentum an Grundstücken, Erbbaurecht) kann ein besonderes Unterkonto angelegt werden; Grundstückseinheit ist in der Regel jede zusammenhängende Bodenfläche, auch mit mehreren Gebäuden, wenn sie wirtschaftlich eine Einheit bildet. Falls keine einzelne Nachweisung der Grundstückseinheiten in der Finanzbuchhaltung erfolgt, ist die Finanz- und Bestandsbuchhaltung sachlich und zeitlich zum Jahresende abzugleichen.

2. Zu buchen sind die gesamten Anschaffungskosten nach DIN 276 (einschließlich aller Nebenkosten, wie Grunderwerbssteuern, Stempel- Notariats- und Gerichtsgebühren usw.) mit Ausnahme der Kosten der in der Kostengruppe 400 (Technische Anlagen) und der Kosten der in der Kostengruppe 540 (Technische Anlagen in Außenanlagen) erfassten technischen Anlagen sowie mit Ausnahme der Kosten der in der Kostengruppe 600 (Ausstattung und Kunstwerke) erfassten Gegenstände der beweglichen Einrichtung; die Anschaffungskosten sind zum vollen Betrag, also ohne Abzug mitübernommener Hypotheken, gestundeter Restkaufgelder, einbehaltener Sicherheiten zu buchen. Weiterhin sind hier die Kosten für nachträglich errichtete Gebäude, Ausbauten, Erweiterungsbauten und für sonstige Veränderungen eines Gebäudes einer Grundstückseinheit einschließlich der hiermit in unmittelbarem sachlichem, zeitlichen und räumlichen Zusammenhang stehenden Kosten für Instandhaltung und Instandsetzung sowie für Bodenverbesserungen zu buchen, wenn sie im Einzelfall zu einer über den ursprünglichen Zustand hinausgehenden erheblichen Erhöhung des Wertes führen. Eine erhebliche Werterhöhung ist bei Gebäuden gegeben, wenn die Kosten der Maßnahme über den in § 85 Abs. 2 SGB IV genannten und nach dem Baukostenindex fortgeschriebenen oberen Wert liegen. Liegen die Kosten der Maßnahme unter dem in § 85 Abs. 2 SGB IV genannten und nach dem Baukostenindex fortgeschriebenen unteren Wert, so sind sie unerheblich. Liegen die Kosten der Maßnahme zwischen den in den Sätzen 3 und 4 dieser Bestimmung genannten Grenzwerten, liegt eine erhebliche Werterhöhung dann vor, wenn die Kosten der Maßnahme 0,5 v.H. der mit dem Baukostenindex fortgeschriebenen Anschaffungs- oder Herstellungskosten einschließlich erheblicher Werterhöhungen der Gebäude übersteigen.

3. Gewinne oder Verluste aus Preisänderungen von bebauten oder unbebauten Grundstücken sind erst beim Verkauf als außerordentlicher Aufwand oder Ertrag in Ansatz zu bringen.
4. Für jedes Gebäude sind mindestens einmal jährlich Abschreibungen zu buchen. Die Abschreibungen sind von den Anschaffungs- oder Herstellungskosten einschließlich erheblicher Werterhöhungen zu berechnen. (Für die vor dem Jahre 1956 errichteten Gebäude sind die in § 47 VVR vom 31. August 1956 genannten Anschaffungskosten weiter anzuwenden.) Im Jahr der Anschaffung bzw. Fertigstellung und im Jahr der Veräußerung sind Abschreibungen entsprechend der Nutzungsdauer zu berechnen. Der Abschreibungssatz ist nach der voraussichtlichen Lebensdauer des Gebäudes zu bemessen und darf ohne zwingenden Grund nicht geändert werden; er beträgt für Wohn- und Verwaltungsgebäude in der Regel jährlich 1 v.H., höchstens 2 v.H., es sei denn, dass besondere Umstände einen anderen Abschreibungssatz rechtfertigen. Wird der Wert von Grundstücken und Gebäuden erheblich gemindert, so ist eine außerordentliche Abschreibung nach dem Grad der Wertminderung vorzunehmen, die unter 660 gegenzubuchen ist.
5. Die errechneten Abschreibungsbeträge können in der Weise geändert werden, dass runde Abschreibungsbeträge oder runde Beträge auf dem Vermögenskonto entstehen; die Änderung darf nicht mehr als 10 v.H. des Abschreibungsbetrages ausmachen.

0701 Technische Anlagen

Zu 0701

1. Hier sind die Anschaffungs- oder Herstellungskosten der technischen Anlagen zu buchen, die im Bauwerk eingebaut, daran angeschlossen oder damit fest verbunden sind (DIN 276 Kostengruppe 400) sowie die technischen Anlagen in Außenanlagen (DIN 276 Kostengruppe 540). Die Kosten der Kostengruppe 490 (sonstige Maßnahmen für technische Anlagen) sind als Nebenkosten hier zu buchen. Nachträgliche Anschaffungs- oder Herstellungskosten von technischen Anlagen sind, wenn sie zu einer erheblichen Werterhöhung führen, hier zu buchen. Eine erhebliche Werterhöhung ist dann gegeben, wenn es sich nicht nur um Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen handelt, sondern durch die Maßnahme eine wesentliche Verbesserung der Verwendungs- und Nutzungsmöglichkeit erreicht wird.

2. Für jede technische Anlage sind mindestens einmal jährlich Abschreibungen zu buchen. Die Abschreibungen sind von den Anschaffungs- oder Herstellungskosten einschließlich erheblicher Werterhöhungen zu berechnen. Im Jahr der Anschaffung bzw. Inbetriebnahme und im Jahr der Veräußerung sind Abschreibungen entsprechend der Nutzungsdauer zu berechnen. Beginnt die Nutzung im ersten Kalenderhalbjahr, so ist der volle Jahresbetrag der Abschreibung in Ansatz zu bringen; beginnt die Nutzung im zweiten Kalenderhalbjahr, so ist der halbe Jahresbetrag in Ansatz zu bringen. Bei der Veräußerung im ersten Kalenderhalbjahr ist der halbe Jahresbetrag der Abschreibung in Ansatz zu bringen; erfolgt die Veräußerung im zweiten Kalenderhalbjahr, so ist der volle Jahresbetrag in Ansatz zu bringen. Der regelmäßige Abschreibungssatz beträgt für technische Anlagen je nach Nutzungsdauer 5 bis $33 \frac{1}{3}$ v.H. der Anschaffungs- oder Herstellungskosten. Ein einmal festgelegter regelmäßiger Abschreibungssatz darf nicht ohne zwingenden Grund geändert werden.
3. Die errechneten Abschreibungsbeträge können in der Weise geändert werden, dass runde Abschreibungsbeträge oder runde Beträge auf dem Vermögenskonto entstehen; die Änderung darf jedoch nicht mehr als 10 v.H. des Abschreibungsbetrages ausmachen.
4. Wird der Wert von technischen Anlagen erheblich gemindert, so ist eine außerordentliche Abschreibung nach dem Grad der Wertminderung vorzunehmen, die unter Kontenart 660 gegenzubuchen ist.

- 071 Gegenstände der beweglichen Zu 071
Einrichtung für die Verwaltung
1. Auf diesen Konten sind die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung (Einrichtungsgegenstände und sonstige bewegliche Sachen wie z.B. Fahrzeuge) zu buchen, sofern sie für den einzelnen Gegenstand den nach § 6 Abs. 2 Satz 1 EStG genannten Wert ohne Umsatzsteuer übersteigen, der Gegenstand selbständig bewertungs- und nutzungsfähig ist und eine Nutzungsdauer von zumindest drei Jahren hat. Übersteigen die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für den einzelnen Gegenstand diese Grenzen nicht, so sind sie dennoch zu aktivieren, wenn sie bei der Schaffung oder Erweiterung von Gebäuden in größerer Zahl zur Erstausrüstung erworben werden; Näheres hierzu ist vom Versicherungsträger zu regeln. Nachträgliche Anschaffungs- oder Herstellungskosten von Gegenständen der beweglichen Einrichtung sind, wenn sie zu einer erheblichen Wert-erhöhung führen, hier zu buchen. Eine erhebliche Werterhöhung ist dann gegeben, wenn es sich nicht nur um Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen handelt, sondern durch die Maßnahme eine wesentliche Verbesserung der Verwendungs- und Nutzungsmöglichkeit erreicht wird.
 2. Nicht zu den Gegenständen der beweglichen Einrichtung gehören Gegenstände, die mit dem Gebäude niet- und nagelfest oder durch Einmauerung verbunden sind; diese Gegenstände sind in dem Umfang Bestandteil des Gebäudes, als sie nicht den technischen Anlagen zuzurechnen sind (siehe Bestimmung zu 0701). Bücher und Karten sind ohne Rücksicht auf den Anschaffungswert nicht zu aktivieren.

3. Für Gegenstände der beweglichen Einrichtung sind mindestens einmal jährlich Abschreibungen zu buchen. Die Abschreibungen sind von den Anschaffungs- oder Herstellungskosten einschließlich erheblicher Werterhöhungen zu berechnen. Im Jahr der Anschaffung bzw. Inbetriebnahme und im Jahr der Veräußerung sind Abschreibungen entsprechend der Nutzungsdauer zu berechnen. Beginnt die Nutzung im ersten Kalenderhalbjahr, so ist der volle Jahresbetrag der Abschreibung in Ansatz zu bringen; beginnt die Nutzung im zweiten Kalenderhalbjahr, so ist der halbe Jahresbetrag der Abschreibung in Ansatz zu bringen. Bei der Veräußerung im ersten Kalenderhalbjahr ist der halbe Jahresbetrag der Abschreibung in Ansatz zu bringen; erfolgt die Veräußerung im zweiten Kalenderhalbjahr, so ist der volle Jahresbetrag in Ansatz zu bringen. Der regelmäßige Abschreibungssatz beträgt für die bewegliche Einrichtung je nach der Nutzungsdauer 10 bis 33 1/3 v.H. der Anschaffungs- oder Herstellungskosten, es sei denn, dass besondere Umstände einen anderen Abschreibungssatz rechtfertigen; ein niedrigerer Abschreibungssatz als 10 v.H. ist ausnahmsweise bei langlebigen Einrichtungsgegenständen zulässig. Ein einmal festgelegter regelmäßiger Abschreibungssatz darf nicht ohne zwingenden Grund geändert werden.
4. Die errechneten Abschreibungsbeträge können in der Weise geändert werden, dass runde Abschreibungsbeträge oder runde Beträge auf dem Vermögenskonto entstehen; die Änderung darf jedoch nicht mehr als 10 v.H. des Abschreibungsbetrages ausmachen.
5. Wird der Wert von Gegenständen der beweglichen Einrichtung erheblich gemindert, so ist eine außerordentliche Abschreibung nach dem Grad der Wertminderung vorzunehmen, die unter 660 gegenzubuchen ist.

0710 Fahrzeuge

0711 Maschinen (ohne Hard- und Software) [ab 1.1.2006]

0712 Büroeinrichtungen

0713 Hard- und Software [ab 1.1.2006]

Zu 0713

Hier sind die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für ab dem 1.1.2006 neu zu aktivierende Hard- bzw. Software zu buchen.

0719 Sonstige bewegliche Sachen

072	Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen für die Eigenbetriebe	
0720	Grundstücke und Gebäude	Zu 0720 Die Bestimmung zu 0700 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass der Abschreibungssatz für Eigenbetriebe in der Regel jährlich 2 v.H. höchstens 4 v.H. beträgt.
0721	Technische Anlagen	Zu 0721 Die Bestimmung zu 0701 gilt entsprechend.
073	Gegenstände der beweglichen Einrichtung für die Eigenbetriebe	Zu 073 Die Bestimmung zu 071 gilt entsprechend.
0730	Fahrzeuge	
0731	Maschinen (ohne Hard- und Software) [ab 1.1.2006]	
0732	Einrichtungsgegenstände	
0733	Hard- und Software [ab 1.1.2006]	Zu 0733 Die Bestimmung zu 0713 gilt entsprechend.
0739	Sonstige bewegliche Sachen	Zu 0739 1. Hierzu gehören u.a. die für Eigenbetriebe beschaffte Wäsche sowie ggf. der zu aktivierende Wert von Tieren. 2. Für Wäsche braucht nur die Vorratshaltung aktiviert zu werden; bei erster Ingebrauchnahme kann der volle Betrag ausgebucht werden. 3. Der Wert von Tieren ist zum Ende eines jeden Geschäftsjahres schätzungsweise zu ermitteln; die notwendigen Wertberichtigungen sind zu Lasten oder zu Gunsten der Konten unter 96 zu buchen.
074	Darlehen und Beteiligungen	
0740	Wohnungsfürsorge-Darlehen an Bedienstete	Zu 0740 Forderungen aus Darlehen an eigene Bedienstete.
0741	Sonstige Darlehen	Zu 0741 Darlehen, die die Krankenkasse in Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben vergeben hat; auch Darlehen für beamteneigene Kraftfahrzeuge.

0742	Beteiligungen	Zu 0742 Beteiligungen - auch Mitgliedschaften - an Gesellschaften, Vereinen, Stiftungen u.ä., soweit die Krankenkasse diese Beteiligungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt.
075	Sonstige Bestände des Verwaltungsvermögens	
0750	Vorräte der Eigenbetriebe	Zu 0750 1. Insbesondere Vorräte an Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln der Eigenbetriebe. 2. Die Bestimmungen zu 0690 Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
0759	Übrige Bestände des Verwaltungsvermögens	Zu 0759 Hier sind u.a. größere Vorräte an Verbrauchsgütern außer solchen an Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, zu aktivieren. Größere Vorräte sind solche, die über den Bedarf eines halben Jahres hinausgehen.
08	Sondervermögen	
080	Sondervermögen nach dem AAG bei Krankheit	
0800	Geldanlagen	Zu 0800 und 0810 Angelegte Mittel aus dem Ausgleich nach dem AAG; nicht hier zu erfassen sind die unter den sofort verfügbaren Zahlungsmitteln vorhandenen Bestände.
0801	Forderungen auf Umlagebeträge	Zu 0801 und 0811 1. Forderungen auf Umlagebeträge für den Ausgleich nach dem AAG. 2. Die Bestimmungen zu 020 gelten sinngemäß.
0803	Forderungen auf Zahlungsmittel an die Krankenversicherung	Zu 0803 und 0813 Hier sind die sofort verfügbaren Zahlungsmittel der AAG-Ausgleichskasse auszuweisen.
0809	Sonstige Forderungen	Zu 0809 und 0819 Auf dem Konto sind alle sonstigen Forderungen zu erfassen, die aus dem Ausgleich nach dem AAG entstehen, also Forderungen auf zu Unrecht gezahlte Erstattungsbeträge an Arbeitgeber, Forderungen gegen Dritte nach § 15 AAG, am Jahresende noch ausstehende Forderungen auf Vermögenserträge, Übergangshilfe des Bundes u.a..
081	Sondervermögen nach dem LFZG bei Mutterschaft	

- 0810 Geldanlagen
- 0811 Forderungen auf Umlagebe-
träge
- 0813 Forderungen auf Zahlungsmit-
tel an die Krankenversiche-
rung

- 0819 Sonstige Forderungen
- 089 Sonstige Sondervermögen
- 09 Überschuss der Passiva Zu 09
Es wird auf die Bestimmung zu 19 verwiesen.

- 090 Überschuss der Passiva der
Krankenversicherung
- 0901 Betriebsmittel
- 0903 Verwaltungsvermögen
- 096 Überschuss der Passiva beim
Sondervermögen nach AAG
bei Krankheit
- 0960 Sondervermögen nach dem
AAG bei Krankheit
- 097 Überschuss der Passiva beim
Sondervermögen nach dem
AAG bei Mutterschaft
- 0970 Sondervermögen nach dem
AAG bei Mutterschaft

Kontenklasse 1 - Passiva

10	Zahlungsmittelkredite (ohne 1800 und 1810)	
100	Zahlungsmittelkredite	
1000	Zahlungsmittelkredite	Zu 1000 Sofern ausnahmsweise ein Konto der Kontengruppe 00 einen passiven Saldo aufweist, ist dieser mindestens in der Jahresrechnung auf Konto 1000 und nicht auf dem entsprechenden Konto unter 00 darzustellen. Hier sind auch die anteiligen sofort verfügbaren Zahlungsmittel der AAG-Ausgleichskassen bei Krankheit und Mutterschaft auszuweisen.
1003	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1004	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1005	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1006	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1007	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1008	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
11	Kurzfristige Kredite	Zu 11 Kurzfristige Kredite sind solche mit einer Kündigungsfrist bzw. mit einer festgelegten Laufzeit von bis zu einem Jahr.
110	Kurzfristige Kredite	
1100	Kurzfristige Kredite von Banken und Sparkassen	
1103	Bundesdarlehen nach § 271 Abs. 3 SGB V (Gesundheitsfonds)	Zu 1103 Der Gesundheitsfonds bucht hier das zurückzuzahlende nicht zu verzinsende Liquiditätsdarlehen des Bundes.
1109	Kurzfristige Kredite von anderen Stellen	

- | | | |
|------|---|---|
| 12 | Kurzfristige Verpflichtungen | Zu 12
In ihrer Höhe nicht richtig angesetzte Verpflichtungen sind über die sachlich zutreffenden Ertrags-, Aufwands- oder Vermögenskonten zu berichtigen (siehe auch zu 36 und zu 66). |
| 120 | Zu Unrecht erhaltene Beiträge für die Krankenversicherung | Zu 120
Die Bestimmungen zu 020 gelten entsprechend. |
| 1200 | Zu Unrecht erhaltene Beiträge für die Krankenversicherung | |
| 121 | Verpflichtungen aus Zusatzbeiträgen und Prämienauszahlungen | |
| 1210 | Verpflichtungen aus Zusatzbeiträgen nach § 242 Abs. 1 SGB V | |
| 1211 | Verpflichtungen aus Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGV V | |

- 122 Verpflichtungen aus Leistungen anderer für Versicherte (ohne 127)
- Zu 122
1. Diese Kontenart entspricht im wesentlichen den Konten unter 022, 023 und 024. Zu erfassen sind hier Verpflichtungen gegenüber anderen Leistungsträgern aus im Auftrag erbrachten Leistungen nach § 91 SGB X (einschließlich Verwaltungskostenanteilen); Verpflichtungen gegenüber anderen Krankenkassen, gegenüber Renten- und Unfallversicherungsträgern, ferner Verpflichtungen, die sich aus der Durchführung des Infektionsschutzgesetzes für krankenversicherte Mitglieder ergeben, Verpflichtungen aus Leistungen, die eine Gemeinde, ein Gemeindeverband an Versicherte gewährt hat oder ein Arbeitgeber nach § 17 SGB V. Ferner gehören hierher die nicht aufgebrauchten Vorschüsse z.B. des Bundes nach § 19 BVG, nicht aufgebrauchte Vorschüsse in Fällen des § 116 SGB X, nicht aufgebrauchte Vorschüsse von Renten- und Unfallversicherungsträgern für Aufträge gemäß § 189 SGB VII sowie Verpflichtungen, die sich aus der Durchführung des § 39 Abs. 2 SGB V ergeben. Darüber hinaus sind hier auch Verpflichtungen gegenüber ausländischen Versicherungsträgern zu buchen, die aus Leistungen dieser Stellen Versicherte bei deutschen Versicherungsträgern aufgrund von Sozialversicherungsabkommen oder den EWG-Verordnungen entstanden sind. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen buchen hier u.a. auch Verpflichtungen an die Träger der Altershilfe für Landwirte und Verpflichtungen an den Bund aus Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 3 KVLG 1989. Nicht hier zu buchen sind die unter 127 aufgeführten Verpflichtungen.
 2. Die Verpflichtungen brauchen nur am Ende des Geschäftsjahres gebucht zu werden.
- 1220 Verpflichtungen aus Leistungen anderer für Versicherte (ohne 1221, 1223)
- 1221 Verpflichtungen aus Leistungen ausländischer Versicherungsträger für Versicherte
- 1223 Verpflichtungen an den Bund aus Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989
- 125 Noch nicht aufgebrauchte Vorschüsse für Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute
- Zu 125
- Die Konten nehmen beim Jahresabschluss den Überschuss der Einnahmen bzw. der Habenbeträge aus den zutreffenden Konten der Kontenklasse 8 auf; vgl. auch zu 025.

- 1250 Verpflichtungen an Gemein-
den (Sozialhilfeempfänger)
- 1251 Verpflichtungen nach dem
BVG, BVFG, MuSchG, Infek-
tionsschutzgesetz, Anti-D-
Hilfe-Gesetz, OEG, BEG und
dem Gesetz zur Hilfe für
Frauen bei Schwanger-
schaftsabbrüchen in besonde-
ren Fällen
- 1259 Verpflichtungen an Sonstige
- 126 Verpflichtungen aus dem Bei-
tragseinzug für andere Versi-
cherungsbranche
- 1260 Verpflichtungen aus dem Bei-
tragseinzug für andere Versi-
cherungsbranche
- Zu 1260
Die Bestimmung zu 125 gilt auch hier.
- 127 Verpflichtungen aus Diensten
und Lieferungen für Versiche-
rungsleistungen
- Zu 127
Die Bestimmung zu 122 Nummer 2 gilt auch hier.
- 1270 Verpflichtungen für Behand-
lung durch Ärzte
- Zu 1270
U.a. Verpflichtungen gegenüber Belegärzten.
- 1271 Verpflichtungen für Behand-
lung durch Zahnärzte
- Zu 1271
Hier sind auch die zurückbehaltenen Beträge nach
§ 85 Abs. 4 f SGB V zu passivieren und zwar solange,
bis der Anspruch der KZV auf Auszahlung dieser Be-
träge erlischt. Nach Erlöschen des Anspruchs sind sie
unter KA 382 zu vereinnahmen.
- 1272 Verpflichtungen aus Lieferun-
gen von Arznei-, Verband-,
Heil- und Hilfsmitteln aus Apo-
theken
- 1273 Verpflichtungen aus Lieferun-
gen von Verband-, Heil- und
Hilfsmitteln von Sonstigen so-
wie aus Behandlung durch
sonstige Heilpersonen
- 1274 Verpflichtungen aus Leistun-
gen von Anstalten und Hei-
men
- Zu 1274
Bei der Buchung der Verpflichtungen brauchen noch
ausstehende Zuzahlungen der Versicherten nicht be-
rücksichtigt zu werden.

1279	Verpflichtungen aus Diensten und Lieferungen für Versicherungsleistungen von Sonstigen	Zu 1279 Hierher gehören auch Verpflichtungen gegenüber Hauspflegern, Hebammen und Sanitätsstationen sowie Verpflichtungen aus dem Medizinischen Dienst.
128	Verpflichtungen aus Verwahrungen	
1280	Sozialversicherungsbeiträge und Steuern	Zu 1280 Noch abzuführende Sozialversicherungsbeiträge für die Bediensteten (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile), Lohn- und Kirchensteuer usw..
1289	Sonstige Verwahrungen	Zu 1289 Dieses Konto nimmt laufend alle Zahlungseingänge auf, deren Bestimmung nicht sofort festgestellt werden kann. Die Beträge sind nach Aufklärung auf die zutreffenden Konten umzubuchen.
129	Sonstige kurzfristige Verpflichtungen	Zu 129 Die Bestimmung zu 122 Nummer 2 gilt auch hier.
1290	Verpflichtungen aus dem Verwaltungssektor	
1291	Verpflichtungen an den Bund aus Zuschüssen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989	
1292	Verpflichtungen aus dem Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V)	Zu 1292 Die Bestimmung zu 0292 gilt entsprechend. Der voraussichtliche Ausgleichsbetrag (Verpflichtung) ist auf Konto 6741 bzw. 6749 gegenzubuchen.
1293	Verpflichtungen aus dem Risikopool-Ausgleich (§ 269 SGB V)	Zu 1293 Die Bestimmung zu 0293 gilt entsprechend. Der voraussichtliche Ausgleichsbetrag (Verpflichtung) ist auf Konto 6761 bzw. 6769 gegenzubuchen.
1294	Übrige Verpflichtungen aus RSA und Risikopool	Zu 1294 Die Bestimmung zu 0294 gilt entsprechend.
1295	Verpflichtungen gegenüber dem Gesundheitsfonds	Zu 1295 Verpflichtungen der Krankenkasse gegenüber dem Gesundheitsfonds gem. §§ 266 und 270 SGB V. Die Bestimmung zu Konto 0296 gilt entsprechend.
1296	Verpflichtungen gegenüber den Krankenkassen (Gesundheitsfonds)	Zu 1296 Verpflichtungen des Gesundheitsfonds gegenüber den Krankenkassen gem. §§ 266 und 270 SGB V. Die Buchungsbestimmung zu 0295 gilt entsprechend.

- 1299 Übrige Verpflichtungen Zu 1299
Z.B. fällige, aber noch nicht bezahlte Vermögensaufwendungen.
- 13 Verpflichtungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V
- 130 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 1300 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 131 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V
- 1310 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V
- 132 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V
- 1320 Verpflichtungen aus Prämienzuzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V
- 133 Verpflichtungen aus Kostenerstattungen an Versicherte nach § 53 Abs. 4 SGB V
- 1330 Verpflichtungen aus Kostenerstattungen an Versicherte nach § 53 Abs. 4 SGB V
- 134 Verpflichtungen für zu übernehmende Kosten für Arzneimittel nach § 53 Abs. 5 SGB V
- 1340 Verpflichtungen für zu übernehmende Kosten für Arzneimittel nach § 53 Abs. 5 SGB V
- 135 Verpflichtungen aus tariflich gestalteten Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V

- 1350 Verpflichtungen aus tariflich gestalteten Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V
- 136 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 7 SGB V
- 1360 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 7 SGB V
- 14 Andere Verpflichtungen (ohne 17 und 18)
- 140 Kredite mit einer Kündigungsfrist bzw. einer festgelegten Laufzeit von über einem Jahr
- Zu 140
1. Auf den Konten sind die einzelnen Kreditinstitute zu bezeichnen, wenn nicht für jedes Kreditinstitut ein Unterkonto geführt wird. Ferner sind der Tag der Aufnahme des Kredites, die Rückzahlungsbedingungen, der Zinssatz, die Fälligkeit und die Zahlung der Zinsen zu vermerken, es sei denn, dass diese Angaben anderweitig besonders festgehalten werden.
 2. Liegt der Auszahlungsbetrag des Kredites unter dem zurückzuzahlenden Betrag, so ist letzterer zu buchen; der Unterschiedsbetrag ist unter 66 zu buchen.
- 1400 Kredite von Banken und Sparkassen
- 1409 Kredite von sonstigen Stellen
- 141 Aufgenommene Darlehen
- Zu 141 und 145
1. Die Bestimmungen zu 041 Nummer 1 und zu 140 Nummer 2 gelten entsprechend.
 2. Hier sind auch Darlehen, die nur zurück zu zahlen sind, soweit ein Jahresüberschuss anfällt (haftungslose Darlehen) zu berücksichtigen. Nr. 1 gilt mit der Maßgabe, dass der Nennwert mit 0 anzusetzen ist. Sollte aus technischen Gründen eine Buchung mit dem Nennwert 0 € nicht möglich sein, ist als Nennwert der Wert 0,01 € zu verwenden. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem Auszahlungsbetrag und dem Nennwert ist unter 36 zu vereinnahmen. Spätere Tilgungen sind unter 665 zu buchen.
- 1410 Aufgenommene Darlehen (ohne 145)

145	Darlehen aus der Gesamtrücklage	
1450	Darlehen aus der Gesamtrücklage	
149	Sonstige Verpflichtungen	
1490	Sonstige Verpflichtungen	
15	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	
150	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	
1500	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	Zu 1500 Einzahlungen von Beträgen für kommende Geschäftsjahre.
16	Sonstige Passiva (ohne 17 und 18)	
160	Rückstellungen	
1600	Pensionsrückstellungen	Zu 1600 Hier werden die unter dem Konto 0681 ausgewiesenen Mittel der Pensionsrückstellungen passiviert.
1601	Versorgungsrücklage	Zu 1601 Hier werden die unter dem Konto 0680 ausgewiesenen Mittel der Versorgungsrücklage passiviert.
1602	Rückstellungen der Zusatzversorgung Arbeitnehmer	Zu 1602 Hier werden die unter dem Konto 0682 ausgewiesenen Mittel der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer passiviert.
169	Übrige Passiva	Zu 169 Hier sind alle auf den übrigen Konten der Kontenklasse 1 (ohne Kontengruppen 17 und 18) nicht unterzubringenden Passiva zu buchen.
1699	Übrige Passiva	
17	Dem Verwaltungsvermögen zuzuordnende Verpflichtungen	
170	Dem Verwaltungsvermögen zuzuordnende Verpflichtungen	
1700	Passive Grundpfandrechte	Zu 1700 Die Bestimmungen zu 042 Nr. 1 und 2 und zu 140 Nr. 2 gelten entsprechend.

1709	Sonstige Verpflichtungen	
18	Dem Sondervermögen zuzuordnende Verpflichtungen	
180	Verpflichtungen nach dem AAG bei Krankheit	
1800	Zahlungsmittelkredite	Zu 1800 und 1810 Die Bestimmung zu 1000 gilt entsprechend.
1801	Verpflichtungen aus Umlagebeträgen	Zu 1801 und 1811 1. Verpflichtungen aus Umlagebeträgen aus dem Ausgleich nach dem AAG. 2. Die Bestimmungen zu 020 gelten sinngemäß.
1802	Verpflichtungen gemäß § 1 Abs. 1 und 3 AAG	
1803	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1804	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1805	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1806	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1807	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1808	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
1809	Sonstige Verpflichtungen	Zu 1809 und 1819 1. Hier sind alle sonstigen Verpflichtungen zu buchen, die aus dem Ausgleich nach dem AAG entstehen, so Vermögensaufwendungen u.a.. 2. Die Bestimmung zu 122 Nummer 2 gilt auch hier.
181	Verpflichtungen nach dem AAG bei Mutterschaft	
1810	Zahlungsmittelkredite	
1811	Verpflichtungen aus Umlagebeträgen	
1812	Verpflichtungen gemäß § 1 Abs. 2 und 3 AAG	

- 1813 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 1814 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 1815 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 1816 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 1817 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 1818 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 1819 Sonstige Verpflichtungen
- 189 Sonstige Sondervermögen
- 19 Überschuss der Aktiva

Zu 19

1. Unter der Kontengruppe 19 ist der buchmäßige Wert des gesamten Reinvermögens der Krankenkasse einschließlich des Vermögens aus dem Ausgleich nach dem AAG auszuweisen. Unter 1901 sind die Betriebsmittel (Betriebsmittel-Ist nach § 260 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989), unter 1902 die Rücklage (Rücklage-Ist nach § 261 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989), unter 1903 und 1904 das Verwaltungsvermögen (§ 263 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989), ohne Pensionsrückstellungen und unter 1960/1970 das Reinvermögen aus dem Ausgleich nach dem AAG einschl. des Anteils an sofort verfügbaren Zahlungsmitteln nachzuweisen.
2. Ergibt sich zum Bilanzstichtag für die Betriebsmittel oder das Verwaltungsvermögen ein Überschuss der Passiva, so ist dieser in der Bilanz nicht unter 190, sondern auf dem zutreffenden Konto unter 090 einzusetzen. In diesen Fällen stellt die Summe 190 das Brutto-Reinvermögen der Krankenversicherung dar. Zur Darstellung des Netto-Reinvermögens der Krankenversicherung wird in der Jahresrechnung (KJ 1) die Bilanz nach der Summe „Kontenklasse 1 insgesamt“ um folgende Position ergänzt: „190/090 Netto-Reinvermögen der Krankenversicherung“. Ein passives Netto-Reinvermögen der Krankenversicherung ist durch ein Minus-Vorzeichen zu kennzeichnen.

3. Ergibt sich zum Bilanzstichtag für die unter 1960 bzw. 1970 zu buchenden Vermögen ein Überschuss der Passiva, so ist dieser in der Bilanz nicht unter 196 bzw. 197, sondern unter 096 bzw. 097 auszuweisen.
4. Die Konten unter 19 brauchen nicht laufend geführt zu werden; sie dienen dem Nachweis des Reinvermögens in der Bilanz. Bei kameralistischer Buchführung ist die Führung der Konten unter 19 nicht erforderlich.

- 190 Überschuss der Aktiva der Krankenversicherung
- 1901 Betriebsmittel
- 1902 Rücklage
- 1903 Verwaltungsvermögen (ohne 1600, 1601 und 1904)
- 1904 Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen (§ 263 Abs. 1 Nr. 2 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989)
- 196 Überschuss der Aktiva beim Sondervermögen nach dem AAG bei Krankheit
- 1960 Sondervermögen nach dem AAG bei Krankheit
- 197 Überschuss der Aktiva beim Sondervermögen nach dem AAG bei Mutterschaft
- 1970 Sondervermögen nach dem AAG bei Mutterschaft

Kontenklasse 2 - Beiträge für die Krankenversicherung

Zu 2

Auf den Konten der Kontenklasse 2 bucht neben den landwirtschaftlichen Krankenkassen grundsätzlich nur der Gesundheitsfonds. Die anderen Krankenkassen buchen auf den Konten der Kontenklasse 2 nur, soweit sei einen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V erheben, oder es sich um Beiträge oder Erstattungen handelt, die dem Zeitraum vor dem 01.01.2009 zuzurechnen sind. Die zeitliche Begrenzung bis zum 31.12.2008 innerhalb der Kontenklasse 2 gilt nicht für LKKen.

- | | | |
|------|---|--|
| 20 | Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder | Zu 20
Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 sind nicht hier, sondern unter Kontenart 230 zu buchen. Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder aus geringfügiger Beschäftigung nach § 249b SGB V/§ 48 Abs. 6 KVLG 1989 sind nicht hier, sondern unter Kontenart 270 zu buchen. |
| 200 | Beiträge für versicherungspflichtige Beschäftigte | Zu 200
1. Beiträge für abhängig Beschäftigte aus versicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 SGB V) sowie Beiträge für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 KVLG 1989 Versicherten.

2. Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 192 Abs. 2 SGB V.

3. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen buchen hier (und nicht bei 7691) auch die Mahngebühren. |
| 2000 | Beiträge für versicherungspflichtige Beschäftigte | |
| 201 | Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld und weiterer Leistungen | |
| 2011 | Beiträge der Bundesagentur für Arbeit für versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III und für Empfänger weiterer Leistungen | Von der Bundesagentur für Arbeit gezahlte Beiträge für versicherungspflichtige Leistungsempfänger nach dem SGB III (Arbeitslosengeld I). Ferner sind hier Beiträge für Empfänger weiterer Leistungen zu buchen, sofern es sich nicht um Beiträge aus Kurzarbeitergeld und Winterausfallgeld handelt. |
| 2013 | Beiträge für versicherte Arbeitslosengeld-II-Empfänger | Hier sind die Beiträge für versicherte Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld II zu buchen |

202	Beiträge für Versicherungspflichtige mit und ohne Rentenbezug sowie für Rentenantragsteller	Zu 202 Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte ohne Rentenbezug sind für Zeiträume ab 01.01.2009 ebenfalls hier zu buchen. Die LKKen buchen die Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte ohne Rentenbezug weiterhin unter Konto 2060.
2020	Beiträge aus Renten für Pflichtversicherte (ohne 2021, 2026 und 2028)/Beiträge aus Renten für Altenteiler (nur LKK'en)	Zu 2020 1. Als KVdR-Beitrag aus Renten des Ausgleichsmonats ist ausschließlich der Gesamtkrankenkassenbeitrag aus den Beitragsnachweisen der RV-Träger (Deutsche Post AG im Auftrag der RV der Arbeiter und Angestellten [ab 1.10.2005: allgemeinen Rentenversicherung] sowie ggf. der Bundesknappschaft [ab 1.10.2005: Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See]) nach dem "Für-Prinzip" zu buchen. 2. Die LKK'en buchen hier nur die Beiträge aus Renten für die nach § 2 Abs. 1 Nrn. 4 oder 5 KVLG 1989 versicherten Altenteiler.
2022	Beiträge der Rentenantragsteller	Zu 2022 1. Beiträge der Rentenantragsteller nach § 239 SGB V/§ 44 KVLG 1989 einschließlich der Beiträge für die Zeit zwischen Einstellung einer Rentenzahlung und dem Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. Rückzahlungen von Beiträgen, die für die Zeit zwischen Rentenbeginn und Zustellung des Rentenbescheides oder für die Zeit nach Einstellung einer Rentenzahlung entrichtet wurden, sind hier gegenzubuchen. 2. Die Bestimmung zu 200 Nr. 3 gilt entsprechend. 3. Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.
2024	Sonstige Beiträge für versicherungspflichtige Rentner	Zu 2024 Beiträge nach dem bis zum 30. Juni 1977 geltenden Recht.
2025	Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte mit und ohne Rentenbezug	Zu 2025 1. Beiträge, die nach § 226 Abs. 1 Nr. 3 und 4 und § 237 Nr. 2 und 3 SGB V bemessen sind, für pflichtversicherte Mitglieder und Rentner, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen.

2. Die LKK'en buchen hier die Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen für als Alttenteiler Versicherte.

3. Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.

2026 Beiträge aus Renten für Aktiv-Versicherte (nur LKK'en)

2027 Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V/§ 40 Abs. 7 Satz 4 KVLG 1989

2028 Beiträge nach § 255 Abs. 2 Satz 2 SGB V für Zeiträume bis 31.12.2008 (ohne LKK'en)

203 Beiträge für Zeiträume bis 31.12.2008 für Jugendliche und behinderte Menschen

Zu 203
Beiträge für die Pflichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 5, 7 und 8 SGB V, soweit sie ihrer Art nach nicht auf den Konten 2025, 2026 oder 2060 zu buchen sind.

2030 Beiträge für Zeiträume bis 31.12.2008 für Jugendliche und behinderte Menschen

204 Beiträge der pflichtversicherten Studenten, Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten

Zu 204
Beiträge für die Pflichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V/§ 21 KVLG 1989.

2040 Beiträge der pflichtversicherten Studenten, Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten

Zu 2040
Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.

205 Beiträge für Dienstleistende zum Wehr- und Zivildienst sowie bei der Bundespolizei

Zu 205
1. Beiträge nach der KV-Pauschalbeitragsverordnung für alle Mitglieder, die Wehr- oder Zivildienst sowie Dienst bei der Bundespolizei leisten oder an einer Eignungsübung teilnehmen (§ 193 SGB V/§ 25 Abs. 3 KVLG 1989; § 8 EÜG).
2. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen.

- 2050 Beiträge für Dienstleistende zum Wehr- und Zivildienst sowie bei der Bundespolizei
- 206 Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte ohne Rentenbezug für Zeiträume bis 31.12.2008
- 2060 Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte ohne Rentenbezug für Zeiträume bis 31.12.2008
- Zu 2060
1. Beiträge, die nach § 226 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V bemessen sind, für Versicherungspflichtige, die keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, aber Versorgungsbezüge erhalten und nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V versichert sind.
 2. Die LKK'en buchen hier die Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen für Aktivversicherte.
 3. Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.
- 21 Beiträge der versicherungsberechtigten Mitglieder
- Beiträge für versicherungsberechtigte Mitglieder aus geringfügiger Beschäftigung nach § 249b SGB V/§ 48 Abs. 6 KVLG 1989 sind nicht hier, sondern unter Kontenart 270 zu buchen.
- 210 Beiträge der versicherungsberechtigten Mitglieder
- Zu 210
1. Beiträge der der Versicherung freiwillig Beigetretenen (§ 9 SGB V/§ 6 KVLG 1989).
 2. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen buchen hier (und nicht bei 7691) auch die Mahngebühren.
- 2100 Beiträge der versicherungsberechtigten Mitglieder
- 212 Beiträge der Rentner für Zusatzversicherungen auf Sterbegeld
- 2120 Beiträge der Rentner für Zusatzversicherungen auf Sterbegeld (nur Knappschaft)
- 214 Beiträge der freiwillig versicherten Studenten für Zeiträume bis 31.12.2008
- Zu 214
- Beiträge, die nach dem ermäßigten Beitragssatz § 245 Abs. 2 SGB V/§ 21 KVLG 1989 bemessen werden.

- 2140 Beiträge der freiwillig versicherten Studenten für Zeiträume bis 31.12.2008
- 22 Beiträge für Rehabilitanden Zu 22
Sämtliche Beiträge für Rehabilitanden, die der Rehabilitationsträger zu zahlen hat. Andere Beiträge für Rehabilitanden sind zutreffend z.B. auf den Konten 2025, 2026 oder 2060 zu buchen.
- 220 Beiträge für Rehabilitanden
- 2200 Beiträge für Rehabilitanden
- 23 Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs 1 Nr. 7 KVLG 1989 für Zeiträume bis 31.12.2008, sonstige Krankenversicherungsbeiträge für Zeiträume ab 01.01.2009 Zu 23
Hier sind die Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder zu buchen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich oder zu keiner Zeit krankenversichert waren (§ 5 Abs.1 Nr.13 SGB V; § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989).
Beiträge aus Renten für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 , die vom Rentenversicherungsträger einbehalten und im Beitragsnachweis enthalten sind, sind nicht hier, sondern unter Konto 2020 zu buchen. Beiträge für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989, die von Dritten einbehalten und im Beitragsnachweis enthalten sind, sind nicht hier, sondern auf dem für diesen Personenkreis geltenden Konto zu buchen.
- 230 Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs 1 Nr. 7 KVLG 1989 für Zeiträume bis 31.12.2008
- 2300 Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs 1 Nr. 7 KVLG 1989 für Zeiträume bis 31.12.2008
- 231 Sonstige Krankenversicherungsbeiträge für Zeiträume ab 01.01.2009
- 2310 Sonstige Krankenversicherungsbeiträge für Zeiträume ab 01.01.2009 Zu 2310
Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Beiträge der Rentenantragsteller usw.

24	Beiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG	Zu 24 1. Beiträge, die die Künstlersozialkasse an den Gesundheitsfonds abführt. Andere Beiträge für Künstler und Publizisten sind zutreffend z.B. auf den Konten 2025, 2026 oder 2060 zu buchen. 2. Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung nach § 249b SGB V/§ 48 Abs. 6 KVLG 1989 sind nicht hier, sondern unter Kontenart 270 zu buchen.
240	Beiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG	
2400	Beiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG	
25	Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V	Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V.
250	Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V	
2500	Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V	
27	Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung	
270	Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung	
2700	Beiträge nach § 249b SGB V/§ 48 Abs. 6 KVLG 1989 (ohne 2702)	
2702	Beiträge nach § 249b SGB V/§ 48 Abs. 6 KVLG 1989 - Altenteiler -	
28	Säumniszuschläge auf Beiträge der KV	Zu 28 1. Säumniszuschläge auf Beiträge (§ 24 SGB IV).
280	Säumniszuschläge auf Beiträge der KV	
2800	Säumniszuschläge auf Beiträge der KV	
2802	Säumniszuschläge auf Beiträge der KV - Altenteiler	

Kontenklasse 3 - Vermögenserträge und sonstige Einnahmen der Krankenversicherung

30	Vermögenserträge	Zu 30 1. Nur laufende Vermögenserträge, nicht dagegen einmalige Erträge, wie realisierte Gewinne beim Verkauf von Vermögensanlagen. 2. Die im Geschäftsjahr fälligen Vermögenserträge können auch dann hier gebucht werden, wenn sie sich teilweise auf das kommende oder auf das vergangene Geschäftsjahr beziehen. Für eine genaue zeitliche Rechnungsabgrenzung können noch nicht fällige, aber für das Rechnungsjahr geltende Zinsen vor dem Jahresabschluss gebucht werden.
301	Zinsen aus Geldanlagen	
3010	Zinsen aus Geldanlagen	Zu 3010 Auch Erträge aus der Gesamtrücklage (§ 262 SGB V); als Ertrag sind die der Gesamtrücklage gutgeschriebenen oder an die Krankenkasse ausbezahlten Unterschiedsbeträge zwischen Ertrag und Aufwand der Gesamtrücklage zu erfassen.
3012	Zinsen aus Bundesmitteln (nur LKK'en)	
303	Zinsen aus Mitteln der Rückstellungen	
3030	Zinsen der Versorgungsrücklage	Zu 3030 Hier sind im Haben die aus der Anlage der Mittel der Versorgungsrücklage (§ 14a BbesG) erzielten Zinserträge zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0680 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6030 zu passivieren.
3031	Zinsen aus Mitteln der Pensionsrückstellungen	Zu 3031 Hier sind die aus der Anlage der Mittel der Pensionsrückstellungen erzielten Zinserträge zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0681 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6031 zu passivieren.
3032	Zinsen aus Mitteln der Zusatzversorgung Arbeitnehmer	Zu 3032 Hier sind die aus der Anlage der Mittel der Zusatzversorgung erzielten Zinserträge zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0682 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6032 zu passivieren.

309	Sonstige Vermögenserträge	Zu 309 Z.B. Erträge aus Beteiligungen.
3090	Sonstige Vermögenserträge	
31	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	Zu 31 Diese Kontengruppe nimmt beim Jahresabschluss die Einnahmen-(Haben-)Überschüsse aus Kontengruppe 96 auf.
310	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	
3100	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	
32	Erstattungen und Einnahmen nach dem BVG, dem SGB V, dem KVLG, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Art. 63 GRG	Zu 32 Rückzahlungen von zu Unrecht erhaltenen Erstattungen sind auf den zutreffenden Konten dieser Kontengruppe gegenzubuchen.
320	Erstattungen nach dem BVG	Zu 320 1. KA 320 gilt für Erstattungen des Bundes für Leistungen, die vor dem 01.01.1994 erbracht wurden, jedoch erst nach dem 31.12.1993 erstattet werden. 2. Hier sind auch die Erstattungen für die Behandlung solcher Versicherten zu buchen, die einen Schaden bei Gewalttaten erlitten haben, wenn die Erstattungen für Leistungen erfolgen, die bis zum 31.12.1997 erbracht wurden (siehe auch zu KA 325 Nr. 1). 3. Beträge, die an Ärzte für die Mitwirkung bei der Erfassung der Fälle nach § 19 BVG a. F. gezahlt werden, sind ebenfalls hier zu buchen.
3200	Erstattungen nach § 19 BVG a. F.	
3202	Erstattungen nach § 19 BVG a. F. - Altenteiler -	
321	Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB V	
3214	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr	Zu 3214 bis 3218 1. Hier sind Erstattungen von Krankengeld einschließlich der darauf entfallenden Beiträge aus Krankengeld bei rückwirkender Rentenzahlung (§ 50 SGB V) zu buchen.

2. Handelt es sich um eine Erstattung bei Zeitrentengewährung, hat die Buchung
 - a) unter Konto 3214 zu erfolgen, soweit sie für im Geschäftsjahr gezahltes Krankengeld geleistet wird,
 - b) unter Konto 3215 zu erfolgen, soweit sie für in Vorjahren gezahltes Krankengeld geleistet wird. Erstreckt sich ein Erstattungsfall über das laufende und über Vorjahre, ist der Erstattungsbetrag entsprechend den in den jeweiligen Geschäftsjahren gezahlten Krankengeldanteilen aufzuteilen.
3. Handelt es sich um eine Erstattung bei Dauerrentengewährung, hat die Buchung
 - a) unter Konto 3216 zu erfolgen, soweit sie für im Geschäftsjahr gezahltes Krankengeld geleistet wird,
 - b) unter Konto 3217 zu erfolgen, soweit sie für in Vorjahren gezahltes Krankengeld geleistet wird. Satz 2 der Bestimmung Nr. 2 gilt entsprechend.
4. Erstattungen im Zusammenhang mit Altersrenten erfolgen unter Konto 3218, unabhängig davon, ob das Krankengeld im Geschäftsjahr oder in Vorjahren gezahlt wurde.

3215 Erstattungen nach § 50
SGB V bei Zeitrenten wegen
verminderter Erwerbsfähigkeit
- Vorjahre

3216 Erstattungen nach § 50
SGB V bei Dauerrenten wegen
verminderter Erwerbsfähigkeit
- Geschäftsjahr

3217 Erstattungen nach § 50
SGB V bei Dauerrenten wegen
verminderter Erwerbsfähigkeit
- Vorjahre

3218 Erstattungen nach § 50
SGB V bei Altersrenten

3219 Erstattungen nach § 49 Abs. 1
Nr. 3 SGB V bei Übergangsgeld

Zu 3219
Hier sind die Erstattungen von Krankengeld einschließlich darauf entfallender Beiträge aus Übergangsgeld (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) zu buchen, unabhängig davon, ob das Krankengeld im Geschäftsjahr oder in Vorjahren gezahlt wurde.

322 Erstattungen und Einnahmen
nach dem KVLG und dem
KVLG 1989

- 3220 Erstattungen nach § 13 Abs. 4
KVLG 1989 i.V.m. § 50
SGB V
- 3222 Zuschüsse für Leistungsauf-
wendungen nach § 37 Abs. 2
KVLG 1989
- 3223 Zuschüsse nach § 37 Abs. 3
i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59
Abs. 3 KVLG 1989
- 3224 Einnahmen aus dem Solidar-
zuschlag nach § 38 Abs. 4
KVLG 1989
- Zu 3224
Hier buchen die landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Einnahmen aus dem Solidarzuschlag nach § 38
Abs. 4 KVLG 1989.
- 323 Erstattungen nach dem Infek-
tionsschutzgesetz und dem
Anti-D-Hilfe-Gesetz
- Zu 323
Auch pauschale Erstattungen der Länder nach dem
Infektionsschutzgesetz für Leistungen, die nach dem
31.12.1997 erbracht wurden, soweit sie im jeweiligen
Geschäftsjahr die auf Konto 8670 gebuchten Auf-
wendungen für Leistungen nach dem 31.12.1997
übersteigen.
- 3230 Erstattungen nach dem Infek-
tionsschutzgesetz und dem
Anti-D-Hilfe-Gesetz
- 3232 Erstattungen nach dem Infek-
tionsschutzgesetz und dem
Anti-D-Hilfe-Gesetz - Alten-
teiler -

- 325 Erstattungen nach dem § 19
BVG n. F.
- Zu 325
1. Nach § 19 BVG n. F. gezahlte Erstattungen des Bundes für Leistungen sind hier zu buchen, soweit sie im jeweiligen Geschäftsjahr die zur Deckung der auf Konto 8320 gebuchten Auftragsleistungen nach § 18c BVG n. F. übersteigen. Pauschale Erstattungen der Länder für Behandlungen nach dem 31.12.1997 solcher Versicherten, die einen Schaden bei Gewalttaten erlitten haben, sind hier zu buchen, soweit sie im jeweiligen Geschäftsjahr die auf Konto 8620 gebuchten Aufwendungen für Leistungen nach dem 31.12.1997 übersteigen. Vor dem 01.01.1994 noch nicht gezahlte Erstattungen des Bundes für bis zum 31.12.1993 erbrachte Leistungen und am 01.01.1998 noch nicht gezahlte Erstattungen der Länder für bis zum 31.12.1997 erbrachte Leistungen solcher Versicherten, die einen Schaden bei Gewalttaten erlitten haben, sind nicht hier zu buchen (siehe KA 320).
 2. Die Bestimmung zu 320 Nr. 3 gilt entsprechend.
 3. Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt als Aufteilungsschlüssel für die Buchung auf den Konten 3250 und 3252 das Verhältnis der nach dem BVG anspruchsberechtigten aktiven Mitgliedern zu den Altenteilern.
- 3250 Erstattungen nach dem § 19
BVG n. F.
- 3252 Erstattungen nach dem § 19
BVG n. F. - Altenteiler -
- 326 Beteiligung des Bundes an
Aufwendungen nach § 221
SGB V
- Zu 326
Hier sind die Abgeltungsbeträge des Bundes für versicherungsfremde Leistungen nach § 221 SGB V zu buchen.
- 3260 Beteiligung des Bundes an
Aufwendungen nach § 221
SGB V
- 3262 Beteiligung des Bundes an
Aufwendungen nach § 221
SGB V - Altenteiler -
- 33 Zuschüsse von Arbeitgebern,
Innungen und Landesverbänden
sowie Einnahmen aus
Wahlтарifen nach § 53 SGB V
- 330 Zuschüsse von Arbeitgebern,
Innungen und Landesverbänden

- 3300 Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden
- Zu 3300
Insbesondere Einnahmen aus der Haftung für Verpflichtungen nach § 155 Abs. 4 und § 164 Abs. 1 SGB V. Dagegen sind Zahlungen des Arbeitgebers und der Innung für Zwecke außerhalb der Krankenversicherung oder für Leistungen, die über die gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungen hinausgehen, auf einem besonderen Konto der Klasse 8 zu verrechnen.
- 332 Einzahlungen von Selbsthalten nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 3320 Einzahlungen von Selbsthalten nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 3322 Einzahlungen von Selbsthalten nach § 53 Abs. 1 SGB V – Altenteiler -
- 335 Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen
- Zu 335
Die Prämienzahlungen unterschiedlicher Tarife sind separat auf gesonderten Unterkonten zu buchen
- 3350 Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen
- 3352 Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen – Altenteiler -
- 336 Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)
- 3360 Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)

- 3362 Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) – Altenteiler -
- 338 Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld Zu 338
Die Prämienzahlungen unterschiedlicher Tarife sind separat auf gesonderten Unterkonten zu buchen
- 3380 Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld
- 3382 Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler -
- 34 Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden Zu 34
Ersatzansprüche nach §§ 110 SGB VII, 111 SGB VII, 116 SGB X, 119 SGB X. Hier sind auch die Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V zu buchen.
- 340 Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte
- 3400 Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte
- 3402 Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte
- Altenteiler -
- 341 Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V
- 3410 Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V
- 3412 Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V - Altenteiler -

35	Bußgelder	Zu 35 Alle Bußgelder, die bei der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Durchführung ihrer Aufgaben anfallen.
350	Bußgelder	
3500	Bußgelder	
36	Gewinne durch Wertsteigerungen der Aktiva und Wertminderungen der Passiva	
360	Gewinne der Aktiva	Zu 360 1. Realisierte Gewinne aus dem Verkauf von aktivierten Vermögensgegenständen. Als Gewinn ist der über den Buchwert hinausgehende Teil des Erlöses zu buchen, wobei von dem Erlös etwaige von der Krankenkasse zu tragende Nebenkosten abzusetzen sind. In ihrer Höhe nicht richtig ange setzte Forderungen und Verpflichtungen sind in der Regel nicht über diese Konten zu berichtigen, sondern über die sachlich zutreffenden Aufwands-, Ertrags- oder Vermögenskonten. Dagegen sind echte Gewinne aus Forderungen unter 360 (oder 660) zu buchen; sie entstehen dann, wenn eine über 66 abgeschriebene Forderung noch eingeht. 2. Kann der Versicherungsträger die Mittel der Versorgungsrücklage (§ 14a BBesG) selbst anlegen, so sind außerordentliche Gewinne, die beim Verkauf der Geldanlagen im Zusammenhang mit Vermögensumschichtungen anfallen, hier im Haben zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0680 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6600 zu passivieren. 3. Die unter dem Konto 6600 zu buchenden außerordentlichen Verluste, die beim Verkauf von Geldanlagen der Versorgungsrücklage (§ 14a BBesG) im Zusammenhang mit Vermögensumschichtungen anfallen, sind durch eine Haben-Buchung hier erfolgsunwirksam zu machen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1601 im Soll vorzunehmen.
3600	Gewinne der Aktiva	
365	Gewinne der Passiva	Zu 365 Die Bestimmungen zu 360 gelten sinngemäß.
3650	Gewinne der Passiva	
37	Einnahmen aus Finanzausgleichen	

- 370 Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989
- 3700 Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989
- 371 Einnahmen aus dem Finanzausgleich bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen nach § 266 SGB V a. F.
- 3710 Einnahmen aus dem Finanzausgleich bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen nach § 266 SGB V a. F.
- 372 Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen
- 3720 Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen nach § 267 SGB V a. F.
- 3721 Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen nach § 265a SGB V
- 374 Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V
- 3740 Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleichsverfahren nach § 266 SGB V - Abschlagsverfahren
- Zu 3740
Die einzelne Krankenkasse bucht hier ausschließlich die nach § 17 Abs. 2 RSAV mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abgerechneten Abschlagszahlungen (Einnahmen) - vgl. Berechnungsvordruck der Deutschen Rentenversicherung Bund „Berechnung des monatlichen Risikostrukturausgleichsbetrages“, Teil D, Position 902 für die Monate Januar bis Dezember des Geschäftsjahres und Kontoauszug der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 17 Abs. 7 Satz 5 RSAV, sowie die aufgrund der für das Geschäftsjahr durchzuführenden Neuberechnungen der monatlichen Abschläge gem. § 17 Abs. 3 a RSAV vom BVA beschiedenen Beträge (Forderung).

3741 Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V - Jahresausgleich

Zu 3741

1. Gebucht werden hier die Einnahmen aufgrund des im Geschäftsjahr durchgeführten Jahresausgleichs (in der Regel für das Vorjahr), soweit diese nicht bereits in einer vorangegangenen Jahresrechnung unter KA 374 oder KA 674 erfolgswirksam gebucht wurden. Die vom Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Jahresausgleich festgestellten Korrekturbeträge der Beitragsbedarfe für Vorjahre sind nicht hier, sondern auf dem Konto 3743 zu buchen.
2. Die im RSA verrechnete einheitliche Programmkostenpauschale (§ 4 Abs. 1 Nr. 11 RSAV) für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte ist von Krankenkassen mit Ausgleichsansprüchen hier im Soll zu buchen (siehe Bestimmung zu 7699 Nr. 1). Die verrechnete einheitliche Programmkostenpauschale setzt sich zusammen aus der voraussichtlichen Programmkostenpauschale des Geschäftsjahres und der Differenz des endgültigen Betrages des Vorjahres (Jahresausgleich) und der voraussichtlichen Programmkostenpauschale des Vorjahres. Die voraussichtliche Programmkostenpauschale des Geschäftsjahres ergibt sich aus der Multiplikation der täglichen Programmkostenpauschale (§ 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV) mit den DMP Versichertentagen, die für den Ausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV zum 31.3. gemeldet wurden.
3. Auch hier zu buchen sind die Forderungen in Höhe des voraussichtlichen Ausgleichsbetrages für den Jahresausgleich des Geschäftsjahres (Gegenkonto 0292), soweit sie durch Bescheid des Bundesversicherungsamtes gemäß § 17 Abs. 3a RSAV mitgeteilt werden oder aber anlässlich des Jahresabschlusses ermittelbar sind. Zur Ermittlung der Forderung gilt das vom Bundesversicherungsamt zum Stichtag 01.04. den Krankenkassen über deren zuständigen Spitzenverband übermittelte Formular. Von dieser Forderung ist abzuziehen der Saldo der auf den Konten 3749, 6749 unterjährig gebuchten Forderungen/Verpflichtungen, die für die Jahresrechnung auf die Konten 3741/6741 umzubuchen sind.

4. Die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben zu 3. sind unter Berücksichtigung des vom Bundesversicherungsamt für das Geschäftsjahr nach § 18 Abs. 2 RSAV geschätzten Wertes für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Versicherten (Jahr) in jeder Versichertengruppe (100-Prozent-Wert je Tag einschließlich Nivellierungsfaktor) und der vom BVA zuletzt bekannt gemachten Verhältniswerte (§ 5 Abs. 2 RSAV) sowie der von der Krankenkasse für das Geschäftsjahr erhobenen Versichertenzeiten nach § 3 RSAV zu ermitteln. Hier sind die Versichertenzeiten von Versicherten nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV aus strukturierten Behandlungsprogrammen, für die noch keine Verhältniswerte existieren, in die Versicherungsgruppen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 RSAV einzugliedern. Hiervon abzusetzen ist das Produkt aus der unter Satz 1 berechneten Risikomenge und dem vom BVA zuletzt bestimmten Absenkungsfaktor. Die hinzuzurechnenden Beitragsbedarfe für die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V ergeben sich, indem für jedes in § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV genannte strukturierte Behandlungsprogramm die Gesamtzahl der zugehörigen Versichertentage mit der Differenz des jeweiligen bisherigen Beitragsbedarfs für Versicherte, die in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben sind, und der jeweiligen Pauschale für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert wird. Der bisherige Beitragsbedarf für das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm wird aus dem Produkt der vom BVA zuletzt bestimmten voraussichtlichen durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Krankheit je Versicherten gemäß § 7 Abs. 2 Satz 4 RSAV (100%-Wert inkl. Nivellierungsfaktor) und den jeweiligen vom gemeinsamen Schätzerkreis der GKV zuletzt bestimmten Morbiditätsfaktoren für strukturierte Behandlungsprogramme gebildet. Das Ergebnis ist auf volle Euro-Beträge zu runden.
5. Die voraussichtliche Finanzkraft der Krankenkasse zu 3. Ist wie folgt zu ermitteln: Die beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 8 Abs. 2 bis 4 RSAV des Geschäftsjahres (Berichtszeitraums) sind mit dem vom BVA nach § 18 Abs. 2 RSAV mitgeteilten Ausgleichsbedarfssatz für das Geschäftsjahr zu multiplizieren. Das Ergebnis ist durch 100 zu dividieren und auf volle Euro-Beträge zu runden.

3743 Risikostrukturausgleich
- Korrekturbedarf -

Zu 3743

Hier ist der positive Gesamtbetrag der Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren (gemäß BVA-Bescheid über den Jahresausgleich) zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.

3749 Forderungen aus dem RSA

Zu 3749

1. Für den Zeitraum 01.01. bis 31.12. (nicht für die Zeiträume 01.01. bis 31.03., 01.01. bis 30.06. und 01.01. bis 30.09.) sind hier geschätzte Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich zu buchen. Zur Berechnung der Einnahmen gilt das vom Bundesversicherungsamt zum Stichtag 01.02. den Krankenkassen über deren zuständigen Spitzenverband übermittelte Formular.

2. Konto 3749 ist nicht Bestandteil der Jahresrechnung, deshalb sind die hier gebuchten Beträge vor Erstellung der Jahresrechnung auf das Konto 3741 umzubuchen.

376 Einnahmen aus dem Risiko-
pool-Ausgleich nach § 269
SGB V

3760 Einnahmen aus dem Risiko-
pool-Ausgleich nach § 269
SGB V
- Abschlagsverfahren -

Zu 3760

Die einzelne Krankenkasse bucht hier ausschließlich die nach § 17 Abs. 2 RSAV mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abgerechneten Abschlagszahlungen (Einnahmen) - vgl. Berechnungsvordruck der Deutschen Rentenversicherung Bund „Berechnung des monatlichen Risikostrukturausgleichsbetrages“, Teil D, Position RP 4 für die Monate Januar bis Dezember des Geschäftsjahres und Kontoauszug der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 17 Abs. 7 Satz 5 RSAV, sowie die aufgrund der für das Geschäftsjahr durchzuführenden Neuberechnungen der monatlichen Abschläge gem. § 17 Abs. 3 a RSAV vom BVA beschiedenen Beträge (Forderung).

3761 Einnahmen aus dem Risikopool-Ausgleich nach § 269 SGB V
- Jahresausgleich -

Zu 3761

1. Gebucht werden hier die Einnahmen aufgrund des im Geschäftsjahr durchgeführten Jahresausgleichs (in der Regel für das Vorjahr), soweit diese nicht bereits in einer vorangegangenen Jahresrechnung unter Kontenart 376 oder Kontenart 676 erfolgswirksam gebucht wurden. Die Bestimmung zu 02 Nr. 2 gilt entsprechend. Die vom Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit dem Jahresausgleich festgestellten Korrekturbeträge der Beitragsbedarfe für Vorjahre sind nicht hier, sondern auf dem Konto 3763 zu buchen.
2. Auch hier zu buchen sind die Forderungen in Höhe des voraussichtlichen Ausgleichsbetrages für den Jahresausgleich des Geschäftsjahres (Gegenkonto 0293), soweit sie durch Bescheid des Bundesversicherungsamtes gemäß § 17 Abs. 3a RSAV mitgeteilt werden oder aber anlässlich des Jahresabschlusses ermittelbar sind. Zur Ermittlung der Forderung sind die voraussichtlichen Ausgleichsansprüche (Nummer 3) um die voraussichtliche Finanzkraft (Nummer 4) sowie den Saldo der für das Geschäftsjahr bereits auf den Konten 3760 und 6760 gebuchten monatlichen Abschläge nach Abstimmung mit dem Kontoauszug der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 17 Abs. 6 Satz 4 RSAV zu vermindern; auch abzuziehen ist der Saldo der auf den Konten 3769 und 6769 unterjährig gebuchten Forderungen und Verpflichtungen, die für die Jahresrechnung auf die Konten 3761 bzw. 6761 umzubuchen sind.
3. Als voraussichtliche Ausgleichsansprüche der Krankenkasse zu 2. werden die nach § 269 Abs. 1 Satz 2 SGB V aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen zu finanzierenden durch die Krankenkasse nachweisbaren Beträge zugrunde gelegt. Ersatzweise kann der mittels BVA-Bescheid über die Berechnung des vorläufigen Risikopoolbetrages für das Ausgleichsjahr festgesetzte Betrag (Position D) multipliziert mit einem vom BVA bekannt gegebenen Anpassungsfaktor ausgewiesen werden.
4. Die voraussichtliche Finanzkraft der Krankenkasse zu 2. ist wie folgt zu ermitteln: Die beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 8 Abs. 2 bis 4 RSAV des Geschäftsjahres (Berichtszeitraums) sind mit dem vom BVA nach § 18 Abs. 2 RSAV mitgeteilten Ausgleichsbedarfssatz für das Geschäftsjahr zu multiplizieren. Das Ergebnis ist durch 100 zu dividieren und auf volle Euro-Beträge zu runden.

- 3763 Risikopool-Ausgleich-Korrekturbedarf
- Zu 3763
Hier ist der positive Gesamtbetrag der Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren (gemäß Anlage 2 des BVA-Bescheides über den Jahresausgleich) zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.
- 3769 Forderungen aus dem Risikopool
- Zu 3769
1. Für den Zeitraum 01.01. bis 31.12. (nicht für die Zeiträume 01.01. bis 31.03., 01.01. bis 30.06. und 01.01. bis 30.09.) sind hier geschätzte Einnahmen aus dem Risikopool zu buchen. Die geschätzten Einnahmen sind wie folgt zu ermitteln:
 - a. Als voraussichtliche Ausgleichsansprüche der Krankenkasse werden die nach § 269 Abs. 1 Satz 2 SGB V aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen zu finanzierenden durch die Krankenkasse nachweisbaren Beträge nach Multiplikation mit dem vom BVA zuletzt bekanntgegebenen Anpassungsfaktor zugrunde gelegt. Ersatzweise kann der mittels BVA-Bescheid über die Berechnung des vorläufigen Risikopoolbetrages für das Ausgleichsjahr festgesetzte Betrag (Position D) ausgewiesen werden.
 - b. Als Finanzierungsbetrag sind die unter Schlüssel-Nummern 8300 und 8600 (Statistik KV 45) ausgewiesenen beitragspflichtigen Einnahmen zusammenzufassen und mit dem vom Gemeinsamen Schätzerkreis der GKV zuletzt bestimmten Ausgleichsbedarfssatz (RP) zu vervielfachen, danach durch die Zahl 100 zu teilen.
 - c. Geschätzte Einnahmen:
Von den unter a. ermittelten Ausgleichsansprüchen sind der unter b. ermittelte Finanzierungsbetrag und die auf den Konten 3760 und 6760 gebuchten monatlichen Abschläge abzusetzen (Gegenkonto 0293).
 2. Konto 3769 ist nicht Bestandteil der Jahresrechnung, deshalb sind die hier gebuchten Beträge vor Erstellung der Jahresrechnung auf das Konto 3761 umzubuchen.
- 377 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 und § 270 SGB V
- Die Krankenkassen buchen hier die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.
- 3770 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V
- Zu 3770
Zuweisungen nach § 266 Abs. 6 S. 1 und 2 SGB V – Abschlagsverfahren

3771	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V	Zu 3771 Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V – Abschlagsverfahren -
3772	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V	Zu 3772 Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V – Abschlagsverfahren -
3773	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V	Zu 3773 Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V – Abschlagsverfahren -
3774	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V – Jahresausgleich -	Zu 3774 Festgestellte endgültige Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 6 S. 1 und 2 SGB V, soweit noch nicht unter 3770 gebucht (Spitzabrechnung).
3775	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGV V – Jahresausgleich -	Zu 3775 Festgestellte endgültige Höhe der Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V, soweit noch nicht unter 3771 gebucht (Spitzabrechnung).
3776	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGV V – Jahresausgleich -	Zu 3776 Festgestellte endgültige Höhe der Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V, soweit noch nicht unter 3772 gebucht (Spitzabrechnung).
3777	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGV V – Jahresausgleich -	Zu 3777 Festgestellte endgültige Höhe der Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V, soweit noch nicht unter 3773 gebucht (Spitzabrechnung)
3778	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbedarf -	Zu 3778 Hier ist der Gesamtbetrag der Korrekturen für Zuweisungen aus Vorjahren zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.
38	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen	
380	Einnahmen aus Überschreitungen für Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 3 SGB V	Zu 380 bis 382 Es sind die im Geschäftsjahr zufließenden oder verrechneten Beträge zu buchen.
3800	Einnahmen aus Überschreitungen für Arznei- und Verbandmittel	

- 3802 Einnahmen aus Überschreitungen für Arznei- und Verbandmittel - Altenteiler - Zu 3802 und 3812
1. Die Konten 3802 und 3812 gelten nur für die landwirtschaftlichen Krankenkassen.
 2. Hier ist der Anteil der Einnahmen nach § 84 Abs. 3 bzw. nach § 84 Abs. 3 i. V. mit Abs. 8 zu buchen, der dem Anteil der Aufwendungen der Altenteiler für Arznei- und Verbandmittel bzw. für Heilmittel an den jeweiligen Aufwendungen der Mitglieder insgesamt in der Abrechnungsperiode entspricht.
- 381 Einnahmen aus Überschreitungen für Heilmittel nach § 84 Abs. 3 i.V.m. Abs. 8 SGB V
- 3810 Einnahmen aus Überschreitungen für Heilmittel
- 3812 Einnahmen aus Überschreitungen für Heilmittel - Altenteiler -
- 382 Einbehaltungen nach § 85 Abs. 4 f SGB V
- 3820 Einbehaltungen nach § 85 Abs. 4 f SGB V
- 3822 Einbehaltungen nach § 84 Abs. 4 f SGB V - Altenteiler - Zu 3822
1. Das Konto 3822 gilt nur für die landwirtschaftlichen Krankenkassen.
 2. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen buchen die auf die AKV bezogenen Einbehaltungen auf Konto 3820 und die auf die KV der Rentner bezogenen Einbehaltungen auf Konto 3822.
- 39 Sonstige Einnahmen
- 390 Einnahmen bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen Zu 390
1. Bei Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen hat die aufzulösende oder aufzunehmende Krankenkasse den Überschuss der Passiva hier zu buchen (ein Überschuss der Aktiva erscheint unter 690). Die aufnehmende Krankenkasse bucht hier den Überschuss der Aktiva (einen Überschuss der Passiva unter 690).
 2. Die Buchungen der aufzulösenden (aufzunehmenden) Krankenkasse müssen im gleichen Geschäftsjahr stattfinden wie die der aufnehmenden Krankenkasse.

3. Sofern die endgültige Abwicklung der Geschäfte über das Ende eines Jahres andauert, ist auch über die Abwicklungsgeschäfte (z.B. Vermögensübergang) eine weitere (neue) Jahresrechnung vorzulegen.

3900 Einnahmen bei Vereinigung,
Auflösung und Schließung von
Krankenkassen

393 Verzugszinsen

Zu 393

1. Zinsen aus Ersatzansprüchen nach § 116 SGB X,
nach § 42 Abs. 3 Nr. 1 SGB I, nach § 76 SGB IV.

2. Nicht hier, sondern auf den zutreffenden Konten
der Kontenklasse 2 oder 8 sind die im Zusam-
menhang mit dem Beitragseinzug anfallenden
Zinseinnahmen zu buchen.

3930 Verzugszinsen

3932 Verzugszinsen - Altenteiler

Zu 3932

Die Bestimmung zu 6932 gilt entsprechend.

395 Erstattungen für Arznei- und
Verbandmittel

Zu 395 und 396

Einnahmen aus Regressansprüchen wegen unwirt-
schaftlicher Verordnung. Es sind die im Geschäftsjahr
zufließenden oder verrechneten Beträge zu buchen.

3950 Erstattungen für Arznei- und
Verbandmittel

3952 Erstattungen für Arznei- und
Verbandmittel - Altenteiler -

Zu 3952 und 3962

Die Bestimmungen zu 3802 und 3812 gelten entspre-
chend.

396 Erstattungen für Heilmittel

3960 Erstattungen für Heilmittel

3962 Erstattungen für Heilmittel
- Altenteiler -

399 Übrige Einnahmen

Zu 399

1. Hier sind alle der Krankenkasse zufließenden Erträge zu buchen, die anderweitig nicht unterzubringen sind. Dazu gehören z.B. Einnahmen aus Regressansprüchen gegenüber Leistungserbringern (z.B. wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise - ausgenommen die unter KA'en 395 und 396 zu buchenden Erstattungen), Kassenüberschüsse, Einnahmen aus Sachversicherungen sowie Beträge aus dem Verwahrungskonto, deren Zweckbestimmung nicht aufgeklärt werden konnte.
2. Nicht hier zu buchen sind: Einnahmen, die mit Versicherungsleistungen im Zusammenhang stehen, Einnahmen aus Rückzahlungen überzahlter Leistungen der Leistungserbringer, Einnahmen aus Regressansprüchen gegen Dienstkräfte der Krankenkassen, Einnahmen aufgrund von Leistungen im Auftrag anderer, (falls kein besonderes Einnahmekonto vorgesehen ist, sind sie auf dem zutreffenden Ausgabenkonto als Einnahme zu buchen), Einnahmen aus Verkäufen von nicht aktivierten Verbrauchsgütern (sie müssen auf dem Konto erscheinen, das mit dem Aufwand belastet worden war).
3. Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung bucht hier die Erstattungen der knappschaftlichen Rentenversicherung nach § 71 Abs. 2 SGB IV i.V.m. § 117 Abs. 1 SGB IV in der Fassung gemäß Artikel 1 Nr. 18a Verwaltungsvereinfachungsgesetz.
4. Beim Abschluss der Kontenarten 944 und 945 ist hier der Überschuss der Einnahmen zu buchen (Gegenbuchung erfolgt auf Konto 9459).

3990 Übrige Einnahmen

3992 Übrige Einnahmen
- Altenteiler -

Kontenklasse 4/5 - Leistungsaufwand der Krankenversicherung

Zu 40 bis 59

1. Hier sind die Aufwendungen für Versicherungsleistungen einschließlich der Vorschüsse, der Vorleistungen und die Ausgaben für Aufträge nach § 165 Abs. 4 SGB V sowie die Erstattungen nach § 17 SGB V zu buchen. Ferner sind auch die Ausgaben für Aushilfsleistungen, die aufgrund zwischenstaatlichen Rechts an Versicherte und an Familienangehörige von Versicherten ausländischer Versicherungsträger gewährt und von diesen pauschal erstattet werden, hier zu buchen. Dagegen sind die Ausgaben für Aushilfsleistungen, die aufgrund zwischenstaatlichen Rechts an Versicherte und an Familienangehörige von Versicherten ausländischer Versicherungsträger gewährt und nach dem tatsächlichen Aufwand abgerechnet werden und der Ersatz dafür unter den Kontenarten 890 bzw. 891 zu buchen. Wird die Krankenkasse mit der Gewährung von Leistungen von einem Träger der Rentenversicherung oder von einem Träger der Unfallversicherung beauftragt, so können diese Aufwendungen zunächst in der Kontenklasse 4/5 gebucht werden; sie sind jedoch spätestens beim Jahresabschluss nach Kontengruppe 87 bzw. 88 umzubuchen.
2. Als Einnahmen erscheinen hier die Erstattungen zu Unrecht gewährter Versicherungsleistungen sowie die Erstattungen für Aufträge nach dem § 165 Abs. 4 SGB V. Außerdem ist der pauschale Ersatz ausländischer Versicherungsträger für Aushilfsleistungen der Krankenkasse aufgeschlüsselt unter den zutreffenden Kontengruppen zu buchen; als Aufteilungsschlüssel sind die Aufwendungen der zutreffenden Kontengruppen aus dem zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahr zugrunde zu legen. Der pauschale Ersatz ausländischer Versicherungsträger für Aushilfsleistungen wird in dem Geschäftsjahr gebucht, in dem die Zahlung bei der deutschen Krankenkasse eingeht.
3. Werden Versicherte in Eigenbetrieben behandelt, sind Verrechnungspreise in Höhe der zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen vereinbarten Vergütungen anzusetzen; bei stationärer Behandlung werden die ortsüblichen Pflegesätze angesetzt. Die sich danach ergebenden Beträge sind auf den entsprechenden Leistungskonten in Ausgabe (im Soll) und unter 96 in Einnahme (im Haben) zu buchen.

4. Bei einer weiteren Aufgliederung des Buchungsstoffes der Klasse 4/5 (Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen zum Kontenrahmen, letzter Satz) kann auch so verfahren werden, dass die Gliederung nach Personenkreisen stets an die letzte Stelle rückt.
5. Rentner im Sinne der Gliederung nach Personenkreisen sind die Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12, § 189 SGB V sowie Artikel 56 Abs. 1 und 2 GRG, ferner die Versicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 und § 23 Abs. 1 KVLG 1989. Für die Zuordnung der Leistungsaufwendungen zu den Personenkreisen M, F, R ist, soweit zu einzelnen Positionen des Kontenrahmens nichts anderes bestimmt ist, der Versichertenstatus am Tag der Leistungsinanspruchnahme maßgebend. Bei rückwirkender Änderung des Versichertenstatus kann die zum Zeitpunkt der Leistungsbewilligung oder zum Zeitpunkt der Buchung der Leistungsaufwendungen vorgenommene Zuordnung zu den Personenkreisen M, F, R bestehen bleiben. Für die LKK'en bleiben die besonderen Zuordnungsregelungen/Abgrenzungsregelungen nach den Bundesmittelrichtlinien LKV unberührt.
6. Für Kostenerstattungen ist ein Buchungsverfahren vorzusehen, das eine getrennte Darstellung von den Sachleistungen gewährleistet (z.B. Buchung auf Unterkonten oder in Nebenrechnungen). Für die Gliederung der Kostenerstattungen nach Leistungsarten und Personenkreisen gilt die Gliederung der entsprechenden Sach- oder Dienstleistung in KK 4/5. Kostenerstattungen nach den § 13 SGB V i.V.m. § 53 SGB V werden auf den Leistungskonten in dem Umfang gebucht, wie die Krankenkasse sie bei Erbringung als Sachleistung nach Abzug der Selbstbehalte zu tragen hätte (Nettobuchung). Für in der Satzung vorgesehene sonstige Abschläge gilt Bruttobuchung. Hierfür vorgesehene Abschläge werden auf Konto 7695 gegengebucht.
7. Die Erstattungen für selbst beschaffte Leistungen (§ 15 SGB IX i. V. mit § 13 Abs. 3 SGB V) sind dort zu buchen, wo die Aufwendungen bei direkter Leistungsgewährung durch die Krankenkasse zu buchen wären.

8. Die vom Leistungserbringer vereinnahmten und mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verrechneten Zuzahlungen der Versicherten sind weder als Einnahmen noch als Ausgaben zu buchen; die von den Krankenkassen eingezogenen Zuzahlungen der Versicherten werden auf dem Leistungskonto als Einnahmen gebucht. Den Versicherten erstattete Zuzahlungen nach § 61 SGB V, die über der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V liegen sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen nach § 61 SGB V, sind in der Kontenart 598 zu buchen.
9. Zuzahlungsermäßigungen nach § 65 a Abs. 2 SGB V sind ausschließlich in Kontenart 596 zu buchen. Erfolgt die Ermäßigung nicht in Form einer Erstattung, so hat die Gegenbuchung auf dem entsprechenden Leistungskonto zu erfolgen.
10. Die Kosten der Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation (§ 137d SGB V) werden in die für den jeweiligen Bereich maßgeblichen Kontenarten (464, 465, 502, 503, 504, 505, 506, 508, 546 und 547) gebucht. Soweit eine differenzierte Aufteilung dieser Kosten auf die einzelnen Kontenarten nicht möglich ist, werden sie entsprechend dem Verhältnis der gebuchten Ausgaben der betreffenden Kontenarten aufgeteilt.

40 Ärztliche Behandlung

Zu 40

1. Hier sind alle Vergütungen für ärztliche Leistungen zu buchen, soweit sie nicht im Rahmen der Krankenhausbehandlung, der Früherkennung von Krankheiten, der ärztlichen Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, ambulanter und stationärer Vorbeugungs- oder Rehabilitationskuren/-maßnahmen, der stationären Entbindung, der Empfängnisverhütung, Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, der Gesundheitsförderung, des Medizinischen Dienstes und der Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung erbracht werden. Zur Erfassung von Dialysekosten siehe die Bestimmung zu 448. Ebenfalls hier zu buchen sind die Systemzuschläge, die für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses gezahlt werden.

2. Wird bei pauschaler Abgeltung zwischen Trägern der Krankenversicherung und zwischen Trägern der Krankenversicherung und der Unfallversicherung bei ambulanter Krankenbehandlung und für ähnliche Fälle dieser Art nicht unterschieden nach ärztlichen Leistungen und Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, so sind von diesen pauschalen Abgeltungen 2/3 für ärztliche Leistungen, 1/3 für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu rechnen.
3. Die Buchung nach Personenkreisen (M, F, R) ist auch bei pauschalisierter Berechnung des Gesamthonoraranspruchs nach der tatsächlichen Inanspruchnahme entsprechend der Gliederung in Formblatt 3 vorzunehmen. Sofern die Krankenkasse Kostenerstattung gewährt, sind bei der Aufteilung der Gesamtvergütung die geleisteten Erstattungen vor der Aufteilung den Personenkreisen zuzuordnen.
4. Die Zuordnung der Leistungsaufwendungen zu den Personenkreisen M, F, R kann abweichend von der Bestimmung zu 40 bis 59 Nr. 6 Satz 2 auch nach dem Versichertenstatus auf der bei der Leistungsanspruchnahme vorgelegten Krankenversichertenkarte für die Dauer des restlichen Quartals erfolgen.
5. Zu buchen sind die für das Geschäftsjahr abgerechneten Beträge.

400 Ärztliche Behandlung

Zu 400

1. Aufwendungen für ambulante, kurative Behandlung (§ 27 Nr. 1 SGB V) und für präventive Behandlung (§ 23 Abs. 1 SGB V).
2. Hier sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen zu buchen. Ebenfalls hier zu buchen sind die Aufwendungen für Leistungen der Hochschulambulanzen und Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG, sofern sie über die kassenärztliche Gesamtvergütung abgerechnet werden, sowie Aufwendungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V.

4000 Mitglieder ohne Rentner

4001 Familienangehörige der Mitglieder

4002 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 401 Ambulantes Operieren
(ohne 462) Zu 401
Über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerech-
nete Aufwendungen nach § 85 Abs. 3 a Satz 6
SGB V sowie entsprechende Erstattungen an Versi-
cherte nach § 13 Abs. 2 SGB V. Zusätzlich abgerech-
nete Sachkosten, die im Rahmen des ambulanten
Operierens anfallen, sind hier zu buchen.
- 4010 Mitglieder ohne Rentner
- 4011 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 4012 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 402 Dialyse-Sachkosten Zu 402
Dialysekosten, die über die Kassenärztlichen Vereini-
gungen abgerechnet werden, jedoch ohne das ärztli-
che Honorar.
- 4020 Mitglieder ohne Rentner
- 4021 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 4022 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 403 Ambulante Behandlung im
Krankenhaus Zu 403
Hier sind die Kosten für eine ambulante ärztliche Lei-
stungserbringung im Krankenhaus nach § 116 b Abs. 2
und 3 SGB V zu buchen. Ebenfalls hier zu buchen
sind Leistungen für eine ambulante ärztliche Behand-
lung im Krankenhaus nach § 116b Abs. 1 SGB V,
wenn uns soweit diese Leistungen im Rahmen eines
zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramms
für dort eingeschriebene Versicherte erbracht werden.
Sächliche Kosten außerhalb der ambulanten ärztli-
chen Behandlung sind auf den Konten der jeweils zu-
treffenden Leistungsart zu buchen.
- 4030 Mitglieder ohne Rentner
- 4031 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 4032 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 405 Soziotherapie nach § 37a
SGB V
- 4050 Mitglieder ohne Rentner

4051	Familienangehörige der Mitglieder	
4052	Rentner und ihre Familienangehörigen	
406	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Zu 406 Hier sind die Aufwendungen für verordnete ärztliche und pflegerische Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu buchen.
4060	Mitglieder ohne Rentner	
4061	Familienangehörige der Mitglieder	
4062	Rentner und ihre Familienangehörigen	
407	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467)	Zu 407 Die Aufwendungen können, wenn geeignete Maßstäbe nicht vorhanden sind, nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personkreise verteilt werden.
4070	Mitglieder ohne Rentner	
4071	Familienangehörige der Mitglieder	
4072	Rentner und ihre Familienangehörigen	
41	Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -	Zu 41 1. Die Bestimmungen zu 40 Nr. 1 bis 3 und 5 gelten entsprechend. 2. Hier sind auch die Aufwendungen für die zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz - in Hochschulambulanzen zu buchen.
410	Konservierend-chirurgische Behandlung	Zu 410 1. Die Bestimmung zu 40 Nr. 4 gilt entsprechend. 2. Auch Aufwendungen für die im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachten konservierend-chirurgischen und Röntgenleistungen. 3. Nicht hier zu buchen sind die Kosten für implantologische Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V (siehe KA 419).
4100	Mitglieder ohne Rentner	

4101 Familienangehörige der Mitglieder

4102 Rentner und ihre Familienangehörigen

412 KfO-Behandlung-Honorar

Zu 412 bis 414

1. Aufwendungen nach § 29 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V. Nicht hier zu buchen sind Aufwendungen für die im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachten konservierend-chirurgischen und Röntgenleistungen (siehe KA 410).
2. Zahlungen nach § 29 Abs. 3 Satz 2 SGB V sind in dem Geschäftsjahr zu buchen, in dem die Kasse dem Versicherten die Aufwendungen erstattet.
3. Für die Zuordnung der Leistungsaufwendungen zu den Personenkreisen M, F, R ist der Versichertenstatus zu Beginn der Behandlung für die erste Teilabrechnung und im übrigen zu Beginn des Abrechnungszeitraumes, für Aufwendungen nach § 29 Abs. 3 SGB V der Versichertenstatus am Tag des Behandlungsabschlusses maßgebend.

4120 Mitglieder ohne Rentner

4121 Familienangehörige der Mitglieder

4122 Rentner und ihre Familienangehörigen

413 KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors

4130 Mitglieder ohne Rentner

4131 Familienangehörige der Mitglieder

4132 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 414 KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors
- 4140 Mitglieder ohne Rentner
- 4141 Familienangehörige der Mitglieder
- 4142 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 415 Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (FU 1 bis FU 3) Zu 415
Aufwendungen für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen FU 1 bis FU 3 (drittes bis sechstes Lebensjahr) nach § 26 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V
- 4150 Mitglieder ohne Rentner
- 4151 Familienangehörige der Mitglieder
- 4152 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 416 Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)
- 4160 Mitglieder ohne Rentner
- 4161 Familienangehörige der Mitglieder
- 4162 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 417 Fissurenversiegelung
- 4170 Mitglieder ohne Rentner
- 4171 Familienangehörige der Mitglieder
- 4172 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 418 Parodontose-Behandlung Zu 418
1. Gesamtkosten einschließlich Material- und Laborkosten.
2. Die Bestimmung zu 42 Nr. 2 gilt entsprechend.
- 4180 Mitglieder ohne Rentner

- 4181 Familienangehörige der Mitglieder
- 4182 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 419 Sonstige zahnärztliche Leistungen
- Zu 419
1. Gesamtkosten für Kieferbruch und implantologische Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V.
 2. Die Bestimmung zu 42 Nr. 2 gilt entsprechend.
 3. Auch Aufwendungen für Erwachsenenindividualprophylaxe nach § 22 Abs. 4 SGB V a. F.
- 4190 Mitglieder ohne Rentner
- 4191 Familienangehörige der Mitglieder
- 4192 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 42 Zahnersatz
- Zu 42
1. Hier sind die Kosten nach § 55 SGB V zu buchen. Aufwendungen für Zahnersatz, der von Hochschulambulanzen abgerechnet wird, ist ebenfalls hier zu buchen.
 2. Für die Zuordnung der Leistungsaufwendungen zu den Personenkreisen M, F, R ist der Versichererstatus am Tag der Ausstellung des Heil- und Kostenplans maßgebend.
 3. Für die zeitliche Rechnungsabgrenzung gilt die Bestimmung zu 43 Nr. 5 entsprechend.

- 425 Vergütungszuschläge für
Zahnersatz
(§ 136b Abs. 2 SGB V)
- 4250 Mitglieder ohne Rentner
- 4251 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 4252 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 426 Festzuschüsse für
Zahnersatz nach § 55 Abs. 1
SGB V
- Zu 426
Hier sind alle Kosten nach §55 Abs. 1 SGB V zu bu-
chen. In einer Übergangszeit bis 31.12.2007 sind hier
auch die Aufwendungen nach § 55 Abs. 2 SGB V zu
buchen, sofern diese nicht getrennt in den Abrech-
nungsunterlagen ausgewiesen werden. Hier sind auch
die Aufwendungen für Altfälle zu buchen, die bis
31.12.2005 unter den Kontenarten 422, 423 und 424
zu buchen waren.
- 4260 Mitglieder ohne Rentner
- 4261 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 4262 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 427 Festzuschüsse für Zahnersatz
nach § 55 Abs. 2 SGB V
- Zu 427
Hier sind alle Kosten nach § 55 Abs. 2 SGB V zu bu-
chen. Sofern diese Aufwendungen nicht in den Ab-
rechnungsunterlagen ausgewiesen werden können,
sind sie in einer Übergangszeit bis 31.12.2007 unter
Kontenart 426 zu buchen.
- 4270 Mitglieder ohne Rentner
- 4271 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 4272 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen

- 428 Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V Zu 428
Hier sind alle Kosten nach § 55 Abs. 3 SGB V zu buchen. Hier sind auch die Aufwendungen für Altfälle zu buchen, die bis 31.12.2005 unter der Kontenart 429 zu buchen waren.
- 4280 Mitglieder ohne Rentner
- 4281 Familienangehörige der Mitglieder
- 4282 Rentner und ihre Familienangehörigen
-
- 43 Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen Zu 43
1. Die Kosten für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bei Krankenhausbehandlung, bei Vorsorge-, Rehabilitations- und Mütterkuren, bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, bei Schwangerschaftsabbruch und bei Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind nicht hier, sondern auf den jeweils zutreffenden Konten zu buchen.
 2. Hier sind auch die Abgeltungen für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel zwischen Trägern der Krankenversicherung und der Unfallversicherung bei ambulanter Krankenbehandlung zu buchen. Auf die Bestimmung zu 40 Nr. 2 wird Bezug genommen.
 3. Der Sprechstundenbedarf der Ärzte ist in dem Verhältnis, in dem Kosten für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel für Mitglieder, Familienangehörige und Rentner (einschließlich Familienangehörige) für den jeweiligen Abrechnungszeitraum entstehen, auf die Konten für die Personenkreise zu verteilen. Kosten für verordnungsfähige Impfstoffe, die im Rahmen des Sprechstundenbedarfs beschafft werden und präventiv genutzt werden, sind nicht hier sondern unter Kontenart 518 zu verbuchen. Kosten für Impfstoffe die im Rahmen des Sprechstundenbedarfs bei einer Akutbehandlung verwendet werden, sind hier zu buchen.

4. Zu erfassen sind die Kosten für im Geschäftsjahr gelieferte Arznei-, Verband- und Hilfsmittel (einschließlich etwaiger Nebenkosten) und die Kosten der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Handelt es sich um Leistungen und Lieferungen, die sich über eine gewisse Zeit erstrecken und in zwei Geschäftsjahre fallen, so braucht die Krankenkasse eine genaue zeitliche Rechnungsabgrenzung nur durchzuführen, wenn das ohne besondere Schwierigkeiten möglich ist.
5. Für die Zuordnung der Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel zu den Personenkreisen M, F, R gilt die Bestimmung zu 40 Nr. 4 entsprechend. Für die Zuordnung der Aufwendungen für Hilfsmittel gilt die Bestimmung zu 44/45 Nr. 2 entsprechend.

- | | | |
|------|---|---|
| 430 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken
- nur vertragsärztliche Versorgung - | Zu 430
Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken, die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten verordnet wurden. |
| | | |
| 4300 | Mitglieder ohne Rentner | |
| 4301 | Familienangehörige der Mitglieder | |
| 4302 | Rentner und ihre Familienangehörigen | |
| 431 | Hilfsmittel aus Apotheken
- besonderer Art - | Zu 431
1. Hilfsmittel besonderer Art aus Apotheken. Soweit und solange eine Aufteilung der Beträge nach den KA'en 431 und 432 den Abrechnungen nicht zu entnehmen ist, kann der gesamte Betrag unter KA 432 gebucht werden.

2. Die Bestimmungen zu 449 gelten entsprechend. |
| | | |
| 4310 | Mitglieder ohne Rentner | |
| 4311 | Familienangehörige der Mitglieder | |
| 4312 | Rentner und ihre Familienangehörigen | |
| 432 | Hilfsmittel aus Apotheken
- ohne die besonderer Art - | Zu 432
Vom Geschäftsjahr 1993 an sind die zuvor unter KA 430 erfassten Aufwendungen für Hilfsmittel aus Apotheken unter KA 432 zu buchen. |
| | | |
| 4320 | Mitglieder ohne Rentner | |

- 4321 Familienangehörige der Mitglieder
- 4322 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 433 Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter
- 4330 Mitglieder ohne Rentner
- 4331 Familienangehörige der Mitglieder
- 4332 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 434 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken
- ohne vertragsärztliche Versorgung -
- Zu 434
Kosten für Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken, die von Personen verordnet wurden, deren Verordnungen nicht unter das Budget nach § 84 SGB V fallen (Zahnärzte u.a.).
- 4340 Mitglieder ohne Rentner
- 4341 Familienangehörige der Mitglieder
- 4342 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 435 Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel
- nur vertragsärztliche Versorgung -
- Zu 435
Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel, die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten verordnet wurden und mit Versandstellen im Ausland abgerechnet werden.
- 4350 Mitglieder ohne Rentner
- 4351 Familienangehörige der Mitglieder
- 4352 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 436 Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen
- nur vertragsärztliche Versorgung -
- Zu 436
Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen, die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten verordnet wurden. Ferner sind hier bei ambulanter Behandlung die Kosten für Blutkonserven (einschließlich Transport- und Versandkosten) und für Blutspender (z.B. Blutspendergebühr, Entschädigung für Verdienstaufschlag und Reisekosten des Blutspenders) zu buchen.

- 4360 Mitglieder ohne Rentner
- 4361 Familienangehörige der Mitglieder
- 4362 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 437 Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen
- ohne vertragsärztliche Versorgung -
- Zu 437
Kosten für Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen, die von Personen verordnet wurden, deren Verordnungen nicht unter das Budget nach § 84 SGB V fallen (Zahnärzte, Hebammen u.a.). Ferner sind hier bei ambulanter Behandlung die Kosten für Blutkonserven (einschließlich Transport- und Versandkosten) und für Blutspender (z.B. Blutspendergebühr, Entschädigung für Verdienstaufschlag und Reisekosten des Blutspenders) zu buchen. Ebenfalls hier zu buchen sind Aufwendungen für Arzneimittel, die im Rahmen von Verträgen nach § 116b Abs. 2 SGB V abgegeben werden.
- 4370 Mitglieder ohne Rentner
- 4371 Familienangehörige der Mitglieder
- 4372 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 438 Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung
- Zu 438
Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel, die von Personen verordnet wurden, deren Verordnungen nicht unter das Budget nach § 84 SGB V fallen, und mit Versandstellen im Ausland abgerechnet werden.
- 4380 Mitglieder ohne Rentner
- 4381 Familienangehörige der Mitglieder
- 4382 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 439 Arzneimittelrabatte
- Zu 439
Arzneimittelrabatte nach §§ 130, 130 a SGB V und Rabatte des Großhandels. Gesetzliche Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer sind den Konten 4390, 4391 und 4392, gesetzliche Rabatte von Apotheken den Konten 4393, 4394 und 4395 und vertraglich vereinbarte Rabatte mit den pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 SGB V den Konten 4396, 4397 und 4398 zuzuordnen. Einnahmen aus pauschal bzw. personenübergreifend gewährten Rabatten oder Rückzahlungen von Krankenhäusern sind nicht hier, sondern unter den Konten 4606 bzw. 4608 zu buchen.
- 4390 Mitglieder ohne Rentner
- 4391 Familienangehörige der Mitglieder
- 4392 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4393 Gesetzliche Rabatte von Apotheken
4395
- 4393 Mitglieder ohne Rentner
- 4394 Familienangehörige der Mitglieder
- 4395 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4396 Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen
4398
- 4396 Mitglieder ohne Rentner
- 4397 Familienangehörige der Mitglieder
- 4398 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 44/45 Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen Zu 44/45
1. Kriterium für die Zuordnung der in dieser Kontengruppe zu buchenden Leistungen ist - mit Ausnahme der Kontenarten 448, 449 und 459 - grundsätzlich die die Leistung erbringende Stelle. Deckt ein Leistungserbringer mehrere Bereiche ab, und sind die Rechnungsbeträge nicht nach den aufgeführten Leistungsbereichen unterteilt, ist die Buchung des gesamten Rechnungsbetrages bis zu einer entsprechenden vertraglichen Änderung nach der Hauptleistungsart zulässig.
 2. Für die Zuordnung der Aufwendungen für Hilfsmittel zu den Personenkreisen M, F, R ist der Versichertenstatus am Tag der Verordnung der Hilfsmittel maßgebend. Reparaturkosten für leihweise ausgegebene Hilfsmittel sind dem Personenkreis zuzuordnen, dem der letzte Benutzer angehört hat. Zu den Reparaturkosten zählen auch die Kosten der Wiedereingebrauchnahme.
 3. Die Bestimmungen zu 43 Nr. 1 und 4 gelten entsprechend.
- 440 Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie
- 4400 Mitglieder ohne Rentner
- 4401 Familienangehörige der Mitglieder
- 4402 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 441 Hilfsmittel von Orthopädietechnikern Zu 441
Hilfsmittel von Bandagisten, Chirurgiemechanikern und Orthopädiemechanikern.
- 4410 Mitglieder ohne Rentner
- 4411 Familienangehörige der Mitglieder
- 4412 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 442 Hilfsmittel von Orthopädienschuhmachern
- 4420 Mitglieder ohne Rentner
- 4421 Familienangehörige der Mitglieder

- 4422 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 443 Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)
- 4430 Mitglieder ohne Rentner
- 4431 Familienangehörige der Mitglieder
- 4432 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 444 Kontaktlinsen von Optikern
- 4440 Mitglieder ohne Rentner
- 4441 Familienangehörige der Mitglieder
- 4442 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 445 Kontaktlinsen von Augenärzten
- 4450 Mitglieder ohne Rentner
- 4451 Familienangehörige der Mitglieder
- 4452 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 446 Hörhilfen von Optikern
- 4460 Mitglieder ohne Rentner
- 4461 Familienangehörige der Mitglieder
- 4462 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 447 Hörhilfen von Hörgeräteakustikern
- 4470 Mitglieder ohne Rentner
- 4471 Familienangehörige der Mitglieder
- 4472 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 448 Sachleistungen bei Dialyse Zu 448
1. Aufwendungen für Anschaffung, Unterhaltung und Betrieb von Dialysegeräten.
 2. Kosten für Dialysebehandlungen im Krankenhaus außerhalb der Krankenhausbehandlung, für Dialysebehandlungen, die mit Kuratorien, eigenen Dialyseinstituten und ähnlichen Einrichtungen abgerechnet werden.
 3. Die Gesamtaufwendungen (einschl. Pflegekosten) für Dialysen, die nicht im Zusammenhang mit vollstationären Behandlungen stehen und gemäß § 301 SGB V von stationären Einrichtungen abgerechnet werden, sind nicht hier sondern unter KA 466 zu buchen.
- 4480 Mitglieder ohne Rentner
- 4481 Familienangehörige der Mitglieder
- 4482 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 449 Hilfsmittel - besonderer Art - ohne 431 Zu 449
1. Aufwendungen für Anschaffung, Unterhaltung und Betrieb von Sauerstoff- und Inhalationsgeräten, Fahrstühlen, Gehwagen und Geräten ähnlicher Art unabhängig davon, von welcher Stelle die Lieferung erfolgt; - ausgenommen Apotheken (siehe KA 431), ferner Kosten von Sauerstoff- oder ähnlichen Behandlungen in einem Krankenhaus außerhalb der Krankenhausbehandlung.
 2. Werden Hilfsmittel besonderer Art als Vorräte angeschafft, sind ihre Kosten zunächst zu aktivieren und erst bei Abgabe hier zu erfassen (siehe zu 0690 und zu 0750).
 3. Soweit außerhalb der mit den Hilfsmittelerbringern abgeschlossenen Verträge Wartungskosten oder Aufwendungen für technische Kontrollen entstehen, sind diese unter den Konten 4495, 4496, 4497 zu erfassen.
- 4490 Mitglieder ohne Rentner
- 4491 Familienangehörige der Mitglieder
- 4492 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 4495 bis 4497 Wartungskosten und Aufwendungen für technische Kontrollen
- 4495 Mitglieder ohne Rentner
- 4496 Familienangehörige der Mitglieder
- 4497 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 450 Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben
- 4500 Mitglieder ohne Rentner
- 4501 Familienangehörige der Mitglieder
- 4502 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 452 Leistungen von Krankengymnasten/Physiotherapeuten
- 4520 Mitglieder ohne Rentner
- 4521 Familienangehörige der Mitglieder
- 4522 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 453 Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 454 bis 457)
- 4530 Mitglieder ohne Rentner
- 4531 Familienangehörige der Mitglieder
- 4532 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 454 Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
- Zu 450 und 452
Hier sind nicht die Kosten für Rehabilitationssport zu erfassen (siehe KA 541).
- Zu 453
1. Leistungen von nicht ärztlichen Heilpersonen auf ärztliche Verordnung (z.B. Orthopisten, Diätassistenten).
2. Die Bestimmungen zu 40 Nr. 1 und 3 bis 5 gelten entsprechend.

- 4540 Mitglieder ohne Rentner
- 4541 Familienangehörige der Mitglieder
- 4542 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 455 Logopäden/Sprachtherapeuten
- ohne vertragsärztliche Versorgung -
- Zu 455
Kosten für Sprachtherapien, die von Personen verordnet wurden, deren Verordnungen nicht unter das Budget nach § 84 SGB V fallen (Zahnärzte).
- 4550 Mitglieder ohne Rentner
- 4551 Familienangehörige der Mitglieder
- 4552 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 456 Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung
- 4560 Mitglieder ohne Rentner
- 4561 Familienangehörige der Mitglieder
- 4562 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 457 Logopäden/Sprachtherapeuten
- nur vertragsärztliche Versorgung -
- Zu 457
Sprachtherapien, die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten verordnet wurden.
- 4570 Mitglieder ohne Rentner
- 4571 Familienangehörige der Mitglieder
- 4572 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 458 Podologische Leistungen
- 4580 Mitglieder ohne Rentner
- 4581 Familienangehörige der Mitglieder
- 4582 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 459 Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen
Zu 459
Kosten für Heil- und Hilfsmittel, soweit sie nicht der KG 43 und den KA'en 440 bis 457 zuzuordnen sind: U.a. Kosten für Heil- und Hilfsmittel, welche die Krankenkasse aus eigenen Beständen abgibt (siehe zu 0690), Kosten für Brillen aus Eigenbetrieben, Lieferungen von Drogerien, Perückenherstellern, Kaufhäusern.
- 4590 Mitglieder ohne Rentner
- 4591 Familienangehörige der Mitglieder
- 4592 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 46 Krankenhausbehandlung
Zu 46
1. Kosten der vollstationären, teilstationären, der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung und des ambulanten Operierens im Krankenhaus sowie Kosten der stationären Rehabilitationskuren, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlußheilbehandlung) durchgeführt werden. Hier sind auch Sach- und Transportkosten sowie die Organisations-pauschale bei Organtransplantationen und die Vergütungspauschale für die von dem Zentralen Knochenmarkspenderregister veranlassten Leistungen für einen Knochenmarkempfänger zu buchen. Dazu gehören auch der Verdienstausschlag sowie Fahr- und sonstige Sachkosten von Spendern bei Lebendtransplantationen. Ebenfalls hier zu buchen sind die Aufwendungen für den DRG-Systemzuschlag sowie die Systemzuschläge, die für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses gezahlt werden.

2. Bei tagesbezogenen Pflegesätzen und Sonderentgelten ist die zeitliche Rechnungsabgrenzung genau durchzuführen; demnach sind die in einem Geschäftsjahr erbrachten Lieferungen und Leistungen auch diesem Geschäftsjahr zu belasten. Sowohl bei Fallpauschalen, die nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden, als auch bei DRG-Fallpauschalen sind die Kosten dem Geschäftsjahr zuzuordnen, in dem die Krankenhausbehandlung endet. In Ausnahmefällen und soweit gesetzlich bzw. verordnungsrechtlich vorgegeben oder vertraglich vereinbart, können Zwischenabrechnungen erstellt werden, die in dem Geschäftsjahr zu buchen sind, für das die Zahlung erfolgt.
3. Die Bestimmung zu 40 Nr. 3 gilt entsprechend.
4. Die nach § 275 Abs. 1c SGB V zu entrichtende Aufwandspauschale ist zusammen mit den Kosten der Krankenhausbehandlung zu buchen.

460 Krankenhausbehandlung

Zu 460

1. Kosten der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (einschließlich der Mehrkosten nach § 39 Abs. 2 SGB V). Hier sind auch Aufwendungen für Leistungen der Frührehabilitation nach § 39 Abs. 1 Satz 3, letzter Halbsatz SGB V zu buchen. Die Gesamtaufwendungen für Dialysen (einschl. Pflegekosten), die gem. § 301 SGB V von stationären Einrichtungen abgerechnet werden und nicht im Zusammenhang mit vollstationären Behandlungen stehen, sind nicht hier sondern unter 466 nachzuweisen.
2. Die Erstattung der Mehrkosten nach § 39 Abs. 2 SGB V ist hier zu buchen.
3. Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen sind nicht hier, sondern unter den Kontenarten 464/465 bzw. 504/505 zu erfassen. Dies gilt auch dann, wenn es sich im Einzelfall um Leistungen handelt, die nach § 40 Abs. 4 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.1999 als sogenannte stationsersetzende Leistungen anzusehen waren.

4600 Mitglieder ohne Rentner

4601 Familienangehörige der Mitglieder

4602 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 4606 Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (ohne 4608)
- Zu 4606 und 4608
1. Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern aufgrund von Vereinbarungen, die personenübergreifend und pauschal gewährt oder geleistet werden, sind hier zu buchen.
 2. Die Einnahmen aus Rabatten im Bereich der Arzneimittel sind nicht hier, sondern unter den Konten der Kontenart 439 „Arzneimittelrabatte“ zu buchen.
 3. Die Einnahmen aus Rabatten, die ausschließlich im Rahmen der integrierten Versorgung gewährt werden, sind nicht hier, sondern unter den Konten der Kontenart 587 „Integrierte Versorgung – Rabatte“ zu buchen.
 4. Auch hier zu buchen sind die Erstattungen nach § 8 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG, die die Krankenhäuser für die Zeit vom 1.1.2007 bis 30.6.2007 nach § 2 der Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung der Abschlagsregelung nach § 8 Abs. 9 KHEntgG an die Krankenkassen leisten.
 5. Die Einnahmen aus Rabatten und Rückzahlungen von Krankenhäusern für Altenteiler sind unter Konto 4608 zu buchen.
- 4608 Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Altenteiler - nur LKKen)
- 461 Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a SGB V)
- Zu 461 und 462
Die Bestimmungen zu 460 gelten entsprechend.
- 4610 Mitglieder ohne Rentner
- 4611 Familienangehörige der Mitglieder
- 4612 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 462 Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)
- Zu 462
Direkt mit der Krankenkasse abgerechnete Aufwendungen nach § 85 Abs. 3a Satz 6 SGB V sowie entsprechende Erstattungen an Versicherte nach § 13 Abs. 2 SGB V. Zusätzlich abgerechnete Sachkosten, die im Rahmen des ambulanten Operierens anfallen, sind hier zu buchen. Die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen oder stationärem ersetzenden Eingriffen zu erstattenden Arzneimittel sind hier zu buchen.
- 4620 Mitglieder ohne Rentner

- 4621 Familienangehörige der Mitglieder
- 4622 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 463 Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung
- Zu 463
Kosten für die Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung. Nicht hier zu buchen sind Mehrleistungen der Knappschaft nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung (siehe KA 468).
- 4630 Mitglieder ohne Rentner
- 4631 Familienangehörige der Mitglieder
- 4632 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 464 Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation - (ohne 465, 504, 505 und 576)
- Zu 464
1. Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) durchgeführt werden. Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsleistungen für versicherte Kinder, die bei Beginn der Maßnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nicht hier, sondern unter den KA'en 465 und 504 zu buchen.
 2. Die Kosten für Anschlussrehabilitation sind hier zu buchen, wenn die stationäre Rehabilitationsleistung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung beginnt bzw. aus medizinischen oder anderen zwingenden Gründen eine Verlegungsfrist von bis zu 6 Wochen eingehalten wird und ein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen beiden Maßnahmen besteht.
 3. Bei Krebsbehandlung beginnt die Frist nach der letzten ambulanten Bestrahlung bzw. nach Beendigung der Chemotherapie.

4. Beginnt die Anschlussrehabilitation im Einzelfall erst nach Ablauf der 6-Wochenfrist, weil erst dann ein freier Platz in der die Anschlussrehabilitation durchführenden Einrichtung zur Verfügung steht, sind die Kosten nur dann hier zu buchen, wenn hierüber eine schriftliche Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung und eine ärztliche Bescheinigung des Arztes über den unmittelbaren Zusammenhang der Anschlussrehabilitation mit der Krankenhausbehandlung vorliegt.

4640 Mitglieder ohne Rentner

4641 Familienangehörige der Mitglieder

4642 Rentner und ihre Familienangehörigen

465 Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 576)

Zu 465

1. Nur Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 3 Satz 5 SGB V/§ 8 KVLG 1989 im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) für versicherte Kinder, die bei Beginn der Maßnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Die Bestimmungen zu KA 464 gelten entsprechend.

4650 Mitglieder ohne Rentner

4651 Familienangehörige der Mitglieder

4652 Rentner und ihre Familienangehörigen

466 Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen

Zu 466

Die Gesamtaufwendungen (einschl. Pflegekosten) für Dialysen, die nicht im Zusammenhang mit vollstationären Behandlungen stehen und gemäß § 301 SGB V von stationären Einrichtungen abgerechnet werden, sind hier zu buchen.

4660 Mitglieder ohne Rentner

4661 Familienangehörige der Mitglieder

4662 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 467 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407) Zu 467
Die Aufwendungen können, wenn geeignete Maßstäbe nicht vorhanden sind, nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personkreise verteilt werden,
- 4670 Mitglieder ohne Rentner
- 4671 Familienangehörige der Mitglieder
- 4672 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 468 Mehrleistung (nur Knappschaft) Zu 468
Alle Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung.
- 4680 Mitglieder ohne Rentner
- 4681 Familienangehörige der Mitglieder
- 4682 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 469 Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG
- 4690 Mitglieder ohne Rentner
- 4691 Familienangehörige der Mitglieder
- 4692 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 47 Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld Zu 47
1. Krankengeld nach §§ 44 und 45 SGB V/§ 12 KVLG 1989 einschließlich der anteiligen Beiträge der Versicherten zur Renten-, Pflegeversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit sowie Beiträge der Krankenkasse zur Renten-, Pflegeversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit.
2. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen.
- 470 Krankengeld (ohne 471 bis 474, 476 und 477)
- 4700 Mitglieder

471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	Zu 471 Krankengeld nach § 45 SGB V/§ 12 KVLG 1989.
4710	Mitglieder	Zu 4710 Aufwendungen für Krankengeld anlässlich der Betreuung eines Kindes, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat (Maßgeblich ist das Alter des Kindes bei Beginn des Krankengeldanspruchs.). Hat das Kind das zwölfte Lebensjahr vollendet, sind die Aufwendungen unter Konto 4715 zu erfassen.
4715	Mitglieder	Zu 4715 Aufwendungen für Krankengeld anlässlich der Betreuung eines Kindes, das das zwölfte Lebensjahr vollendet hat (Maßgeblich ist das Alter des Kindes bei Beginn des Krankengeldanspruchs.). Hat das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet, sind die Aufwendungen unter Konto 4710 zu erfassen.
472	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	
4720	Mitglieder	
473	Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter	Zu 473 Einschließlich Krankengeld bei Anschlussrehabilitation.
4730	Mitglieder	
474	Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	
4740	Mitglieder	
476	Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V	
4760	Krankengeld aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V	Zu 4760 Ausgaben für Krankengeld nach § 47a Abs. 3 SGB V und die hierauf entfallenden vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteile.
4765	Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V	Zu 4765 1. Volle und anteilige Beiträge der Krankenkassen zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung aus den in § 47a Abs. 3 SGB V genannten Krankengeldzahlungen. Die vom Versicherten zu tragenden Beiträge aus den in § 47a Abs. 3 SGB V genannten Krankengeldzahlungen sind nicht hier, sondern unter Konto 4760 zu buchen.

2. Die Bestimmung zur Kontenart 478 Nr. 2 gilt auch hier.

477 Krankengeld und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen

4770 Krankengeld aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen

Zu 4770
Ausgaben für Krankengeld aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen und die hierauf entfallenden vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteile.

4775 Beiträge aus Krankengeld aufgrund sozialrechtlicher Herstellungsansprüche

Zu 4775
1. Volle und anteilige Beiträge der Krankenkassen zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung aus Krankengeldnachzahlungen aufgrund sozialrechtlicher Herstellungsansprüche. Die vom Versicherten zu tragenden Beiträge aus diesen Krankengeldnachzahlungen sind nicht hier, sondern unter Konto 4770 zu buchen.

2. Die Bestimmung zur Kontenart 478 Nr. 2 gilt auch hier.

478 Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld (ohne 4765 und 4775)

Zu 478
1. Volle und anteilige Beiträge der Krankenkasse zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung.
2. Die der Krankenkasse bei rückwirkender Bewilligung von Rente und bei der Rente vorgeschaltetem Übergangsgeld zurückerstatteten Beiträge sind nicht hier, sondern auf dem zutreffenden Konto der KA 321 zu buchen.

4780 Mitglieder

48 Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht

Zu 48
Soweit möglich, sind die auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge zu buchen. Nicht RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsaufwendungen sind nicht hier, sondern auf den Konten der jeweils zutreffenden Leistungsart zu buchen (ausgenommen 484).

480 Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand

Zu 480
1. Erstattungen (ggf. auch Vorschüsse) für solche Leistungen, die den Versicherten und den Familienangehörigen im Ausland gewährt worden sind, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die Erstattungen pauschal oder nach dem tatsächlichen Aufwand im Einzelfall vorgenommen werden.
2. Aufwendungen nach §§ 17 und 18 SGB V sind nicht hier, sondern unter den KA'en 481, 483, 484, 485, 486 und 488 zu buchen.

4800	Mitglieder ohne Rentner	
4801	Familienangehörige der Mitglieder	
4802	Rentner und ihre Familienangehörigen	
481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V	<ol style="list-style-type: none">1. Zu 481 Hier sind Aufwendungen für Leistungen im Ausland aufgrund der EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und 574/72 oder von bilateralen Sozialversicherungsabkommen, die den Versicherten nach Vorlage von Rechnungen erstattet werden, zu buchen.2. Ebenfalls hier zu buchen sind Aufwendungen bei einer Behandlung im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 13 Abs. 4 Sätze 1 bis 5 SGB V (ohne Kontenarten 485 und 488), die nicht aufgrund der EWG-Verordnungen oder bilateraler Sozialversicherungsabkommen durchgeführt wird.3. Hierhin gehören auch Aufwendungen nach § 18 Abs. 3 SGB V, soweit diese nicht den Kontenarten 485, 486 und 488 zuzuordnen sind.
4810	Mitglieder ohne Rentner	
4811	Familienangehörige der Mitglieder	
4812	Rentner und ihre Familienangehörigen	
482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht	<p>Zu 482 Die Aufteilung der Umlage auf die Personenkreise erfolgt nach dem Verhältnis des für die Erhebung der Umlage geltenden Versichertenbestandes.</p>
4820	Mitglieder ohne Rentner	
4821	Familienangehörige der Mitglieder	
4822	Rentner und ihre Familienangehörigen	
483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V	<p>Zu 483 Alle an den Arbeitgeber nach § 17 Abs. 2 SGB V zu erstattenden Leistungen.</p>
4830	Mitglieder ohne Rentner	

- 4831 Familienangehörige der Mitglieder
- 484 Behandlung im Ausland - Mehrleistung
- Zu 484
Hier zu buchen sind
1. die gesamten Aufwendungen für eine Behandlung in einem Land außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens, die die Krankenkasse nach § 18 Abs. 1 und 2 SGB V übernimmt
 2. die Aufwendungen für eine Behandlung im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 13 Abs. 4 und 5 und § 140e SGB V allerdings nur der Mehrbetrag nach § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V und die weiteren Kosten nach § 13 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 SGB V.
- 4840 Mitglieder ohne Rentner
- 4841 Familienangehörige der Mitglieder
- 4842 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 485 Arznei- und Verbandmittel im Ausland
- Zu 485
1. Hier sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 13 Abs. 4 Sätze 1 bis 5 SGB V sowie § 140 e SGB V zu buchen, die nicht aufgrund der EWG-Verordnungen oder bilateraler Sozialversicherungsabkommen geleistet werden.
 2. Ferner sind hier die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 18 Abs. 3 SGB V zu buchen.
- 4850 Mitglieder ohne Rentner
- 4851 Familienangehörige der Mitglieder
- 4852 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 486 Krankenhausbehandlung im Ausland
- Zu 486
1. Hier sind die Aufwendungen bei einer Krankenhausbehandlung im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 13 Abs. 5 SGB V sowie § 140 e SGB V zu buchen, die nicht aufgrund der EWG-Verordnungen oder bilateraler Sozialversicherungsabkommen geleistet wird; außerdem Aufwendungen für die Behandlung in grenznahen ausländischen Krankenhäusern..
 2. Ferner sind hier die Aufwendungen eine Krankenhausbehandlung außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 18 Abs. 3 SGB V zu buchen.
- 4860 Mitglieder ohne Rentner
- 4861 Familienangehörige der Mitglieder
- 4862 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 487 Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht
- Zu 487
- Hier ist die von inländischen Versicherungsträgern zu zahlende Umlage zum Ausgleich der Kürzung der Monatspauschbeträge nach Art. 94, 95 VO (EWG) Nr. 574/72 in Fällen der Leistungshilfe in der BRD zu buchen.
- 4870 Mitglieder ohne Rentner
- 4871 Familienangehörige der Mitglieder
- 4872 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 488 Dialysebehandlung im Ausland
- Zu 488
1. Hier sind die Aufwendungen bei einer Dialysebehandlung im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 13 Abs. 4 Sätze 1 bis 5 sowie § 140 e SGB V zu buchen, die nicht aufgrund der EWG-Verordnungen oder bilateraler Sozialversicherungsabkommen durchgeführt wird.
 2. Ferner sind hier die Aufwendungen für eine Dialysebehandlung außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 18 Abs. 3 SGB V zu buchen.

4880	Mitglieder ohne Rentner	
4881	Familienangehörige der Mitglieder	
4882	Rentner und ihre Familienangehörigen	
489	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140 e SGB V	Zu 489 Hier sind alle übrigen RSA-berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für Leistungen im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens nach § 140 e SGB V zu buchen, soweit sie nicht den Kontenarten 485, 486 oder 488 zuzuordnen sind
4890	Mitglieder ohne Rentner	
4891	Familienangehörige der Mitglieder	
4892	Rentner und ihre Familienangehörigen	
49	Fahrkosten	
492	Flugrettung	Zu 492 bis 499 1. Fahrkosten nach § 60 SGB V und Reisekosten nach § 53 SGB IX. 2. Die von der Krankenkasse nach § 60 Abs. 2 SGB V eingezogenen Zuzahlungen sind hier zu vereinnahmen
4920	Mitglieder ohne Rentner	
4921	Familienangehörige der Mitglieder	
4922	Rentner und ihre Familienangehörigen	
493	Krankentransportwagen	
4930	Mitglieder ohne Rentner	
4931	Familienangehörige der Mitglieder	
4932	Rentner und ihre Familienangehörigen	
494	Rettungswagen	
4940	Mitglieder ohne Rentner	

4941	Familienangehörige der Mitglieder	
4942	Rentner und ihre Familienangehörigen	
495	Notarzwagen	
4950	Mitglieder ohne Rentner	
4951	Familienangehörige der Mitglieder	
4952	Rentner und ihre Familienangehörigen	
496	Taxen und Mietwagen	Zu 496 Aufwendungen für Taxen, Mietwagen u.ä..
4960	Mitglieder ohne Rentner	
4961	Familienangehörige der Mitglieder	
4962	Rentner und ihre Familienangehörigen	
499	Sonstige Fahrkosten	Zu 499 1. Alle unter 492 bis 496 nicht erfassten Fahrkosten; dazu gehören (u.U. nur die anteiligen) Aufwendungen für kasseneigene Krankentransportwagen; dabei sind alle Kosten zu berücksichtigen, auch Personalkosten für den Kraftfahrer einschließlich der Kosten für die Dienstbekleidung. 2. Aufwendungsersatz nach § 65a SGB I, ferner Kosten für den Einsatz der Seenot-Rettungskreuzer, Kosten der Bergwacht, Fahrkosten bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln sowie Erstattungen bei Benutzung des privateigenen Personenkraftwagens.
4990	Mitglieder ohne Rentner	
4991	Familienangehörige der Mitglieder	
4992	Rentner und ihre Familienangehörigen	

- 50 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter Zu 50
1. Alle von der Krankenkasse übernommenen Kosten nach den §§ 23, 24, 40 Abs. 2 bis 7 und 41 SGB V. Leistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V sind unter den KA'en 546 und 547 zu buchen.
 2. Nicht hier zu buchen sind das Krankengeld bei stationären Leistungen (siehe KA'en 472 und 473), die übernommenen Fahrkosten (siehe KG 49) sowie die Kosten für Anschlussrehabilitation (siehe KA 464 und 465).
- 500 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistungen - (ohne 579 und 581) Zu 500
- Aufwendungen für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989 (z.B. Kosten für kurärztliche Behandlung, Kurmittel).
- 5000 Mitglieder ohne Rentner
- 5001 Familienangehörige der Mitglieder
- 5002 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 501 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581) Zu 501
- Zuschuss zu den übrigen Kosten der ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (z.B. zu Unterkunft, Kurtaxe und Fahrkosten) nach § 23 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
- 5010 Mitglieder ohne Rentner
- 5011 Familienangehörige der Mitglieder
- 5012 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 502 Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581) Zu 502
1. Aufwendungen für stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Aufwendungen für stationäre Vorsorgeleistungen von Kindern, die bei Beginn der Maßnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nicht hier zu buchen (vgl. KA 503).
- 5020 Mitglieder ohne Rentner
- 5021 Familienangehörige der Mitglieder

- 5022 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 503 Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) - Zu 503
Aufwendungen für stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 i.V.m. Abs. 7 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
- 5030 Mitglieder ohne Rentner
- 5031 Familienangehörige der Mitglieder
- 5032 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 504 Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505, 579 und 582) - Zu 504
1. Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 3 Satz 5 SGB V/§ 8 KVLG 1989 für versicherte Kinder, die bei Beginn der Maßnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 5040 Mitglieder ohne Rentner
- 5041 Familienangehörige der Mitglieder
- 5042 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 505 Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504, 579 und 582) Zu 505
1. Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsleistungen von Kindern, die bei Beginn der Maßnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nicht hier zu buchen (vgl. KA'en 465 und 504).
- 5050 Mitglieder ohne Rentner

5051 Familienangehörige der Mitglieder

5052 Rentner und ihre Familienangehörigen

506 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)

Zu 506
Hier sind die Aufwendungen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V / § 8 KVLG 1989 zu buchen.

5060 Mitglieder ohne Rentner

5061 Familienangehörige der Mitglieder

5062 Rentner und ihre Familienangehörigen

508 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)

Zu 508
Hier sind die Aufwendungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V / § 8 KVLG 1989 zu buchen.

5080 Mitglieder ohne Rentner

5081 Familienangehörige der Mitglieder

5082 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 509 Persönliche Budgets nach § 17 SGB IX
- Zu 509
Hier sind die Aufgaben für die Leistungen zur Teilhabe durch ein persönliches Budget zu buchen. Soweit das persönliche Budget als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht wird, sind die Anteile anderer Träger gegenzubuchen und als Forderung in den entsprechenden Konten der KG 02 auszuweisen.
- 5090 Mitglieder ohne Rentner
- 5091 Familienangehörige der Mitglieder
- 5092 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 51 Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe
- Zu 51
1. Bei pauschalierter Berechnung von Gesamthonoraransprüchen gilt die Bestimmung zu 40 Nr. 3 entsprechend. Die übrigen Kosten können, wenn andere geeignete Maßstäbe nicht vorhanden sind, nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt werden.
 2. Ausgaben - auch Anteile -, die primär der eigenen Werbung der Kasse sowie der Kontaktpflege dienen, sind in der KK 7 als Werbungskosten zu buchen.
Als primär der Werbung dienlich sind Maßnahmen anzusehen, welche der Natur der Sache nach weiteren Personenkreisen als den Versicherten einer Krankenkasse zugänglich sind (z. B. Funk, Fernsehen, Kino, Tagespresse, Messen, Ausstellungen). Artikel wie beispielsweise Notizblöcke, Kugelschreiber, Schreibunterlagen, Spielgeräte, Tragetaschen sind unabhängig von ihrem Aufdruck stets als Werbung auf Konto 7108 zu buchen.

- 510 Soziale Dienste
(ohne 705, 7108 und 7133)
- Zu 510
1. Im Rahmen der Sozialberatung anfallende besondere, direkt zurechenbare Sachkosten (z. B. Kosten für Beratungsschriften, Kosten für besondere Veranstaltungen), soweit sie nicht der Werbung zuzuordnen sind.
 2. Volle bzw. anteilige Kosten für in der Sozialberatung tätige Bedienstete, soweit sie nicht der Werbung zuzuordnen sind. Die anteiligen Kosten sind nach dem zeitlichen Umfang der Sozialberatertätigkeit zu ermitteln.
 3. Kosten der im Auftrag der Krankenkasse für die Sozialberatung tätigen Personen (nicht Bedienstete der Krankenkasse), soweit sie nicht der Werbung zuzuordnen sind.
 4. Nicht hier zu buchen sind die Kosten für Aufklärung und Beratung nach §§ 13 bis 15 SGB I (siehe zu 7106).
- 5100 Mitglieder ohne Rentner
- 5101 Familienangehörige der Mitglieder
- 5102 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 511 Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V - Individualansatz
- Zu 511
Die Bestimmungen zu 510 gelten entsprechend.
- 5110 Mitglieder ohne Rentner
- 5111 Familienangehörige der Mitglieder
- 5112 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 512 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Zu 512
Leistungen nach § 66 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Besondere, direkt zurechenbare Kosten (keine Kostenstellenrechnung).
- 5120 Mitglieder ohne Rentner
- 5121 Familienangehörige der Mitglieder
- 5122 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 513 Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen
- nur Zuschuss -
- Zu 513
Zu buchen sind hier ausschließlich Zuschüsse zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 20c SGB V. Nicht hier zu buchen sind Personal- und Sachkosten (siehe auch KA 514).
- 5130 Mitglieder ohne Rentner
- 5131 Familienangehörige der Mitglieder
- 5132 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 514 Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss
- Zu 514
Zu buchen sind hier ausschließlich Personal- und Sachkosten zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 20c SGB V (Selbsthilfeträger); soweit die Krankenkasse eigenes Personal und eigene Sachmittel den Selbsthilfeträgern zur Verfügung stellt, sind die Kosten entsprechend dem zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme zu buchen. Nicht hier zu buchen sind Zuschüsse (vgl. hierzu KA 513).
- 5140 Mitglieder ohne Rentner
- 5141 Familienangehörige der Mitglieder
- 5142 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 515 Betriebliche Gesundheitsförderung /Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
- Zu 515
1. Die Bestimmung zu KA 510 gilt entsprechend.
2. Aufwendungen für den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Aufwendungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 Abs. 2 SGB V a.F., die bis zum 31.03.2007 erbracht wurden, sind auf dem Konto 5150 zu buchen.
- 5150 Betriebliche Gesundheitsförderung , Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 Abs. 2 SGB V a.F.
– Mitglieder ohne Rentner

- 5155 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20b SGB V – Mitglieder ohne Rentner
- 5155 Mitglieder ohne Rentner
- 516 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) Zu 516
Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
- 5160 Mitglieder ohne Rentner
- 5161 Familienangehörige der Mitglieder
- 5162 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 517 Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten Zu 517
Die Bestimmungen zu 510 gelten entsprechend.
- 5170 Mitglieder ohne Rentner
- 5171 Familienangehörige der Mitglieder
- 5172 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 518 Schutzimpfungen nach § 20d SGB V Zu 518
1. Ärztliche Leistungen und Sachkosten bei Schutzimpfungen. Ebenfalls hier zu buchen sind die Ausgaben für Impfstoffe bzw. Schutzimpfstoffe, die von ausländischen Versandhandelsapotheken bezogen werden.
2. Aufwendungen für Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 2 SGB V sowie § 23 Abs. 9 SGB V a.F. sind den Konten 5180 bis 5182 zu zuordnen.
3. Aufwendungen für Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 3 SGB V sind ab 01.07.2007 den Konten 5183 bis 5188 zu zuordnen.
- 5180 Mitglieder ohne Rentner
- 5181 Familienangehörige der Mitglieder

- 5182 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5183 Schutzimpfungen nach § 20d bis SGB V – Regelleistung – ärztliches Honorar
- 5185
- 5183 Mitglieder ohne Rentner
- 5184 Familienangehörige der Mitglieder
- 5185 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5186 Schutzimpfungen nach § 20d bis SGB V – Regelleistung – Arzneimittel (Impfstoffe)
- 5188
- 5186 Mitglieder ohne Rentner
- 5187 Familienangehörige der Mitglieder
- 5188 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 519 Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V
- 5190 Mitglieder ohne Rentner
- 5191 Familienangehörige der Mitglieder
- 5192 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 52 Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben
- Zu 52
Die Bestimmungen zu 40 Nr. 3 und 4 gelten entsprechend.
- 520 Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern
- Zu 520
Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989). Nicht hier zu buchen sind die Aufwendungen der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen FU 1 bis FU 3 nach § 26 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V (s. KA 415) und die Fahrkosten (s. KA 492 bis 499).
- 5200 Mitglieder ohne Rentner
- 5201 Familienangehörige der Mitglieder

- 5202 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 521 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen
- Zu 521
1. Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen (§ 25 Abs. 2 und Abs. 4 Satz 3 SGB V/§ 8 KVLG 1989).
 2. Nicht hier zu buchen sind die Aufwendungen für Fahrkosten (siehe Kontenarten 492 bis 499).
- 5210 Mitglieder ohne Rentner
- 5211 Familienangehörige der Mitglieder
- 5212 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 522 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern
- Zu 522
1. Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern (§ 25 Abs. 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989).
 2. Die Bestimmung zu 521 Nr. 2 gilt auch hier.
- 5220 Mitglieder ohne Rentner
- 5221 Familienangehörige der Mitglieder
- 5222 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 523 Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten
- Zu 523
1. Aufwendungen für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 3 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
 2. Die Bestimmung zu 521 Nr. 2 gilt auch hier.
- 5230 Mitglieder ohne Rentner
- 5231 Familienangehörige der Mitglieder
- 5232 Rentner und ihre Familienangehörigen

524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V	Zu 524 bis 526 Soweit eine direkte Zuordnung der Kosten zu den Personenkreisen nicht möglich ist, sind diese nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf den Konten für die Personenkreise (M, F, R) zu buchen.
		Zu 524 Nach § 63 Abs. 1 SGB V entstehende Kosten, soweit es sich nicht um Leistungsausgaben und um Aufwendungen für wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach § 65 SGB V handelt. Die Leistungsausgaben sind auf den zutreffenden Leistungsausgabenkonten zu buchen.
5240	Mitglieder ohne Rentner	
5241	Familienangehörige der Mitglieder	
5242	Rentner und ihre Familienangehörigen	
525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V	Zu 525 Auch die Kosten für die eigentlichen Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung nach § 63 Abs. 2 SGB V.
5250	Mitglieder ohne Rentner	
5251	Familienangehörige der Mitglieder	
5252	Rentner und ihre Familienangehörigen	
526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben	Zu 526 Kosten für wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach § 65 SGB V für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 2 SGB V von anderen Verwaltungsstellen, Firmen und Privatpersonen. Ebenfalls hier zu buchen sind die Evaluatinskosten von Bonusprogrammen nach § 65a SGB V.
5260	Mitglieder ohne Rentner	
5261	Familienangehörige der Mitglieder	
5262	Rentner und ihre Familienangehörigen	

527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)	Zu 527 Die für die Berechnung der Anteile je Kassenart maßgeblichen Mitgliederwerte (§ 65b Abs. 2 SGB V) gelten gleichermaßen für die Aufteilung und Buchung auf den Konten für Mitglieder ohne Rentner, Familienangehörige der Mitglieder und Rentner und deren Familienangehörige.
5270	Mitglieder ohne Rentner	
5271	Familienangehörige der Mitglieder	
5272	Rentner und ihre Familienangehörigen	
53	Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	Zu 53 1. Aufwendungen nach den §§ 24 a und 24 b SGB V. 2. Nicht hier zu buchen sind das Krankengeld und die Fahrkosten (siehe KA 474 und KG 49). 3. Die Bestimmung zu 40 Nr. 3 gilt entsprechend.
530	Ärztliche Beratung und Behandlung	
5300	Mitglieder ohne Rentner	
5301	Familienangehörige der Mitglieder	
5302	Rentner und ihre Familienangehörigen	
531	Krankenhausbehandlung	Zu 531 Einschließlich der Kosten für den DRG-Systemzuschlag und belegärztliche Behandlung. Nicht hier zu buchen sind Mehrleistungen der Knappschaft nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung (siehe KA 538).
5310	Mitglieder ohne Rentner	
5311	Familienangehörige der Mitglieder	
5312	Rentner und ihre Familienangehörigen	
532	Arznei- und Verbandmittel	Zu 532 Kosten für Arznei- und Verbandmittel sowie für empfängnisverhütende Mittel bei ambulanter ärztlicher Behandlung nach §§ 24a, 24b. SGB V.

- 5320 Mitglieder ohne Rentner
- 5321 Familienangehörige der Mitglieder
- 5322 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 537 Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG
- 5370 Mitglieder ohne Rentner
- 5371 Familienangehörige der Mitglieder
- 5372 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 538 Mehrleistung (nur Knappschaft) Zu 538
Alle Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung.
- 5380 Mitglieder ohne Rentner
- 5381 Familienangehörige der Mitglieder
- 5382 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 539 Übrige Aufwendungen Zu 539
1. Übrige Aufwendungen nach §§ 24 a, 24 b SGB V, soweit sie den KA'en 530 bis 538 nicht zugeordnet werden können (z.B. Heilmittel).
2. Nicht hier zu buchen sind die Fahrkosten (siehe KG 49).
- 5390 Mitglieder ohne Rentner
- 5391 Familienangehörige der Mitglieder
- 5392 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 54 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen

- 540 Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden Zu 540
Beiträge an die gesetzliche Unfallversicherung, wenn die Krankenkasse stationäre Behandlung als zuständiger Rehabilitationsträger im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB VII gewährt. Beiträge an die gesetzliche Unfallversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII, wenn die Krankenkasse stationäre oder teilstationäre Behandlung, stationäre Vorsorgeleistungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur Rehabilitation erbringt.
- 5400 Mitglieder ohne Rentner
- 5401 Familienangehörige der Mitglieder
- 5402 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 541 Rehabilitationssport Zu 541
Aufwendungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 43 SGB V/§ 8 KVLG i.V.m. § 44 Abs. 1 Nrn. 3 und 4 SGB IX.
- 5410 Mitglieder ohne Rentner
- 5411 Familienangehörige der Mitglieder
- 5412 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 542 Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583) Zu 542
Ergänzende Leistungen nach § 43 SGB V/§ 8 KVLG.
- 5420 Mitglieder ohne Rentner
- 5421 Familienangehörige der Mitglieder
- 5422 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 543 Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 Abs. 2 SGB V)
- 5430 Mitglieder ohne Rentner
- 5431 Familienangehörige der Mitglieder

- 5432 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 544 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)
- 5440 Mitglieder ohne Rentner
- 5441 Familienangehörige der Mitglieder
- 5442 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 545 Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Zu 545
Aufwendungen für Belastungserprobung und Arbeitstherapie nach § 42 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
- 5450 Mitglieder ohne Rentner
- 5451 Familienangehörige der Mitglieder
- 5452 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 546 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547, 579 und 582)
- Zu 546
1. Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989, die als Komplexleistungen erbracht werden. Hier sind nicht die Aufwendungen für ambulante Anschlussrehabilitation (siehe KA 547) zu buchen.
 2. Der Begriff ambulante Rehabilitation umfasst auch teilstationäre Rehabilitation in stationären Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V.
- 5460 Mitglieder ohne Rentner
- 5461 Familienangehörige der Mitglieder
- 5462 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 547 Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546, 578 und 582)
- Zu 547
1. Aufwendungen für ambulante Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 1 i.V. mit Abs. 6 SGB V/§ 8 KVLG 1989, die als Komplexleistung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation) durchgeführt werden.
 2. Die Kosten für ambulante Anschlussrehabilitation sind hier zu buchen, wenn die ambulante Anschlussrehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung beginnt bzw. aus medizinischen oder anderen zwingenden Gründen eine Frist von bis zu 6 Wochen eingehalten wird und ein ursächlicher medizinischer Zusammenhang zwischen beiden Maßnahmen besteht.
 3. Bei Krebsbehandlung beginnt die Frist nach der letzten ambulanten Bestrahlung bzw. nach Beendigung der Chemotherapie.
 4. Beginnt die ambulante Anschlussrehabilitation im Einzelfall erst nach Ablauf der 6-Wochenfrist, weil erst dann ein freier Platz in der die Anschlussrehabilitation durchführenden Einrichtung zur Verfügung steht, sind die Kosten nur dann hier zu buchen, wenn hierüber eine schriftliche Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung und eine ärztliche Bescheinigung des Arztes über den unmittelbaren Zusammenhang der ambulanten Anschlussrehabilitation mit der Krankenhausbehandlung vorliegt.
 5. Der Begriff ambulante Anschlussrehabilitation umfasst auch teilstationäre Anschlussrehabilitation in stationären Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111 SGB V.
- 5470 Mitglieder ohne Rentner
- 5471 Familienangehörige der Mitglieder
- 5472 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 548 Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX
- 5480 Mitglieder ohne Rentner

- 5481 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5482 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 549 Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX
- Zu 549
Hier sind die an Arbeitgeber gezahlten Prämien bzw. Boni nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX zu buchen.
- 5490 Mitglieder ohne Rentner
- 5491 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5492 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 55 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- Zu 55
1. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 195 bis 200b RVO/§§ 22 bis 31 KVLG.
 2. Ausgaben nach dem Mutterschutzgesetz sind nicht hier, sondern unter 85 zu buchen.
 3. Nicht hier zu buchen sind die Fahrkosten (siehe KA'en 492 bis 499).
 4. Die Bestimmung zu 40 Nr. 3 gilt entsprechend.
- 550 Ärztliche Betreuung
- Zu 550
Ärztliche Leistungen nach § 196 Abs. 1 RVO/§ 23 Abs. 1 KVLG.
- 5500 Mitglieder ohne Rentner
- 5501 Familienangehörige der Mitglieder
- 5502 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 551 Hebammenhilfe
- Zu 551
1. Alle Vergütungen (einschließlich Wegegebühren) an Hebammen; auch Vergütungen für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und besonders berechnete Vergütungen für Leistungen in Anstalten, bei Fehlgeburten und bei Schwangerschaftsbeschwerden.
 2. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen.

- 5510 Mitglieder ohne Rentner
- 5511 Familienangehörige der Mitglieder
- 5512 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 552 Stationäre Entbindung
- Zu 552
1. Hier sind die Kosten für die stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung sowie die Aufwendungen für den DRGSystemzuschlag zu buchen.
 2. Die Bestimmungen zu 46 Nr. 2 und 3 und 460 Nr. 2 gelten auch hier.
 3. Nicht hier zu buchen sind Mehrleistungen der Knappschaft nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung (siehe KA 558).
 4. Hier sind auch die Betriebskostenpauschalen für Geburtshäuser zu buchen.
- 5520 Mitglieder ohne Rentner
- 5521 Familienangehörige der Mitglieder
- 5522 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 553 Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung
- Zu 553
Aufwendungen für häusliche Pflege nach § 198 RVO/§ 25 KVLG.
- 5530 Mitglieder ohne Rentner
- 5531 Familienangehörige der Mitglieder
- 5532 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 554 Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung
- Zu 554
1. Aufwendungen für Haushaltshilfe und Betriebshilfe nach § 199 RVO/§§ 26 und 27 KVLG.
 2. Die Bestimmung zu 562 Nr. 2 gilt entsprechend.
- 5540 Mitglieder ohne Rentner

- 559 Investitionszuschlag nach Art.
14 Abs. 3 GSG
- 5590 Mitglieder ohne Rentner
- 5591 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 5592 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 56 Betriebs-, Haushaltshilfe und
häusliche Krankenpflege
- 560 Gestellte Betriebshilfe Zu 560 und 561
- Regelleistung - Aufwendungen nach § 9 Abs. 2 KVLG 1989. Die Be-
stimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt entsprechend.
- 5600 Mitglieder ohne Rentner
- 561 Erstattung für selbstbeschaffte
Betriebshilfe
- Regelleistung -
- 5610 Mitglieder ohne Rentner
- 562 Betriebshilfe - Mehrleistung - Zu 562
1. Aufwendungen nach § 9 Abs. 3 und 4 KVLG 1989.
Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt auch
hier.
2. Die Zuordnung zu den Personenkreisen erfolgt
nach dem Status der leistungsauslösenden (der
wegen Krankheit, Krankenhausbehandlung oder
Kur ausfallenden) Person.
- 5620 Mitglieder ohne Rentner
- 5621 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 563 Behandlungspflege nach § 37 Zu 563
Abs. 2 Satz 1 SGB V Aufwendungen nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V/§ 8
KVLG 1989. Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3
gilt auch hier.
- 5630 Mitglieder ohne Rentner
- 5631 Familienangehörige der Mit-
glieder
- 5632 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen

		Zu 564 und 565 1. Aufwendungen nach § 38 Abs. 1 SGB V/§ 10 Abs. 2 KVLG 1989. Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt entsprechend. 2. Die Bestimmung zu 562 Nr. 2 gilt auch hier
564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -	Zu 564 Hier sind auch Leistungen nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu buchen
5640	Mitglieder ohne Rentner	.
5641	Familienangehörige der Mitglieder	
5642	Rentner und ihre Familienangehörigen	
565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -	Zu 565 Hier sind auch Leistungen nach § 54 Abs. 1 Satz 2 bis Abs. 3 SGB IX zu buchen
5650	Mitglieder ohne Rentner	
5651	Familienangehörige der Mitglieder	
5652	Rentner und ihre Familienangehörigen	
566	Haushaltshilfe - Mehrleistung -	Zu 566 Aufwendungen nach § 38 Abs. 2 SGB V/§ 10 Abs. 1 KVLG 1989 für gestellte und selbstbeschaffte Haushaltshilfe. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen buchen Leistungsauswendungen, die von der Art her Aufwendungen nach § 38 Abs. 1 SGB V entsprechen, nicht hier, sondern unter Kontenarten 564 bzw. 565.
5660	Mitglieder ohne Rentner	
5661	Familienangehörige der Mitglieder	
5662	Rentner und ihre Familienangehörigen	

- 567 Häusliche Krankenpflege
- Regelleistung -
- Zu 567
Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Für die von der Krankenkasse angestellten Personen brauchen die persönlichen und sächlichen Verwaltungskosten hier nur insoweit erfasst zu werden, wie sie unmittelbar zurechenbar sind. Wenn eine von der Krankenkasse angestellte Person außerdem noch als Betriebshilfe oder als Haushaltshilfe tätig ist, sind die Kosten nach dem Zeitaufwand aufzuteilen und anteilmäßig hier und unter den jeweils in Betracht kommenden Kontenarten für Betriebs- und Haushaltshilfe zu buchen.
- 5670 Mitglieder ohne Rentner
- 5671 Familienangehörige der Mitglieder
- 5672 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 568 Häusliche Krankenpflege
- Ermessensleistung -
- Zu 568
Aufwendungen nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt auch hier.
- 5680 Mitglieder ohne Rentner
- 5681 Familienangehörige der Mitglieder
- 5682 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 569 Häusliche Krankenpflege
nach § 37 Abs. 2 Satz 4
SGB V
- Zu 569
Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt auch hier.
- 5690 Mitglieder ohne Rentner
- 5691 Familienangehörige der Mitglieder
- 5692 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 57 Integrierte Versorgung (ohne
588 und 589)
- Zu 57
Alle Leistungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung abgerechnet werden. Die Bestimmungen zu den korrespondierenden Leistungsarten außerhalb der integrierten Versorgung gelten entsprechend.

- 570 Ambulante ärztliche Behandlung Zu 570
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter KA'en 400, 401, 403, 463, 520 bis 523, 530, 550 und 584 zu buchen wären. Hier sind auch die Telemetriekosten im Rahmen der integrierten Versorgung zu buchen.
- 5700 Mitglieder ohne Rentner
- 5701 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5702 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 571 Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz Zu 571
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter den KGen 41 und 42 und 516 zu buchen wären.
- 5710 Mitglieder ohne Rentner
- 5711 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5712 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 572 Sachleistungen bei Dialyse Zu 572
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter den KAen 402 und 448 zu buchen wären.
- 5720 Mitglieder ohne Rentner
- 5721 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5722 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 573 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen Zu 573
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter den Kontenarten 430, 434 bis 438 und 532 zu buchen wären.
- 5730 Mitglieder ohne Rentner
- 5731 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5732 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 574 Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen Zu 574
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter KA'en 450 bis 457 zu buchen wären.
- 5740 Mitglieder ohne Rentner
- 5741 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5742 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 575 Hilfsmittel Zu 575
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter den KA'en 431, 432 und 440 bis 447, 449 und 459 zu buchen wären.
- 5750 Mitglieder ohne Rentner
- 5751 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5752 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 576 Krankenhausbehandlung einschl. teilstationärer Behandlung in Dialysestationen und stationärer Anschluss-Rehabilitation Zu 576
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter KA'en 460 bis 462, 464 bis 466, 469, 531, 537, 552 und 559 und 594 zu buchen wären. Hier sind die Ausgaben für einzelvertraglich vereinbarte Qualitätssicherungszuschläge im Rahmen der integrierten Versorgung mit den Entgeltschlüsseln 61 und 62 zu buchen. Die Bestimmung zu 46 Nr. 4 gilt entsprechend.
- 5760 Mitglieder ohne Rentner
- 5761 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5762 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 577 Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen) Zu 577
Alle Leistungen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter KA'en 553, 563 und 567 zu buchen wären.
- 5770 Mitglieder ohne Rentner
- 5771 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5772 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 578 Übrige
RSA-berücksichtigungsfähige
Leistungsausgaben
- 5780 Mitglieder ohne Rentner
- 5781 Familienangehörige der Mit-
glieder ohne Rentner
- 5782 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 579 Übrige nicht RSA-
berücksichtigungsfähige Leis-
tungsausgaben
- 5790 Mitglieder ohne Rentner
- 5791 Familienangehörige der Mit-
glieder ohne Rentner
- 5792 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen
- 58 Mehrleistungen im Rahmen
DMP/Integrierte Versorgung
(ohne 57)

581 Medizinische Vorsorgeleis-
tungen - DMP

Zu 581
Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2
und 4 SGB V, wenn und soweit diese Leistungen im
Rahmen eines zugelassenen, strukturierten Behand-
lungsprogramms für dort eingeschriebene Versicherte
erbracht werden.

5810 Mitglieder ohne Rentner

5811 Familienangehörige der Mitglieder

5812 Rentner und ihre Familienangehörigen

583 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP

Zu 583
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramms für dort eingeschriebene Versicherte erbracht werden.

5830 Mitglieder ohne Rentner

5831 Familienangehörige der Mitglieder

5832 Rentner und ihre Familienangehörigen

587 Integrierte Versorgung - Rabatte

Zu 587

1. Sofern im Rahmen der Verträge zur integrierten Versorgung personenübergreifend mengengestaffelte Rabatte in Form nachgehender Gutschriften gewährt werden, sind diese hier zu buchen.
2. Die Einnahmen aus Rabatten im Bereich der Arzneimittel sind nicht hier, sondern unter den Konten der Kontenart 439 "Arzneimittelrabatte" zu buchen.
3. Einnahmen aus pauschal bzw. personenübergreifend gewährten Rabatten oder Rückzahlungen von Krankenhäusern außerhalb der integrierten Versorgung sind nicht hier, sondern unter den Konten 4606 bzw. 4608 zu buchen.

5870 Mitglieder ohne Rentner

5871 Familienangehörige der Mitglieder

5872 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 588 Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung
- Zu 588
1. Hier sind die in Ausnahmefällen versichertenbezogen abgerechneten Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung, die nicht nach den tatsächlich erbrachten Leistungen differenziert werden können – z.B. Komplexpauschalen -, nachzuweisen.
 2. Im übrigen gelten die Bestimmungen zu Kontengruppe 57 entsprechend.
- 5880 Mitglieder ohne Rentner
- 5881 Familienangehörige der Mitglieder
- 5882 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 589 Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V
- 5890 Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V
- 5892 Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V - Altenteiler (nur LKK)
- 59 Sonstige Leistungen
- 590 Medizinischer Dienst
- Zu 590
1. Gesamtkosten des Medizinischen Dienstes. Das sind die nach § 281 Abs. 1 SGB V/§ 56 KVLG 1989 erhobenen Umlagen. Bis zur Errichtung des Medizinischen Dienstes sind hier die entsprechenden Umlagen für den VdD zu buchen. Nicht hier zu buchen ist der Aufwendersatz nach § 65a SGB I (siehe KA 499).

2. Die Kosten nach Nr. 1 sind nach der Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes, falls dies nicht möglich ist nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf den Konten für die Personenkreise (M, F, R) zu buchen.
3. Erstattungen der Pflegeversicherung für Leistungen des Medizinischen Dienstes sind hier gegenzubuchen. Als Aufteilungsschlüssel für die Buchung auf den Konten für die Personenkreise gilt das Verhältnis der insgesamt in dem betreffenden Geschäftsjahr unter KA 590 gebuchten Beträge zu den auf den Konten für die Personenkreise gebuchten Beträgen.

5900 Mitglieder ohne Rentner

5901 Familienangehörige der Mitglieder

5902 Rentner und ihre Familienangehörigen

591 Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)

Zu 591
Alle Gutachterkosten (ausgenommen Medizinischer Dienst - 590), die im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung entstehen. Nicht hier zu buchen ist der Aufwendersatz nach § 65a SGB I (siehe KA 499).

5910 Mitglieder ohne Rentner

5911 Familienangehörige der Mitglieder

5912 Rentner und ihre Familienangehörigen

592 Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen
(§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 26 Abs. 3 SGB IX)

5920 Mitglieder ohne Rentner

5921 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner

5922 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 593 Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie Zu 593
Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für von Ärzten oder sonstigen Personen erbrachte psychotherapeutische Leistungen sowie Aufwendungen für Leistungen der Hochschulambulanzen und Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG, die nicht über die kassenärztliche Gesamtvergütung abgerechnet werden.
- 5930 Mitglieder ohne Rentner
- 5931 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5932 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 594 Zuschüsse zu stationären Hospizen - Regelleistung - Zu 594
Hier sind die Kosten für Zuschüsse zur Versorgung in Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V bis zur Höhe von 6 % der monatlichen Bezugsgröße zu buchen. Zuschüsse an Kinderhospize sind hier in voller Höhe zu buchen. Darüber hinausgehende Beträge sind unter KA 595 zu buchen.
- 5940 Mitglieder ohne Rentner
- 5941 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5942 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 595 Förderung ambulanter Hospizdienste/Zuschüsse zu stationären Hospizen - Mehrleistung - Zu 595
Hier sind die Kosten für Zuschüsse nach § 39a Abs. 1 SGB V zu buchen, soweit sie 6 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigen und nicht auf Kinderhospize entfallen. Bis zur Höhe von 6 % der monatlichen Bezugsgröße sind die Kosten unter KA 594 zu buchen. Hier sind auch die Aufwendungen für die Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39 a Abs. 2 SGB V zu buchen.
- 5950 Mitglieder ohne Rentner
- 5951 Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner
- 5952 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 596 Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 2 SGB V a.F. Zu 596
Hier sind die Zuzahlungs- und Beitragsermäßigungen nach § 65 a Abs. 2 SGB V a.F. zu buchen. Hier sind die Zuzahlungen, die nach § 31 Abs. 3 SGB V aufgrund von Vereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V nicht entrichtet oder ermäßigt wurden, zu buchen. Wird die Zuzahlungsermäßigung nicht in Form einer Rückzahlung gewährt, so hat die Gegenbuchung auf dem entsprechenden Leistungskonto zu erfolgen.
- 5960 Mitglieder ohne Rentner
- 5961 Familienangehörige der Mitglieder
- 5962 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 597 Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V Zu 597
Hier sind die Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 a Abs. 1 und 3 SGB V zu buchen.
- 5970 Mitglieder ohne Rentner
- 5971 Familienangehörige der Mitglieder
- 5972 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 598 Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
- 5980 Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und 5982 Zu 5980 und 5982
1. Hier sind die den Versicherten erstatteten Zuzahlungen nach § 61 SGB V, die über der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V liegen, zu buchen.
2. Die von Januar bis Juli 2004 auf den Leistungskonten gebuchten Erstattungen sind nicht auf die Konten 5980 bis 5982 umzubuchen.
- 5980 Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder
- 5982 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5985 Vorauszahlungen von Zuzahlungen und 5987 Zu 5985 und 5987
Hier sind die von den Versicherten geleisteten Vorauszahlungen auf Zuzahlungen zu buchen.

5985 Mitglieder ohne Rentner
einschl. Familienangehörige
der Mitglieder

5987 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen

599 Übrige Leistungen

Zu 599

Z.B. Gebühren für die Registrierung in Organspender-
Registern, u.a. bei Eurotransplant. Die Vergütungs-
pauschale für die von dem Zentralen Knochenmark-
spenderregister veranlassten Leostimigem für einen
Knochenmarkempfänger ist nicht hier, sondern unter
der Kontengruppe 46 zu buchen. Hier sind auch die
Kosten für auslaufende Leistungen nach § 20 SGB V
a. F. zu buchen. Ab 1.1.2005 sind hier auch Restzah-
lungen für Entbindungs- und Sterbegeld, die den Zeit-
raum von dem 1.1.2004 betreffen, zu buchen.

5990 Mitglieder ohne Rentner

5991 Familienangehörige der Mit-
glieder

5992 Rentner und ihre Familienan-
gehörigen

**Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen
der Krankenversicherung**

60	Schuldzinsen und sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66)	
601	Schuldzinsen	Zu 601 1. Schuldzinsen einschließlich aller Nebenkosten bei der Aufnahme von Krediten. 2. Die im Geschäftsjahr fälligen Schuldzinsen können auch dann hier gebucht werden, wenn sie sich teilweise auf das kommende oder das vergangene Geschäftsjahr beziehen. Für eine genaue zeitliche Rechnungsabgrenzung können noch nicht fällige, aber für das Rechnungsjahr geltende Schuldzinsen vor dem Jahresabschluss gebucht werden.
6010	Schuldzinsen	
603	Zuschreibungen zu Rückstellungen	
6030	Zuschreibungen zur Versorgungsrücklage	Zu 6030 Zur Passivierung der Zinserträge aus der Versorgungsrücklage sind hier die unter dem Konto 3030 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1601 im Haben vorzunehmen.
6031	Zuschreibungen zu Pensionsrückstellungen	Zu 6031 Zur Passivierung der Zinserträge aus den Pensionsrückstellungen sind hier die unter dem Konto 3031 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1600 im Haben vorzunehmen.
6032	Zuschreibungen zur Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	Zu 6032 Zur Passivierung der Zinserträge aus der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer sind hier die unter dem Konto 3032 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1602 im Haben vorzunehmen.
609	Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66)	Zu 609 Z.B. Verluste aus Beteiligungen, Depotgebühren, Inkassoprovisionen sowie Gutachter- und Beraterkosten, die sich im Zusammenhang mit der Vermögensverwaltung und -anlage ergeben, aber nicht aktivierungspflichtig sind; Bankspesen, wenn sie nicht als Gebühren für die laufende Kontenführung unter 7109 zu buchen sind.

6090	Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66)	
61	Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe	Zu 61 Diese Kontengruppe nimmt beim Jahresabschluss einen etwaigen Ausgaben-(Soll-)Überschuss aus der KG 96 auf.
610	Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe	
6100	Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe	
62	Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG	
620	Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG	
6202	Zahlungen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989	
63	Aufwendungen bei Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung sowie Aufwendungen aus Wahlтарifen nach § 53 SGB V	
630	Beitragsermäßigungen nach § 53 SGB V a.F.	Zu 630 Hier sind die an freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung gewählt haben, zu leistenden Beitragsermäßigungen bei Anwendung der Selbstbehaltregelung nach § 53 SGB V a. F. zu buchen.
6300	Beitragsermäßigungen nach § 53 SGB V a.F.	
631	Beitragsrückzahlungen nach § 54 SGB V a. F.	Zu 631 Hier sind die Beitragsrückzahlungen nach § 54 SGB V a. F. an freiwillige Mitglieder zu buchen.
6310	Beitragsrückzahlungen nach § 54 SGB V a. F.	
632	Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V	
6320	Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V	
6322	Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V – Altenteiler -	

- 633 Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen
- 6330 Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen
- 6332 Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen – Altenteiler -
- 634 Prämienzahlungen oder Zahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen
- 6340 Prämienzahlungen oder Zahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen
- 6342 Prämienzahlungen oder Zahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen – Altenteiler -
- 635 Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V
- Zu 635
Die Buchungsbestimmung zu KA 335 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Prämienzahlungen die Kostenerstattungen treten. Die durch besondere Tarife zusätzlich gewährten Leistungen sind hier und nicht in den entsprechenden Leistungskonten zu buchen.
- 6350 Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V
- 6352 Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V – Altenteiler -

- 636 Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)
- 6360 Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)
- 6362 Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler -
- 638 Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V
- 6380 Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V Zu 6380
Die Buchungsbestimmung zu 3380 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Prämienzahlungen die tariflich ausgestalteten Krankengeldzahlungen treten.
- 6382 Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V – Altenteiler -
- 639 Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V)
- 6390 Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) Zu 6390
Die Leistungsbeschränkungen unterschiedlicher Tarife sind separat auf gesonderten Unterkonten zu buchen.
- 6392 Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) – Altenteiler -
- 65 Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V
- 650 Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V
- 6500 Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V

66 Verluste durch Wertminderungen der Aktiva und durch Wertsteigerungen der Passiva

660 Verluste der Aktiva

Zu 660

1. Realisierte Verluste aus dem Verkauf von aktivierten Vermögensgegenständen. Als Verlust ist die Differenz zwischen dem Buchwert und dem Erlös zu buchen, wobei etwaige von der Krankenkasse zu tragende Nebenkosten vorher von dem Erlös abzusetzen sind. Verluste aus Forderungen gegen zahlungsunfähige Schuldner sind nur dann hier zu buchen, wenn es sich um Forderungen handelt, die im unmittelbaren Zusammenhang mit Vermögenswerten stehen.
Verluste aus Forderungen, die mit Erträgen oder Aufwendungen der Kontenklassen 2 bis 7 zusammenhängen, sind über die zutreffenden Aufwands- oder Ertragskonten zu buchen. In ihrer Höhe nicht richtig angesetzte Forderungen und Verpflichtungen sind in der Regel nicht über diese Konten zu berichtigen, sondern über die sachlich zutreffenden Aufwands-, Ertrags- oder Vermögenskonten.
2. Hier sind auch außerordentliche Abschreibungen zu buchen (siehe auch zu 0700, 0701 und 071).
3. Kann der Versicherungsträger die Mittel der Versorgungsrücklage (§ 14a BbesG) selbst anlegen, so sind außerordentliche Verluste, die beim Verkauf der Geldanlagen im Zusammenhang mit Vermögensumschichtungen anfallen, hier im Soll zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0680 im Haben vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 3600 zu passivieren.
4. Die unter dem Konto 3600 zu buchenden außerordentlichen Gewinne, die beim Verkauf von Geldanlagen der Versorgungsrücklage (§ 14a BbesG) im Zusammenhang mit Vermögensumschichtungen anfallen, sind durch eine Soll-Buchung hier erfolgsunwirksam zu machen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1601 im Haben vorzunehmen.

6600 Verluste der Aktiva

665 Verluste der Passiva

Zu 665

Hier sind auch Tilgungen von haftungslosen Darlehen aus einem erzielten Jahresüberschuss aus dem Vorjahr zu buchen (siehe Bestimmung zu 141 und 145 Nr. 2).

- 6650 Verluste der Passiva
- 67 Ausgaben für Finanzausglei-
che
- 670 Ausgaben für den Finanz-
ausgleich für aufwendige Leis-
tungsfälle nach § 265 SGB
V/§ 54 KVLG 1989
- 6700 Ausgaben für den Finanz-
ausgleich für aufwendige Leis-
tungsfälle nach § 265 SGB
V/§ 54 KVLG 1989
- 671 Ausgaben für den Finanz-
ausgleich bei überdurch-
schnittlichen Bedarfssätzen
nach § 266 SGB V a. F.
- 6710 Ausgaben für den Finanz-
ausgleich bei überdurch-
schnittlichen Bedarfssätzen
nach § 266 SGB V a. F.
- 672 Ausgaben für finanzielle Hilfen
in besonderen Notlagen
- 6720 Ausgaben für finanzielle Hilfen
in besonderen Notlagen nach
§ 267 SGB V a. F./§ 54 KVLG
1989
- 6721 Ausgaben für finanzielle Hilfen
in besonderen Notlagen nach
§ 265a SGB V
- 674 Ausgaben für den Risiko-
strukturausgleich nach § 266
SGB V
- 6740 Ausgaben für den Risiko-
strukturausgleich nach § 266
SGB V - Abschlagsverfahren

Zu 6740

Die Bestimmung zu 3740 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass hier ausschließlich die nach § 17 Abs. 3 RSAV mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abgerechneten Abschlagszahlungen (Ausgaben) sowie die aufgrund der für das Geschäftsjahr durchzuführenden Neuberechnungen der monatlichen Abschläge gem. § 17 Abs. 3 a RSAV vom BVA beschiedenen Beträge (Verpflichtung) zu buchen sind.

- 6741 Ausgaben aus dem Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V - Jahresausgleich
- Zu 6741
Die Bestimmungen zu 3741 gelten entsprechend (Gegenkonto 1292). Die im RSA verrechnete einheitliche Programmkostenpauschale (§ 4 Abs. 1 Nr. 11 RSAV) für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte ist von Krankenkassen mit Ausgleichsverpflichtungen hier im Soll zu buchen (siehe Bestimmung zu 7699 Nr. 1).
- 6742 Säumniszuschläge nach § 266 Abs. 8 SGB V
- Zu 6742
Hier sind sowohl die Säumniszuschläge nach § 266 Abs. 8 SGB V für den Risikostrukturausgleich als auch für den Risikopool zu buchen.
- 6743 Risikostrukturausgleich - Korrekturbedarf -
- Zu 6743
Hier ist der negative Gesamtbetrag der Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren (gemäß BVA-Bescheid über den Jahresausgleich) zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.
- 6749 Verpflichtungen aus dem RSA
- Zu 6749
Die Bestimmungen zu 3749 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass hier ausschließlich Verpflichtungen aus dem RSA (Gegenkonto 1292) zu buchen sind. Konto 6749 ist nicht Bestandteil der Jahresrechnung, deshalb sind die hier gebuchten Beträge vor Erstellung der Jahresrechnung auf das Konto 6741 umzubuchen.
- 676 Ausgaben für den Risikopool nach § 269 SGB V
- 6760 Ausgaben für den Risikopool nach § 269 SGB V - Abschlagsverfahren
- Zu 6760
Die Bestimmung zu 3760 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass hier ausschließlich die nach § 17 Abs. 3 RSAV mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abgerechneten Abschlagszahlungen (Ausgaben) sowie die aufgrund der für das Geschäftsjahr durchzuführenden Neuberechnungen der monatlichen Abschläge gem. § 17 Abs. 3 a RSAV vom BVA beschiedenen Beträge (Verpflichtung) zu buchen sind.
- 6761 Ausgaben für den Risikopool nach § 269 SGB V - Jahresausgleich
- Zu 6761
Die Bestimmungen zu 3761 gelten entsprechend (Gegenkonto 1293).

6763 Risikopool- Ausgleich-Korrekturbedarf	Zu 6763 Hier ist der negative Gesamtbetrag der Korrekturen des Beitragssatzes aus Vorjahren (gemäß Anlage 2 des BVA-Bescheides über den Jahresausgleich) zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.
6769 Verpflichtungen aus dem Risikopool	Zu 6769 Die Bestimmungen zu 3769 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass hier ausschließlich Verpflichtungen aus dem Risikopool (Gegenkonto 1293) zu buchen sind. Konto 6769 ist nicht Bestandteil der Jahresrechnung; deshalb sind die hier gebuchten Beträge vor Erstellung der Jahresrechnung auf das Konto 6761 umzubuchen.
677 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 und § 270 SGB V (Gesundheitsfonds)	
6770 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V	Zu 6770 Die Buchungsbestimmung zu 3770 gilt entsprechend.
6771 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V	Zu 6771 Die Buchungsbestimmung zu 3771 gilt entsprechend.
6772 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V	Zu 6772 Die Buchungsbestimmung zu 3772 gilt entsprechend.
6773 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Buchstabe c SGB V	Zu 6773 Die Buchungsbestimmung zu 3773 gilt entsprechend.
6774 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V – Jahresausgleich -	Zu 6774 Die Buchungsbestimmung zu 3774 gilt entsprechend, wobei an die Stelle von Konto 3770 das Konto 6770 tritt.
6775 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V – Jahresausgleich -	Zu 6775 Die Buchungsbestimmung zu 3775 gilt entsprechend, wobei an die Stelle von Konto 3771 das Konto 6771 tritt.
6776 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V – Jahresausgleich -	Zu 6776 Die Buchungsbestimmung zu 3776 gilt entsprechend, wobei an die Stelle von Konto 3772 das Konto 6772 tritt.

6777	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V – Jahresausgleich -	Zu 6777 Die Buchungsbestimmung zu 3777 gilt entsprechend, wobei an die Stelle von Konto 3773 das Konto 6773 tritt.
6778	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbedarf -	Zu 6778 Hier ist der Gesamtbetrag der Korrekturen für Zuweisungen aus Vorjahren zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.
68	Bonuszahlungen nach § 84 Abs. 4 und 8 SGB V	
680	Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V	
6800	Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V	
6802	Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V - Altenteiler -	Zu 6802 und 6812 1. Die Konten 6802 und 6812 gelten nur für die landwirtschaftlichen Krankenkassen 2. Hier ist der Anteil der Aufwendungen § 84 Abs. 4 bzw. nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V zu buchen, der dem Anteil der Aufwendungen der Altenteiler für Arznei - und Verbandmittel bzw. für Heilmittel an den jeweiligen Aufwendungen der Mitglieder insgesamt in der Abbuchungsperiode entspricht
681	Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V	
6810	Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs.8 SGB V	
6812	Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V - Altenteiler -	
69	Sonstige Aufwendungen	
690	Ausgaben bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen	Zu 690 Auf die Bestimmungen zu 390 wird verwiesen.
6900	Ausgaben bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen	

- 691 Zahlungen nach G 131
(ohne § 63 dieses Gesetzes)
- 6910 Zahlungen nach G 131
(ohne § 63 dieses Gesetzes)
- 693 Zinsen nach § 44 SGB I, § 27
Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV,
§ 108 Abs. 2 SGB X, § 17
Abs. 1 Satz 3 BPfIV und § 66
SGB XI
- 6930 Zinsen nach § 44 SGB I, § 27
Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV,
§ 108 Abs. 2 SGB X und
§ 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV
- Zu 6930 und 6932
Hier sind auch Verzugszinsen aufgrund anderer
Rechtsgrundlage (ohne 6933) zu buchen.
- 6932 Zinsen nach § 44 SGB I, § 27
Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV,
§ 108 Abs. 2 SGB X und
§ 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV
- Altenteiler -
- Zu 6932
Hier buchen die landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Zinsen, die an die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 und
§ 23 Abs. 1 KVLG 1989 Versicherten gezahlt werden.
- 6933 Zinsen an den Ausgleichs-
fonds der Pflegeversicherung
- Zu 6933
Hier buchen die Krankenkassen Verzugszinsen der
Pflegekasse nach § 10 Abs. 5 der Vereinbarung über
den Ausgleichsfonds.
- 694 Ausgaben für die persönliche
elektronische Gesundheitsak-
te
- Zu 694
Hier sind die Kosten für die finanzielle Unterstützung
zur Führung einer persönlichen elektronischen Ge-
sundheitsakte nach § 68 SGB V zu buchen.
- 6940 Ausgaben für die persönliche
elektronische Gesundheitsak-
te
- 695 Kosten der Prüfungs- und Be-
schwerdeausschüsse für
Wirtschaftlichkeitsprüfungen
in der vertragsärztlichen Ver-
sorgung
- Zu 695
Hier sind die von der GKV zu tragenden Kosten nach
§ 106 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der
Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zu buchen.
- 6950 Kosten der Prüfungs- und Be-
schwerdeausschüsse für
Wirtschaftlichkeitsprüfungen
in der vertragsärztlichen Ver-
sorgung

- 696 Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation
- Zu 696
Hier sind Aufwendungen für Zahlungen nach § 40 Abs. 3 SGB V an die Pflegekasse bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation an Pflegebedürftigen zu buchen.
- 6960 Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation
- 6962 Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation - Altenteiler
- 697 Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte
- Zu 697
Hier sind die Kosten der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 a SGB V insbesondere auch die Kosten der Einführung des elektronischen Verordnungsdatensatzes (elektronisches Rezept) zu buchen. Ebenfalls hier zu buchen, sind die im Rahmen der Vergabe einer eindeutigen Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V entstehenden Entwicklungskosten, wenn sie in engem Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte stehen. Die in der Testphase anfallenden Personal- und Sachkosten sind nicht hier, sondern unter Kontenart 524 „Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V“ zu buchen.
- 6970 Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte
- 699 Übrige Aufwendungen
- Zu 699
1. Alle Aufwendungen, die anderweitig nicht unterzubringen sind, z.B. Kassenfehlbeträge, soweit sie nicht durch den Kassierer oder eine Versicherung gedeckt werden. Hier sind auch die Kosten für auslaufende Leistungen nach § 67 SGB V a. F. (bisherige KA'en 514, 515 und 517) zu buchen.
 2. Beim Abschluss der Kontenarten 944 und 945 ist hier der Überschuss der Ausgaben zu buchen (Gegenbuchung erfolgt auf Konto 9449).
- 6990 Übrige Aufwendungen

6991	Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989	Zu 6991 Hier buchen die landwirtschaftlichen Krankenkassen die Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989.
------	---	--

Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten

		<p>Zu 7 Die Konten nehmen die bei der Krankenkasse (nicht allein die für Krankenversicherung) im Laufe des Geschäftsjahres anfallenden Verwaltungs- und Verfahrenskosten auf. Die beim Gesundheitsfonds anfallenden Verwaltungs- und Verfahrenskosten werden ebenfalls hier ausgewiesen.</p>
70	Persönliche Verwaltungskosten	<p>Zu 70 Alle persönlichen Verwaltungskosten der Krankenkasse. Nicht hier zu buchen sind die Personalkosten für eigene Kräfte der sozialen Dienste und der Gesundheitsförderung (KG 51), der Betriebs-, Haushaltshilfe und häuslichen Krankenpflege (KG 56), der häuslichen Pflegehilfe (KG 57), der häuslichen Pflege und Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung (KA'en 553, 554) und der Eigenbetriebe (KG 96).</p>
700	Dienstbezüge, Gehälter und Löhne	
7000	Dienstbezüge der Beamten und DO-Angestellten	<p>Zu 7000</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Vergütungen der Auszubildenden, sämtliche Zulagen, Zuschüsse, Zuwendungen (z.B. Mehrarbeitsvergütungen, jährliche Sonderzuwendungen, Jubiläumszuwendungen), Abfindungen, Übergangsgelder, vermögenswirksame Leistungen und die Aufwandsentschädigungen (z.B. für Mitglieder der Geschäftsführung).2. Als Einnahmen sind hier u.a. Erstattungen von Dienstbezügen aus Regressansprüchen (z.B. nach § 87a BBG bzw. entsprechende Vorschriften) und Strafgelder zu buchen.
7001	Vergütungen der Arbeitnehmer einschließlich Vergütungen der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder	<p>Zu 7001</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die Bestimmungen zu 7000 gelten entsprechend.2. Hier sind als Einnahme auch die Erstattungen zu buchen, die die Krankenkasse als Arbeitgeberaufwendungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge) im Rahmen des AAG erhält.

7003	Beschäftigungsentgelte	Zu 7003 Aufwendungen für Aushilfskräfte, die nicht in einem Dienstverhältnis zur Krankenkasse stehen, für freie Mitarbeiter, Vergütungen für Praktikanten, Honorare für Sachverständige - soweit nicht unter 733 -.
701	Versicherungsbeiträge	
7010	Nachversicherungsbeiträge	Zu 7010 Aufwendungen zur Nachversicherung für ausscheidende Beamte und DO-Angestellte; Nachversicherung nach dem Betriebsrentengesetz. Beträge aufgrund von Versorgungszusagen nach dem Betriebsrentengesetz sind nicht hier, sondern unter Konto 7020 zu buchen.
7011	Sozialversicherungsbeiträge und sonstige Versicherungsbeiträge für den hauptamtlichen Vorstand und für Arbeitnehmer	Zu 7011 1. Arbeitgeberanteile zu den Beiträgen zur gesetzlichen Renten-, Pflege- und Krankenversicherung, zur Bundesagentur für Arbeit und zu befreienden Lebensversicherungen, Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung einschließlich der Zuschläge dazu, Umlagen nach dem AAG, Beitragszuschüsse an freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Mitglieder der privaten Krankenversicherung (§ 257 SGB V) sowie an Mitglieder der Pflegeversicherung (§ 61 SGB XI). Auch Arbeitgeberanteile einschließlich der Steuerpauschale und Umlage zur VBL, ferner Arbeitgeberanteile zu sonstigen Versorgungseinrichtungen. 2. Als Einnahmen sind hier u.a. Erstattungen von Sozialversicherungsbeiträgen aus Regressansprüchen zu buchen. Hier sind als Einnahme auch die Erstattungen von Sozialversicherungsbeiträgen zu buchen, die die Krankenkasse als Arbeitgeberaufwendungen im Rahmen des AAG erhält.
7015	Beiträge zur Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	Zu 7015 Hier sind die Arbeitgeberanteile zu den Beiträgen zur Zusatzversorgung zu buchen.
702	Versorgungsaufwendungen	

7020	Ruhegehälter/Ruhensbezüge, Witwen- und Waisengelder	Zu 7020 1. Hier sind auch Unterhaltsbeiträge (§ 15 BeamtVG bzw. nach entsprechenden Vorschriften), Aufwendungen für Hinterbliebene (§ 22 BeamtVG bzw. entsprechende Vorschriften) und Sterbegelder (§ 18 BeamtVG bzw. entsprechende Vorschriften) zu buchen. Ebenfalls hier zu buchen, sind Beträge, die aufgrund einer Versorgungszusage nach dem Betriebsrentengesetz an ehemalige DO-Angestellte gezahlt werden. 2. Die Bestimmung zu 7000 Nr. 2 gilt entsprechend.
7021	Versorgungsbezüge nach § 63 G 131	Zu 7021 1. Versorgungsbezüge an solche Personen, die ihr Amt, ihren Arbeitsplatz oder ihre Versorgung aus anderen als beamten- oder tarifrechtlichen Gründen verloren haben (siehe auch 691). 2. Die Bestimmung zu 7000 Nr. 2 gilt entsprechend.
7022	Zahlungen an Pensionskassen	
7023	Rückstellungen zur Finanzierung der Pensionsverpflichtungen der Krankenkasse	Zu 7023 Zuführungen und Entnahmen.
7024	Einbehaltene Mittel der Versorgungsrücklage	
7025	Renten aus der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	
703	Beihilfen, Unterstützungen und Fürsorgeleistungen	
7030	Beihilfen für Beschäftigte	Zu 7030 und 7031 1. Aufwendungen für Beihilfen bei Krankheit, Geburt, Tod, Badekuren u.ä. nach den jeweils gültigen Beihilfevorschriften. 2. Die Bestimmung zu 7000 Nr. 2 gilt entsprechend.
7031	Beihilfen für Versorgungsempfänger	
7032	Unterstützungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger	Zu 7032 Unterstützungen nach den jeweils geltenden Unterstützungsgrundsätzen.

7033	Fürsorgeleistungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger	Zu 7033 Hier sind auch alle Leistungen der Unfallfürsorge im Sinne des Bundesbeamtengesetzes bzw. des Landesbeamtengesetzes zu buchen, ferner die Aufwendungen für die Tbc-Hilfe nach § 127 BSHG.
704	Sonstige persönliche Verwaltungskosten	
7040	Zuschüsse zur Gemeinschaftsverpflegung und für soziale Einrichtungen	Zu 7040 Auch Zuschüsse für soziale Einrichtungen, die den Bediensteten zugute kommen.
7042	Trennungsgeld, Umzugskostenvergütungen und Fahrkostenzuschüsse	Zu 7042 U.a. Trennungsgelder bei Versetzungen und Abordnungen (z.B. Trennungsreisegeld, Trennungstagegeld, Reisebeihilfen für Familienheimfahrten, Mietersatz) sowie Umzugskostenvergütungen und Trennungsentschädigungen nach den jeweils geltenden Bestimmungen, ferner Fahrkosten für die Fahrten von Bediensteten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte.
7044	Zuschüsse im Rahmen der Wohnungsfürsorge	Zu 7044 Aufwendungszuschüsse und Mietzuschüsse an Bedienstete, nicht jedoch Darlehen für den Wohnungsbau, die in der Kontenklasse 0 zu aktivieren sind.
7049	Übrige persönliche Verwaltungskosten	Zu 7049 Alle übrigen sachlich nicht anderweitig einzuordnenden persönlichen Verwaltungskosten, z.B. besondere Aufwendungen für den Personalrat, Zählgelder an Kassierer, Prämien für Verbesserungsvorschläge, Prämien an Vollziehungsbeamte, Kosten der ärztlichen Untersuchungen der Bediensteten, Schwerbehindertenausgleichsabgabe, Umlage für das Insolvenzgeld, Beiträge für Insolvenzversicherungen.
705	Aufwandsentschädigungen für Werbemaßnahmen	
7050	Aufwandsentschädigung an Mitarbeiter	Zu 7050 Aufwandsentschädigungen und Reisekostenvergütungen an Mitarbeiter, die im Rahmen einer Nebentätigkeit außerhalb der Dienst- oder Arbeitszeit Mitglieder werben.
7051	Aufwandsentschädigungen an andere	Zu 7051 Aufwandsentschädigungen an andere, nicht bei der Krankenkasse beschäftigte Personen.
71	Sächliche Verwaltungskosten	Zu 71 Alle sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkasse einschließlich der Kosten für Leasing; nicht hier zu buchen sind die in KG 51 erfassten Sachkosten und der Aufwand der Eigenbetriebe (KG 96).

- 710 Allgemeine Sachkosten der Verwaltung
- Zu 710
Sachkosten, die die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht betreffen, sind gesondert auf dem Konto 7106, die für die Werbung auf dem Konto 7108 zu buchen.
- 7100 Geschäftsbedarf
- Zu 7100
1. Kosten für Büromaterial jeder Art einschließlich für Geschäftsbücher, ferner Aufwendungen für Zeichenbedarf, für Mikrofilme, für Fahrgelder im Ortsbereich, für Transport-, Fracht- und Lagergebühren sowie die Sachkosten für Druck- und Buchbindearbeiten in und außer Hause einschließlich der Kosten für die Herstellung von Versicherungsnachweisen, Kosten für die Herstellung der Krankenversichertenkarte (ohne die Kosten für Geräte zur Nutzung der Krankenversichertenkarte bei den Leistungserbringern (siehe zu 734) und den Krankenkassen (siehe 7130)) u.ä..
 2. Als Einnahmen erscheinen hier die Erlöse aus dem Verkauf von Altpapier jeglicher Art, ferner Gebühren für Fotokopien, Abschriften u.ä.
- 7101 Bücher und Zeitschriften
- Zu 7101
1. Kosten für Bücher, Zeitungen, Karten, Gesetz- und Verordnungsblätter ohne Rücksicht auf den Anschaffungswert; nicht hier zu buchen sind die Kosten für die besonderen Aufklärungsschriften (siehe zu 7106).
 2. Als Einnahmen sind hier die Erlöse aus dem Verkauf von Büchern und Zeitschriften zu buchen, sofern sie nicht als Altpapier verkauft werden (siehe zu 7100).
- 7102 Post- und Fernmeldegebühren
- Zu 7102
1. Sämtliche Portokosten (einschließlich Portokosten im Zusammenhang mit Leistungserbringung, jedoch ohne Portokosten für die Wahl der Organe), Postschließfachgebühren, Fernmeldegebühren, einmalige Gebühren für die Einrichtung von Fernmeldeanlagen, Aufwendungen für Wartung und Miete von Fernmeldeanlagen, Rundfunk- und Fernsehgebühren. Die Kosten für die Anschaffung und den Einbau von Fernmelde-, Rundfunk- und Fernsehanlagen sind, soweit sie aktivierungspflichtig sind, in der Kontenklasse 0 zu buchen.
 2. Als Einnahmen erscheinen auf diesem Konto die Erstattungen von Fernsprechgebühren für Privatgespräche von Dienstkräften und Besuchern einschließlich der Erstattungen für Privatgespräche auf Dienstanschlüssen in privaten Wohnungen.

7103	Berufliche Bildung des Personals	<p>Zu 7103 Kosten für die Schulung, Aus- und Fortbildung von Bediensteten einschließlich der Zuschüsse für Sprachunterricht, Vergütungen für Vorträge und Kurse (auch an eigene Bedienstete), Unterhaltungskosten für Schulungsheime, Aufwendungen für Prüfungsausschüsse, Aufwendungen für Schulungsbücher, Zeitschriften u.ä.. Dagegen sind die Reisekosten der Auszubildenden und der eigenen Lehrkräfte nicht hier zu buchen; sie gehören unter 7104; ebenso sind Trennungsgelder bei Abordnung nicht hier, sondern unter 7042 zu buchen.</p>
7104	Reisekostenvergütung (ohne 72)	<p>Zu 7104 Reisekostenvergütungen nach den reisekostenrechtlichen Vorschriften bei Dienstreisen von Bediensteten, also auch Kilometergelder bei Benutzung von privaten oder beamteneigenen Kraftfahrzeugen, bei Reisen im Interesse der Bediensteten (z.B. durch Vertreter des Personalrates) usw.. Ferner sind hier die Tilgungsbeträge der Darlehen für beamteneigene Kraftfahrzeuge zu buchen (Gegenbuchung unter 0741).</p>
7105	Außergewöhnlicher Aufwand des hauptamtlichen Vorstandes/der Geschäftsführung	<p>Zu 7105 Außergewöhnlicher Aufwand der Geschäftsführung (auch im Auftrage) aus dienstlicher Veranlassung in besonderen Fällen (Dispositionsfonds).</p>
7106	Aufklärungsmaßnahmen (ohne KG 51)	<p>Zu 7106</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sachkosten für die im Rahmen der Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht nach §§ 13 bis 15 SGB I durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit und sonstige Kosten für die Unterrichtung der Öffentlichkeit. Dazu gehören u.a. auch die Aufwendungen für entsprechende Zeitschriften, Merkblätter und Broschüren. Übersteigt die Auflagenzahl von Mitgliederzeitschriften die Mitgliederzahl, ist die Hälfte der Kosten des Auflagenüberschusses nicht hier, sondern als Werbemaßnahme auf Konto 7108 zu buchen. Nicht hierher gehören die Aufwendungen für soziale Dienste und Krankheitsverhütung (siehe KG 51).2. Die persönlichen Kosten, die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nach Nr. 1 anfallen, sind nicht hier, sondern unter 70 zu buchen.
7107	Dienst- und Schutzkleidung	<p>Zu 7107 Anschaffungs- und Instandhaltungskosten der Dienst- und Schutzkleidung sowie Zuschüsse.</p>

7108 Werbemaßnahmen

Zu 7108

1. Sachkosten für die im Rahmen der Werbung durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit. Dazu gehören Aufwendungen für allgemeine Werbemaßnahmen (u.a. Veröffentlichungen in Funk, Fernsehen, Kino, Tagespresse sowie Werbeartikel, Merkblätter und Broschüren, einschließlich aller Kosten aus Aufträgen an Dritte, z. B. Werbeagenturen). Nicht hierher gehören die Aufwendungen für soziale Dienste und Krankheitsverhütung (siehe KG 51) sowie Maßnahmen nach den §§ 13 bis 15 SGB I, auch wenn sie als Nebeneffekt Werbecharakter haben (siehe Konto 7106).
2. Die Aufwandsentschädigungen, die im Rahmen der Werbemaßnahmen nach Nr. 1 anfallen, sind nicht hier, sondern unter 705 zu buchen.
3. Als Einnahmen sind hier die Erlöse aus dem Verkauf von Werbematerial (z.B. bei Abgabe nur gegen Schutzgebühr) zu erfassen.

7109 Sonstige Sachkosten der Verwaltung

Zu 7109

Alle übrigen Sachkosten der Verwaltung, die nach ihrer Zweckbestimmung nicht eindeutig zugeordnet werden können; das sind u.a. Kosten für Personalwerbung, Vorstellungsreisen, Nachrufe, Kranzspenden, Umzugskosten bei Verlegung von Dienststellen, Beiträge für allgemeine Haftpflichtversicherungen und Veruntreuungsversicherungen, Vollziehungsgebühren, Kosten für Bekanntmachungen, Prüfungsgebühren für Kassenprüfungen (soweit nicht unter 731), Gebühren für Kontenführung, Kosten für statistische Arbeiten, die Firmen ausführen, externe Lohnarbeiten für die Verwaltung.

711 Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen

Zu 711

In dieser Kontenart sind nur die Aufwendungen für Grundstücke, Gebäude, Räume und technische Anlagen zu buchen, die der allgemeinen Verwaltung und nicht Eigenbetrieben dienen. Die Verwaltungskosten der Eigenbetriebe gehen in die Abrechnung der Eigenbetriebe ein.

7110 Bewirtschaftung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen

Zu 7110

1. Kosten für Heizung, Beleuchtung, elektrische Kraft, Gas, Reinigung, Müllabfuhr, Be- und Entwässerung, Gebäudeversicherung, Steuern und Abgaben sowie sonstige Bewirtschaftungskosten, gleichgültig, ob es sich um verwaltungseigene, gepachtete oder gemietete Grundstücke, Gebäude, Räume oder technische Anlagen handelt.

2. Als Einnahmen sind die Rückvergütungen (Bonus) aus Sachversicherungen zu buchen. Soweit bei Vermietung von Räumen in Verwaltungsgebäuden oder bei untervermieteten Räumen die in Nr. 1 genannten Kosten dem Mieter oder Untermieter gesondert in Rechnung gestellt werden, sind sie hier ebenfalls als Einnahme zu erfassen.
3. Werden Räume von einem Eigenbetrieb oder vom Sozialmedizinischen Dienst genutzt, so sind ggf. anteilige Bewirtschaftungskosten mit diesen Stellen zu verrechnen (siehe zu 7112 Nr. 2).

7111 Mieten und Pachten für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen

Zu 7111

1. Mieten und Pachten für Räume, Gebäude, Grundstücke und technische Anlagen, die der allgemeinen Verwaltung dienen. Wenn für Zwecke der allgemeinen Verwaltung Räume in Eigenbetrieben oder in Gebäuden des Sozialmedizinischen Dienstes genutzt werden, so ist hier eine rechnerisch ermittelte Miete zu buchen.
2. Soweit ausnahmsweise in gemieteten Räumen Räume an Dritte untervermietet oder von Eigenbetrieben oder vom Sozialmedizinischen Dienst benutzt werden, sind die eingehenden Mieteinnahmen oder rechnerisch ermittelten Mieten als Einnahmen hier zu buchen.

7112 Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen

Zu 7112

1. Kosten der Instandhaltung und Instandsetzung der verwaltungseigenen sowie der gemieteten und gepachteten Räume, Gebäude, Grundstücke, technischen Anlagen und Außenanlagen einschließlich des Zubehörs. Dazu gehören Kosten für kleinere, nicht werterhöhende Reparaturen, z.B. für Ausbesserungen, Anstrich, Tapezierung und dgl., sowie die Materialkosten für hauseigene Werkstätten. Hier sind auch Hypotheken- und Grundschuldzinsen zu buchen, wenn die Hypothek bzw. die Grundschuld zur Finanzierung von Grundstücken und Gebäuden aufgenommen wurde. Weiterhin sind hier die Kosten für Erweiterungsbauten und Umbauten sowie für sonstige Veränderungen eines Gebäudes zu buchen, wenn sie im Einzelfall nicht zu einer über den ursprünglichen Zustand hinausgehenden erheblichen Erhöhung des Wertes führen (siehe zu 070 Nr. 2). Zu den Grundstücken gehören auch die darauf befindlichen Straßen und Wege.

2. Soweit in Gebäuden, die der allgemeinen Verwaltung dienen, Räume an Dritte vermietet oder vom Sozialmedizinischen Dienst oder von Eigenbetrieben benutzt werden, sind die eingehenden Mieten bzw. die rechnerisch ermittelten Mieten hier zu vereinnahmen.
3. Einnahmen aus Sachversicherungen sind hier zu buchen, soweit sie zur Deckung der Kosten für Instandhaltung und Instandsetzung dienen.

7113	Abschreibungen für Gebäude	Zu 7113 Abschreibungen für Gebäude, die der allgemeinen Verwaltung dienen; wegen der Berechnung der Abschreibungen wird auf die Bestimmungen zu 070 Nr. 4 und 5 verwiesen.
7114	Sonstige Kosten der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	Zu 7114 Z.B. Abbruchkosten und Kosten für Schuttbeseitigung, wenn sie nicht als Baunebenkosten zu aktivieren sind.
7115	Abschreibungen von technischen Anlagen	Abschreibungen von technischen Anlagen die der allgemeinen Verwaltung dienen; wegen der Berechnung der Abschreibung wird auf die Bestimmung zu 0701 Nr. 2 bis Nr. 4 verwiesen.
7119	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
712	Fahrzeuge	
7120	Betrieb von Kraftfahrzeugen (ohne 7121)	Zu 7120 <ol style="list-style-type: none">1. Laufende Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Kraftfahrzeugen, insbesondere die Kosten für Treibstoffe, Schmierstoffe, Reinigungsmaterial, Bereifung, kleinere Gebrauchsgenstände für die Werkstatt sowie Kosten für Ausbesserungen, Reparaturen, Wartung und Pflege; ferner die Kosten für Kraftfahrzeugsteuern, Zulassungsgebühren, technische Sachverständige und Versicherungen. Die Löhne und Aufwandsentschädigungen für Kraftfahrer sind unter 70 zu erfassen.2. Ebenfalls hier zu buchen sind die von der Krankenkasse übernommenen Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von beamteneigenen Fahrzeugen, z.B. Kosten der Unterbringung, Steuern, Versicherungen.3. Die Bestimmung zu 7112 Nr. 3 gilt entsprechend.

7121	Abschreibungen von Kraftfahrzeugen	Zu 7121 Abschreibungen für Kraftfahrzeuge, die der allgemeinen Verwaltung dienen; wegen der Berechnung der Abschreibungen wird auf die Bestimmungen zu 071 Nr. 3 und 4 verwiesen.
713	Gegenstände der beweglichen Einrichtung	Zu 713 Kosten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung, die im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen stehen, sind - auch anteilig - auf dem Konto 7133 zu buchen.
7130	Kosten der Gegenstände der beweglichen Einrichtung	Zu 7130 1. Die Bestimmung zu 7120 Nr. 1 gilt sinngemäß. Ferner sind hier die Anschaffungskosten der nicht zu aktivierenden Gegenstände der beweglichen Einrichtung zu buchen (siehe auch zu 071 Nr. 1 und 2). 2. Versicherungsprämien für die Gegenstände der bewegliche Einrichtung sind nur dann hier zu buchen, wenn sie getrennt von denen für Grundstücke und Gebäude sowie technischen Anlagen in Rechnung gestellt werden. 3. Als Einnahmen sind hier die Erlöse aus dem Verkauf von nicht aktivierten Gegenständen der beweglichen Einrichtung zu erfassen. 4. Die Bestimmung zu 7112 Nr. 3 gilt entsprechend.
7131	Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung	Zu 7131 Abschreibungen für die Gegenstände der beweglichen Einrichtung in Gebäuden, die der allgemeinen Verwaltung dienen; wegen der Berechnung der Abschreibungen wird auf die Vorschriften zu 071 Nr. 3 und 4 verwiesen.
7132	Mieten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung	Zu 7132 Insbesondere Mieten für Datenverarbeitungsanlagen.
7133	Kosten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen (ohne 7134 und 7135)	Zu 7133 1. Es sind auch anteilige Kosten zu buchen. 2. Gegenstände der beweglichen Einrichtung können z. B. auch Infobusse oder Werbestände sein. Die Bestimmung zu 7120 Nr. 1 gilt sinngemäß. Ferner sind hier die Anschaffungskosten der nicht zu aktivierenden Einrichtungen für Werbemaßnahmen zu buchen.

3. Versicherungsprämien für Gegenstände der beweglichen Einrichtung sind auch dann hier zu buchen, wenn sie nicht getrennt von denen der Grundstücke und Gebäude sowie technischen Anlagen in Rechnung gestellt werden.
4. Als Einnahmen sind hier die Erlöse aus dem Verkauf von nicht aktivierten Gegenständen der beweglichen Einrichtung für Werbemaßnahmen zu erfassen.
5. Die Bestimmung zu 7112 Nr. 3 gilt entsprechend.

7134 Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen

Zu 7134
Die Bestimmung zu 7131 gilt entsprechend.

7135 Mieten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen

72 Aufwendungen für die Selbstverwaltung

720 Aufwendungen für die Wahl der Organe

Zu 720
Direkt zurechenbare Aufwendungen für die Wahlen zu den Organen der Selbstverwaltung; das sind z.B. die Kosten für Bekanntmachung, Druckerarbeiten, Postkosten, Mieten für Wahllokale, Entschädigungen der Mitglieder der Wahlausschüsse und der Wahlleitungen.

7200 Aufwendungen für die Wahl der Organe

721 Aufwendungen für den Vorstand

7210 Aufwendungen für den Vorstand (nur Knappschaft, LKK'en, SeeKK / ohne 7240)

Zu 7210
Laufende Aufwendungen des Vorstandes, wie z.B. Sitzungsgelder und Reisekostenvergütungen der Mitglieder des Vorstandes und seiner Ausschüsse sowie die monatlichen Pauschbeträge für Zeitaufwand bzw. bare Auslagen der Vorsitzenden, ferner die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung für Vorstandsmitglieder, Kosten für Zeitschriften und Literatur für diese Organmitglieder. Die Kosten eines Sekretariats und ähnliche Kosten sind jedoch als allgemeine Verwaltungskosten unter 70 und 71 nachzuweisen.

722 Aufwendungen für die Vertreterversammlung/den Verwaltungsrat

7220	Aufwendungen für die Vertreterversammlung/den Verwaltungsrat (ohne 7240)	Zu 7220 Die Bestimmung zu 7210 gilt entsprechend.
723	Aufwendungen für die Versichertenältesten und Vertrauensmänner	
7230	Aufwendungen für die Versichertenältesten und Vertrauensmänner	Zu 7230 Hier sind auch die Aufwendungen für die Schulung der Versichertenältesten und Vertrauensmänner zu buchen. Im übrigen gilt die Vorschrift zu 7210 entsprechend.
724	Außergewöhnliche Aufwendungen für die Organe	
7240	Außergewöhnliche Aufwendungen für die Organe	Zu 7240 Außergewöhnlicher Aufwand der Organe aus dienstlicher Veranlassung in besonderen Fällen (Dispositionsfonds).
73	Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke	
730	Vergütungen an andere Krankenkassen	
7300	Vergütungen an andere Krankenkassen	
731	Prüfungskosten nach § 274 SGB V	Zu 731 In der Übergangszeit auch Prüfungskosten/Umlagen des Trägers der Gemeinschaftsaufgaben.
7310	Prüfungskosten nach § 274 SGB V	
732	Beiträge an Verbände und Vereine	
7320	Beiträge an Krankenkassenverbände	Zu 7320 Einschließlich Vergütungen.
7321	Beiträge an sonstige Verbände und Vereine	Zu 7321 Hier sind auch die Beiträge oder besonderen Umlagen für Arbeitsgemeinschaften, statistische Arbeitskreise u.ä. zu buchen.
7326	Anteilige Werbungskosten an den Beiträgen an Krankenkassenverbände	Zu 7326 Die in den Beiträgen und Umlagen an Krankenkassenverbände enthaltenen Anteile für Werbung sind hier getrennt nachzuweisen.

7327	Anteilige Werbungskosten an den Beiträgen zu Vereinen, Arbeitsgemeinschaften und anderen Verbänden	Zu 7327 Die Bestimmung zu 7326 gilt sinngemäß.
733	Prüfungs- und Beratungskosten	Zu 733 1. Kosten, die bei externer Geschäfts- und Rechnungsprüfung anfallen (z.B. durch Wirtschaftsprüfer, Treuhandgesellschaften oder Prüfungs- und Beratungsstellen der Verbände), sowie Kosten externer Beratung in Fragen der Organisation. 2. Nicht hier zu buchen sind dagegen die Prüfungskosten nach § 274 SGB V sowie Beratungs- und Gutachterkosten, die unmittelbar mit der Gewährung von Leistungen oder der Anschaffung bzw. der Herstellung von Vermögenswerten in Zusammenhang stehen.
7330	Prüfungs- und Beratungskosten	
734	Kosten für Abrechnungsprüfungen	
7340	Kosten für Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung	Zu 7340 Hier sind die Kosten für die Prüfung der vertragsärztlichen Leistungsabrechnungen nach § 106 a SGB V zu buchen.
735	Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX	
7350	Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX	
736	Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	Zu 736 Hier sind die Aufwendungen für die von den Krankenkassen einzurichtenden Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197 a SGB V zu buchen.
7360	Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	
737	Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 f SGB V	Zu 737 Hier sind die Kosten für die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV zu bildende Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz in der GKV zu buchen.

7370	Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 f SGB V	
738	Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK'en)	
7380	Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK'en)	
739	Sonstige Vergütungen an andere	
7390	Sonstige Vergütungen an andere	Zu 7390 U.a. Zahlungen an Rezeptprüfstellen und an statistische Arbeitskreise, die nicht bei den unter 730 bis 738 genannten Stellen eingerichtet sind. Darüber hinaus ist hier der Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen (Aufwand) nach EG- und Abkommensrecht in Bezug auf Aushilfeleistungen in der Bundesrepublik Deutschland, für die eine Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand vorgesehen ist (Schwellenwert-Regelung) zu buchen. (Zur Buchung der Erstattungen vgl. Bestimmung zu Konto 7699).
7391	Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 6 SGB V (Gesundheitsfonds)	Zu 7391 Der Gesundheitsfonds bucht hier die an das Bundesversicherungsamt und die Krankenkassen zu zahlenden Personal- und Sachkosten.
74	Kosten der Rechtsverfolgung	Zu 74 In dieser Kontengruppe sind auch die Kosten für ärztliche Untersuchungen (Begutachtungen) zu buchen, soweit sie im Zusammenhang mit Vorverfahren oder Sozialgerichtsverfahren anfallen.
740	Kosten der Vorverfahren	Zu 740 1. Besondere Kosten der Widerspruchsstelle, z.B. die Entschädigungen der Mitglieder der Widerspruchsstelle, die Kosten für Sachverständige und der Kostenersatz des Beschwerden, nach § 63 SGB X. 2. Kosten des eigenen Personals und sächliche Verwaltungskosten, die im Zusammenhang mit Vorverfahren entstehen, sind unter 70 und 71 zu buchen.
7400	Kosten der Vorverfahren	

741	Kosten der Sozialgerichtsverfahren	Zu 741 1. Besondere Kosten von Sozialgerichtsverfahren, z.B. Gerichtsgebühren (§ 184 SGG), Kosten für Anwälte und Sachverständige, Kosten für Beweiserbringung. Die Bestimmung zu 740 Nr. 2 gilt auch hier. 2. Als Einnahmen erscheinen u.a. die erstatteten Prozesskosten und -gebühren.
7410	Kosten der Sozialgerichtsverfahren	
742	Kosten der sonstigen Gerichtsverfahren	Zu 742 Die Bestimmungen zu 741 und 740 Nr. 2 gelten entsprechend.
7420	Kosten der sonstigen Gerichtsverfahren	
743	Außergerichtliche Kosten	Zu 743 U.a. Beitreibungskosten, Kosten für Scheck- und Wechselproteste, für Gerichtsgebührenmarken sowie Kosten für Schiedsgerichte. Nicht zu den außergerichtlichen Kosten gehören solche Aufwendungen, die - in der Regel als Nebenkosten - bei der Anschaffung oder beim Verkauf von aktivierungspflichtigen Vermögenswerten entstehen, z.B. Kosten eines Notars oder Grundbuchamtes bei Grundstückskäufen.
7430	Außergerichtliche Kosten	
75	Kosten der Ausschüsse und Schiedsämter (nur für Krankenkassen mit Verbandsaufgaben)	
750	Kosten der Zulassungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte	
7500	Kosten der Zulassungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte	
751	Kosten der anderen Landesausschüsse	
7510	Kosten der anderen Landesausschüsse	

755 Kosten der Schiedsämter

7550 Kosten der Schiedsämter

76 Von anderen erstattete Verwaltungskosten

Zu 76

1. Erstattungen von Verwaltungskosten, die andere Stellen für die Durchführung von Versicherungsaufgaben oder Auftragsgeschäften an die Krankenkasse zahlen. Unter den zutreffenden Konten der Kontengruppen 70 bis 74 werden dagegen Erstattungen von solchen Kosten gebucht, die nicht eigentliche Verwaltungskosten der Krankenkasse sind, z.B. von Bediensteten oder Besuchern erstattete Fernspreckgebühren für Privatgespräche bei 7102, Rückzahlungen überzahlter Reisekostenvorschüsse bei 7104.
2. Hier sind auch die Erstattungen für Verwaltungskosten zu buchen, die die Pflegeversicherung im Zusammenhang mit vorläufig erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 32 SGB XI) vereinnahmt und an die Krankenkasse weiterleitet.

760 Erstattungen von anderen Krankenkassen

7600 Erstattungen von anderen Krankenkassen

761 Erstattungen von der Alterssicherung der Landwirte

7610 Erstattungen von der Alterssicherung der Landwirte

762 Erstattungen von Trägern der allgemeinen Rentenversicherung

7620 Erstattungen von Trägern der allgemeinen Rentenversicherung

763 Erstattungen von der Pflegeversicherung

Zu 763

1. Auch Erstattungen für Verwaltungskosten zum Aufbau der Pflegekassen.
2. Nicht hier zu buchen sind Erstattungen der Pflegeversicherung für die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes nach § 46 Abs. 3 Satz 4 SGB XI (siehe KA 590).

7630	Erstattungen von der Pflegeversicherung	
764	Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit	
7640	Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit (ohne 7641)	Zu 7640 Hier ist auch die Kostenpauschale für den Einzug der Insolvenzgeldumlage zu buchen.
7641	Aufwendungsersatz für überhöht gezahlte Beiträge ALG II	
765	Erstattungen von der Unfallversicherung	
7650	Erstattungen von der Unfallversicherung	
766	Erstattungen vom Bund	
7660	Erstattungen vom Bund	
7661	Erstattungen vom Gesundheitsfonds	Zu 7661 Dem Gesundheitsfonds für Auftragsprüfungen nach § 251 Abs. 5 SGB V zu erstattenden Personal- und Sachkosten.
767	Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden	
7670	Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden	
768	Erstattungen von den Ländern	
7680	Erstattungen von den Ländern	
769	Erstattungen von Sonstigen	
7690	Erstattungen nach dem AAG	
7691	Erstattungen von Mahngebühren (ohne LKK'en) und Vollstreckungsgebühren	Zu 7691 Auch Mahn- und Vollstreckungsgebühren der Pflegeversicherung.
7692	Erstattungen nach § 303 SGB V	Zu 7692 Hier sind die von den Leistungserbringern zu erstattenden Aufwendungen sowohl für fehlerhafte als auch maschinell nicht verwertbare Datenlieferungen zu buchen.

7695	Abschläge bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V	Zu 7695 Nicht hier zu buchen sind Selbstbehalte der Versicherten. Hierfür gilt Nettobuchung (vgl. auch Bestimmung zu 40 bis 59 Nr. 6).
7699	Übrige Erstattungen von Sonstigen	Zu 7699 1. Hier ist im Haben die im RSA verrechnete einheitliche Programmkostenpauschale (§ 4 Abs. 1 Nr. 11 RSAV) für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte zu buchen. Die Gegenbuchung (Soll) hat auf das Konto 3741 (Krankenkassen mit Ausgleichsansprüchen) bzw. auf das Konto 6741 (Krankenkassen mit Ausgleichsverpflichtungen) zu erfolgen. 2. Ebenso ist hier der positive Gesamtbetrag der Korrekturen der Programmkostenpauschale aus den Vorjahren (gemäß BVA-Bescheid über den Jahresausgleich) im Haben und der negative Gesamtbetrag der Korrekturen der Programmkostenpauschale aus den Vorjahren im Soll zu buchen, so weit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war. 3. Z.B. Gebühren für die Auskunftserteilung nach § 13 Bundesdatenschutzgesetz, erstattete Gebühren nach § 107 Ordnungswidrigkeitengesetz. Hier ist auch der Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen (Erstattungen) nach EG- und Abkommensrecht in Bezug auf Aushilfeleistungen in der Bundesrepublik Deutschland, für die eine Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand vorgesehen ist (Schwellenwert-Regelung), zu buchen. (Zur Buchung des Aufwandes vgl. Bestimmung zu Konto 7390).
78/79	Verrechnungskonten	Zu 78 und 79 In diesen Kontengruppen kann die Krankenkasse Verrechnungskonten für interne Zwecke anlegen.

Kontenklasse 8 - Auftragsgeschäfte

- | | | |
|----|--|-------|
| 80 | Einzug und Weiterleitung der Gesamt-Sozialversicherungsbeiträge und der Umlagebeträge nach dem AAG sowie dem UVMG, Einzug und Weiterleitung von sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen, Weiterleitung an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 252 Abs. 2 SGB V | Zu 80 |
|----|--|-------|
1. Gesamt-Sozialversicherungsbeiträge und Umlagebeträge nach dem AAG – Allgemeines
 - 1.1. Unter der Kontengruppe 80 werden in den Kontenarten 800 bis 808 die durch die Einzugsstellen eingezogenen und weiterzuleitenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge (§ 28d SGB IV) und Umlagebeträge nach dem AAG einschließlich Säumniszuschläge, Zinsen und Auslagen gebucht. Ferner sind hier die nach § 252 Abs. 2 SGB V vom Gesundheitsfonds eingenommenen und an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung weiterzuleitenden Pflegeversicherungsbeiträge der Direktzahler zu buchen. Die Krankenversicherungsbeiträge der LKKen werden weiterhin in Kontenklasse 2 gebucht.
 - 1.2. Ausgenommen sind die nicht nach dem Arbeitsentgelt berechneten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die nach dem KVVG 1989 Versicherten. Diese Beiträge sind unmittelbar auf die im jeweiligen Kontenrahmen dafür vorgesehenen Konten zu buchen.

Die See-Krankenkasse kann außerdem die Umlagebeträge zur Unfallversicherung und zur Seemannskasse, die sie zusammen mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen einzieht, unter der Kontengruppe 80 buchen.
 - 1.3. Die Konten 8005, 8006 und 8007 braucht die Krankenkasse nicht zu führen, wenn die Rückzahlungen direkt auf die Konten 8000 oder 8010 bis 8080 gebucht werden.
 2. Feststellung des Beitragssolls (Beitragsforderungen und Umlageforderungen)

- 2.1. Für den laufenden Einziehungsabschnitt sind die Forderungen (Beitragssoll) nach Nr. 1 festzustellen. Bei fehlenden Beitragsnachweisen sind die Forderungen zu schätzen.

Die im laufenden Einziehungsabschnitt nachträglich dem Soll zugesetzten und vom Soll abgesetzten Beträge sind zu berücksichtigen, zu letzteren zählen auch die niedergeschlagenen, erlassenen und in einem Vergleich nach § 76 Abs. 4 SGB IV erlassenen Beträge. Eingänge aus früher vom Soll abgesetzten Beträgen sind dem Soll zuzusetzen. Die Beträge sind entsprechend dem tatsächlichen Anteil auf die Institutionen zu verteilen.
Der Saldo aus der Abrechnung des Vormonats ist zu berücksichtigen.

- 2.2. Die nach Nr. 2.1. ermittelten Beträge ergeben das vorläufige Gesamtsoll des laufenden Einziehungsabschnittes für die einzelnen Institutionen.
- 2.3. Säumniszuschläge und Zinsen sind mit den für den Abrechnungsmonat gültigen Schlüsselzahlen auf die einzelnen Institutionen zu verteilen, wenn Krankenkassen nach Nr. 4 buchen. Die Säumniszuschläge und Zinsen sind direkt für die Institutionen ins Soll zu stellen, wenn Krankenkassen nach Nr. 5 buchen.
- 2.4. Für den Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und Umlagen gelten die nach dem Beitragsnachweis gem. § 28b Abs. 2 SGB IV gültigen Beitragsgruppen:

3. Ermittlung der Schlüsselzahlen und Aufteilung auf die Institutionen.
Die Aufteilung auf die beteiligten Institutionen ist gemäß Nrn. 3.1. und 3.2. oder 3.3. durchzuführen.

- 3.1. Die Anteile (Schlüsselzahlen) der einzelnen Institutionen an dem nach Nr. 2.2. festgestellten vorläufigen Gesamtsoll sind bis auf sechs Dezimalstellen nach dem Komma zu errechnen. Sie müssen zusammen 1,000 000 ergeben. Bleibt bei der Addition ein Rest von 0,000 001, so ist die sechste Dezimalstelle derjenigen Schlüsselzahl aufzurunden, die in der siebten Dezimalstelle den höchsten Wert aufweist. Beträgt der Rest mehr als 0,000 001, so ist die sechste Dezimalstelle derjenigen Schlüsselzahlen aufzurunden, die in der siebten Dezimalstelle die höchsten Werte aufweisen. Weisen mehrere Schlüsselzahlen gleich hohe Werte in der siebten Dezimalstelle auf, so ist die Rundung bei der höchsten Schlüsselzahl zu beginnen.
- 3.2. Die auf dem Konto 8000 gebuchten Beträge sind arbeitstäglich durch Multiplikationen mit den für den vorangegangenen Einziehungsabschnitt ermittelten Schlüsselzahlen (Nr. 3.1.) auf die einzelnen Institutionen aufzuteilen.

Wenn die Beträge für den laufenden Einziehungsabschnitt nahezu vollständig zum Soll gestellt sind, muss die Krankenkasse die sich aus dieser Soll-Stellung ergebenden Schlüsselzahlen so rechtzeitig zu grunde legen, dass § 23 SGB IV Rechnung getragen wird.

- 3.3. Die Errechnung von Schlüsselzahlen entfällt, wenn Krankenkassen Zahlungseingänge direkt entsprechend dem Soll aufteilen und nach Nr. 5 buchen.

Weichen Soll und Ist voneinander ab, müssen die gebuchten Beträge dem Verhältnis der Sollbeträge zueinander entsprechen. Bei Centdifferenzen ist die Aufrundung entsprechend den Vorschriften für die Errechnung der Schlüsselzahlen vorzunehmen.

4. Buchung bei Krankenkassen mit Schlüsselverfahren

- 4.1. Die eingehenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Umlagebeträge, Säumniszuschläge, Zinsen und Auslagen sind auf dem Konto 8000 zu buchen.

Rückzahlungen sind entweder direkt auf Konto 8000 oder auf die besonderen Konten 8005, 8006 bzw. 8007 zu buchen.

Die den beteiligten Institutionen überwiesenen Beträge sind zutreffend auf den Konten 8019, 8020, 8030, 8040, 8060, 8070 und 8080 als Ausgaben zu buchen.

- 4.2. Am Ende des laufenden Einziehungsabschnittes sind die Bestände der Konten 8005, 8006 und 8007, falls diese Konten geführt werden, nach Konto 8000 umzubuchen. Der Saldo des Kontos 8000 ist mittels Schlüsselzahlen (Nr. 3.1.) auf die einzelnen Institutionen aufzuteilen. Die sich danach ergebenden Beträge sind vom Konto 8000 zutreffend auf die Konten 8010 bis 8080 umzubuchen.

Der Saldo des Kontos 8011 ist auf die zutreffenden Konten der Kontenklasse 2 sowie auf die Konten 7420, 7430 und 7691 umzubuchen. Die Salden der Konten 8050 und 8051 sind auf die Konten 9400 und 9420 umzubuchen.

- 4.3. Die Einzugsvergütungen und Gebühren für beschleunigte Überweisungen sind auf den Konten 8020, 8030 und 8040 als Ausgaben zu buchen.

- 4.4. Der sich aus den Konten 8010 und 8019 ergebende Saldo, sowie Salden auf den Konten 8020, 8030, 8040 sowie 8060, 8070 und 8080 sind am Ende des Geschäftsjahres, soweit es sich um Ausgabeüberschüsse handelt, auf Konto 0260, soweit es sich um Einnahmeüberschüsse handelt, auf Konto 1260 zu übertragen.

5. Buchung bei Krankenkassen ohne Schlüsselverfahren

- 5.1. Die eingehenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Umlagebeträge, Zinsen und Auslagen sind dem Soll entsprechend aufzuteilen und auf die besonderen Konten für die einzelnen Institutionen (Konten 8000 bzw. 8010 bis 8080) zu buchen.

Rückzahlungen sind entweder direkt auf die besonderen Konten 8000 bzw. 8010 bis 8080 oder auf die besonderen Konten 8005, 8006 bzw. 8007 für die einzelnen Institutionen zu buchen.

Die den beteiligten Institutionen überwiesenen Beträge sind zutreffend auf den Konten 8019, 8020, 8030, 8040, 8060, 8070 und 8080 als Ausgaben zu buchen.

- 5.2. Am Ende des laufenden Einziehungsabschnittes sind die Bestände der besonderen Konten 8005, 8006 bzw. 8007, falls diese Konten geführt werden, nach Konto 8000 für die einzelnen Institutionen umzubuchen.

Die sich danach ergebenden Beträge sind vom Konto 8000 zutreffend auf die Konten 8010 bis 8080 umzubuchen. Der Saldo des Kontos 8011 ist auf die zutreffenden Konten der Kontenklasse 2 und auf die Konten 7420, 7430 und 7691 umzubuchen. Die Salden der Konten 8050 und 8051 sind auf die Konten 9400 und 9420 umzubuchen.

- 5.3. Die Einzugsvergütungen und die Gebühren für beschleunigte Überweisungen sind nach den Vorschriften der Nr. 4.3 zu buchen.

- 5.4. Für den Saldenausgleich am Ende des Geschäftsjahres gilt Nr. 4.5. entsprechend.

6. Wechsel des Verfahrens:

Ein Wechsel des Verfahrens von Nr. 4 nach Nr. 5 oder von Nr. 5 nach Nr. 4 ist rechtzeitig den beteiligten Institutionen mitzuteilen.

7. Für jeden Einziehungsabschnitt ist eine Monatsabrechnung aufzustellen, die den beteiligten Institutionen zuzuleiten ist. Die Abrechnung muss nach den Institutionen getrennt mindestens folgende Angaben enthalten:

- a) das Beitragssoll und das Umlagesoll (mit oder ohne Guthaben aus Soll-Absetzungen in Vormonaten),

- b) die nacherhobenen Beiträge und Umlagebeiträge,
- c) Auslagen der Einzugsstelle,
- d) die Eingänge aus früher vom Soll abgesetzten Beiträgen und Umlagebeträgen,
- e) die Rückstände und Überzahlungen,
- f) die Beitragsrückzahlungen,
- g) die erlassenen und niedergeschlagenen Beiträge,
- h) die für den Einziehungsabschnitt festgestellten Schlüsselzahlen,
- i) die im laufenden Einziehungsabschnitt in Rechnung gestellten Säumniszuschläge und Zinsen,
- k) das endgültige Gesamtsoll an Beiträgen und Umlagebeträgen,
- l) die gem. Ziff. 4 Nr. 4.2. Satz 3 bzw. Ziff. 5 Nr. 5.2. Satz 2 umzubuchenden Beträge,
- m) die vorausgezahlten Beiträge und Umlagebeiträge,
- n) die tatsächlichen Rückstände,
- o) die tatsächlichen Weiterleitungsbeträge im Einziehungsabschnitt,
- p) die einbehaltenen Einzugsvergütungen und die zu ihrer Berechnung erforderlichen Angaben,
- q) die einbehaltenen Gebühren für beschleunigte Überweisungen,
- r) die einbehaltenen KV- und PV-Beiträge für Rehabilitanden,
- s) die zusätzlich abgeführten Beiträge aus Krankengeld,
- t) die zusätzlich abgeführten Beiträge aus Verletzengeld und Übergangsgeld (UV),

u) die zusätzlich abgeführten Beiträge aus Übergangsgeld (RV),

v) die Rückflüsse aus Insolvenzgeld,

w) die Salden auf den Konten 8010 bis 8080 am Ende des Einziehungsabschnittes,

x) sonstige Verrechnungen.

8. In der Kontenart 809 sind die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden sonstigen Krankenversicherungsbeiträge und die darauf entfallenden Säumniszuschläge zu buchen. Die Beiträge sind direkt auf die Konten 8090 ff. zu buchen.

Für jeden Einziehungsabschnitt ist eine Monatsabrechnung zu erstellen und dem Gesundheitsfonds mittels des zwischen dem BVA und den Spitzenverbänden vereinbarten Datensatzes zuzuleiten. Die Bestimmungen zur Monatsabrechnung für die GSV-Beiträge und die Umlagebeträge nach dem AAG (Ziffer 7) gelten entsprechend.

Sonstige Krankenversicherungsbeiträge für Zeiträume bis 31.12.2008 sind nicht hier, sondern von den Krankenkassen direkt auf den Konten der Kontenklasse 2 zu buchen.

800	Gesamt-Sozialversicherungsbeiträge und Umlagebeträge nach dem AAG
8000	Beitragseinnahmen und Umlagebeträge nach dem AAG
8005	Beitragsrückzahlungen
8006	Rückzahlungen von Umlagebeträgen nach dem AAG bei Krankheit
8007	Rückzahlung von Umlagebeträgen nach dem AAG bei Mutterschaft
801	Beitragsabrechnung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Gesamtsozialversicherungsbeiträgen

- 8010 Beitragsabrechnung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Gesamtsozialversicherungsbeiträgen aus Zeiträumen ab 01.01.2009
- 8011 Beitragsabrechnung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Gesamtsozialversicherungsbeiträgen aus Zeiträumen bis 31.12.2008
- 8019 Beitragsweiterleitung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Gesamtsozialversicherungsbeiträgen aus Zeiträumen ab 01.01.2009 an den Gesundheitsfonds.
- 802 Beitragsabrechnung mit der allgemeinen Rentenversicherung
- 8020 Beitragsabrechnung mit der allgemeinen Rentenversicherung
- 803 Abrechnung der Insolvenzgeldumlage
- 8030 Abrechnung der Insolvenzgeldumlage
- 804 Beitragsabrechnung mit der Bundesagentur für Arbeit
- 8040 Beitragsabrechnung mit der Bundesagentur für Arbeit
- 805 Abrechnung der Umlagebeiträge nach dem AAG
- 8050 Abrechnung der Umlagebeiträge nach dem AAG bei Krankheit
- 8051 Abrechnung der Umlagebeiträge nach dem AAG bei Mutterschaft
- 806 Beitragsabrechnung mit der Unfallversicherung (nur See-KK)

- 8060 Beitragsabrechnung mit der Unfallversicherung (nur SeeKK)
 - 807 Beitragsabrechnung mit der Seemannskasse (nur SeeKK)
 - 8070 Beitragsabrechnung mit der Seemannskasse (nur SeeKK)
 - 808 Beitragsabrechnung mit der Pflegeversicherung
 - 8080 Beitragsabrechnung mit der Pflegeversicherung
 - 809 Beitragsabrechnung von Krankenversicherungsbeiträgen – ohne Gesamtsozialversicherungsbeiträge -
 - 8090 Beiträge aus Versorgungsbezügen
 - 8091 Beiträge der freiwilligen Mitglieder (Beitragsbemessung nach § 240 SGB V)
 - 8092 Beiträge für Studenten und Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten
 - 8093 Beiträge für Rehabilitation
 - 8094 Sonstige Beiträge für Versicherungspflichtige
 - 8099 Beitragsabrechnung mit dem Gesundheitsfonds
 - 81 Abrechnung der Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit nach dem Eignungsübungsgesetz
 - 810 Abrechnung der Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit nach dem Eignungsübungsgesetz
 - 8100 Abrechnung der Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit nach dem Eignungsübungsgesetz
- Zu 8094
Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Beiträge der Rentenantragsteller usw.

- 82 Leistungen im Auftrag der Sozialhilfeträger
- Zu 82
1. Hier sind alle Aufwendungen zu buchen, die der Krankenkasse im Rahmen des Auftragsgeschäftes nach § 264 SGB V entstehen.
 2. Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss nach 025, ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss nach 125 zu übernehmen.
- 820 Ausgaben
- 8200 Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und sonstige Heilpersonen
- 8201 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- 8202 Krankenhausbehandlung
- 8203 Mutterschaftshilfe
- Sachleistungen
- 8204 Mutterschaftshilfe
- Barleistungen
- 8205 Sonstige Leistungen
- 8206 Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
- 8209 Verwaltungskosten
- Zu 8209
Als Verrechnungsposten sind hier Verwaltungskosten in Höhe der dafür zu erstattenden Beträge zu buchen, und zwar für das Geschäftsjahr. Dazu gehören auch die Kosten für die Erstausrüstung mit der KV-Karte.
- 821 Ersatz
- 8210 Ersatz für Leistungsausgaben
- 8219 Ersatz für Verwaltungskosten
- 827 Ausgaben nach dem Lastenausgleichsgesetz
- 8270 Leistungsausgaben
- 8279 Verwaltungskosten
- 828 Ersatz für Ausgaben nach dem Lastenausgleichsgesetz

8280 Ersatz für Leistungsausgaben

8289 Ersatz für Verwaltungskosten

Zu 83 bis 86

Hier zu buchen sind auch Aufwendungen, die der Krankenkasse im Rahmen von Auftragsgeschäften für Nichtkrankenversicherte entstehen. Aufwendungen im Rahmen von Auftragsgeschäften für bei der Krankenkasse Versicherte sind nicht hier, sondern auf den entsprechenden Konten der Kontenklasse 4/5 zu buchen.

83 Betreuung nach dem Bundesversorgungsgesetz

Zu 83

1. Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss nach 025 (0251), ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss nach 125 (1251) zu übernehmen.

2. Hier sind auch Aufwendungen und Ersatz der Aufwendungen nach dem SVG, dem BGG, dem Unterhaltshilfegesetz und dem ZDG zu buchen.

830 Ausgaben (bis 31.12.1993)

8300 Leistungsausgaben

8309 Verwaltungskosten

Zu 8309

Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.

831 Ersatz (bis 31.12.1993)

8310 Ersatz für Leistungsausgaben

8319 Ersatz für Verwaltungskosten

832 Ausgaben (ab 01.01.1994)

Zu 832 und 833

Die KA'en gelten nur für Auftragsleistungen und den Ersatz für Auftragsleistungen, die nach dem 31.12.1993 erbracht wurden. Auftragsleistungen und der Ersatz für Auftragsleistungen, die vor dem 01.01.1994 erbracht wurden, jedoch 1993 nicht gebucht wurden, sind unter KA'en 830 und 831 zu erfassen.

8320 Leistungsausgaben

8329 Verwaltungskosten

Zu 8329

Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.

833 Ersatz (ab 01.01.1994)

8330	Ersatz für Leistungsausgaben	Zu 8330 Nach §§ 19 und 20 Abs. 1 bis 3 BVG n. F. gezahlte Pauschbeträge für die Erstattung von Leistungen sind hier bis zur Höhe der auf Konto 8320 erfassten Aufwendungen nach § 18c BVG n. F. zu buchen. Darüber hinausgehende Beträge sind unter KA 325 zu buchen.
8339	Ersatz für Verwaltungskosten	
84	Versorgung nach dem BVFG	Zu 84 1. Hier sind auch die Übergangsfälle nach dem HkG und HHG abzuwickeln. 2. Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss nach 025, ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss nach 125 zu übernehmen.
840	Ausgaben	
8400	Leistungsausgaben	
8409	Verwaltungskosten	
841	Ersatz	
8410	Ersatz für Leistungsausgaben	
8419	Ersatz für Verwaltungskosten	
85	Durchführung des Mutterschutzgesetzes und des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	Zu 85 Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss nach 025, ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss nach 125 zu übernehmen.
850	Ausgaben nach dem Mutterschutzgesetz	
8500	Barleistungen	
851	Ersatz nach dem Mutterschutzgesetz	
8510	Ersatz	
852	Ausgaben nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	
8520	Leistungsausgaben	
8529	Verwaltungskosten	

853	Ersatz nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	
8530	Ersatz für Leistungsausgaben	
8539	Ersatz für Verwaltungskosten	
86	Durchführung des OEG, des BEG, des Infektionsschutzgesetzes und des 1. und 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz	
862	Ausgaben nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten und dem 1. und 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz	Zu 862 bis 866 Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss nach 025 (0251), ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss nach 125 (1251) zu übernehmen.
8620	Leistungsausgaben	
8629	Verwaltungskosten	Zu 8629 und 8659 Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.
863	Ersatz nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten und dem 1. und 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz	
8630	Ersatz für Leistungsausgaben	Zu 8630 Pauschale Erstattungen für Leistungen nach dem Gesetz über die Entschädigung der Opfer von Gewalttaten sind hier bis zur Höhe der auf Konto 8620 gebuchten Aufwendungen für nach dem 31.12.1997 erbrachte Leistungen zu buchen. Darüber hinausgehende Pauschalbeträge sind unter KA 325 zu buchen.
8639	Ersatz für Verwaltungskosten	
865	Ausgaben nach dem Bundesentschädigungsgesetz	Zu 865 Hier sind auch Aufwendungen nach dem PrVG zu buchen.
8650	Leistungsausgaben	
8659	Verwaltungskosten	
866	Ersatz nach dem Bundesentschädigungsgesetz	
8660	Ersatz für Leistungsausgaben	
8669	Ersatz für Verwaltungskosten	

867	Ausgaben nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz	Zu 867 und 868 1. Leistungsaufwendungen nach dem Infektionsschutzgesetz für Impfgeschädigte, soweit es sich um Familienangehörige von Mitgliedern oder um nicht krankenversicherte Personen handelt. Hier sind auch Leistungen nach dem Anti-D-Hilfe-Gesetz zu erfassen. 2. Die Vorschrift zu 862 bis 866 gilt auch hier.
8670	Leistungsausgaben	
8679	Verwaltungskosten	Zu 8679 Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.
868	Ersatz nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz	
8680	Ersatz für Leistungsausgaben	Zu 8680 Pauschale Erstattungen für Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz sind hier bis zur Höhe der auf Konto 8670 gebuchten Aufwendungen für nach dem 31.12.1997 erbrachte Leistungen zu buchen. Darüber hinausgehende Pauschalbeträge sind unter KA 323 zu buchen.
8689	Ersatz für Verwaltungskosten	
87	Leistungen im Auftrag der Rentenversicherung	
870	Ausgaben für die Träger der allgemeinen Rentenversicherung	Zu 870 bis 877 1. Ausgaben für Leistungen im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie im Zusammenhang mit medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation, die im Auftrage der genannten Versicherungszweige gewährt werden. 2. Beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben- (Soll-)Überschuss nach 0231, 0233 bzw. 0234, ein Einnahmen- (Haben-)Überschuss nach 122 zu übernehmen.
8700	Leistungsausgaben	
8709	Verwaltungskosten	
871	Ersatz von den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung	
8710	Ersatz für Leistungsausgaben	

8719 Ersatz für Verwaltungskosten

874 Ausgaben für den Träger der
knappschaftlichen Renten-
versicherung

8740 Leistungsausgaben

8749 Verwaltungskosten

875 Ersatz von dem Träger der
knappschaftlichen Renten-
versicherung

8750 Ersatz für Leistungsausgaben

8759 Ersatz für Verwaltungskosten

876 Ausgaben für die Träger der
Alterssicherung der Landwirte

8760 Leistungsausgaben

8769 Verwaltungskosten

877 Ersatz von den Trägern der
Alterssicherung der Landwirte

8770 Ersatz für Leistungsausgaben

8779 Ersatz für Verwaltungskosten

88 Leistungen im Auftrag der Un-
fallversicherung

Zu 88
Beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)
Überschuss nach 0230, ein Einnahmen-(Haben-)
Überschuss nach 1220 zu übernehmen.

880 Ausgaben

8800 Leistungsausgaben

8809	Verwaltungskosten	Zu 8809 Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.
881	Ersatz	
8810	Ersatz für Leistungsausgaben	
8819	Ersatz für Verwaltungskosten	
89	Sonstige Auftragsgeschäfte	
890	Zwischenstaatliche Leistungen	Zu 890 und 891 1. Ausgaben für Aushilfeleistungen, die aufgrund zwischenstaatlichen Rechts an Versicherte und an Familienangehörige von Versicherten ausländischer Versicherungsträger nach dem tatsächlichen Aufwand abgerechnet werden sowie der Ersatz dafür. 2. Beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss nach 025 (0259), ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss nach 125 (1259) zu übernehmen.
8900	Leistungsausgaben	
8909	Verwaltungskosten	Zu 8909 Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.
891	Ersatz für zwischenstaatliche Leistungen	
8910	Ersatz für Leistungsausgaben	
8919	Ersatz für Verwaltungskosten	
898	Übrige Auftragsgeschäfte	
8980	Leistungsausgaben	
8989	Verwaltungskosten	
899	Ersatz	
8990	Ersatz für Leistungsausgaben	
8999	Ersatz für Verwaltungskosten	

Kontenklasse 9 - Investitionshaushalt, Nebenrechnungen und Abschlusskonten

90/91	Investitionshaushalt (erfolgsunwirksame Einnahmen und Ausgaben nach § 5 Abs. 2 SVHV)	<p>Zu 90 und 91</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die Konten der Kontengruppen 90 und 91 dienen der Aufstellung, Durchführung und dem Nachweis des Investitionshaushalts (erfolgsunwirksame Einnahmen und Ausgaben nach § 5 Abs. 2 SVHV). <p>Die Konten 9080 und 9180 dienen lediglich dem Ausgleich der Ausgaben und Einnahmen des Investitionshaushalts zur Übernahme in die Vermögensrechnung (Kontenklassen 0 und 1; vgl. zu 9080 und 9180).</p> <ol style="list-style-type: none">2. Einnahmen und Ausgaben sind hier nur insoweit zu veranschlagen und zu buchen, wie sie nach den Vorschriften zu den Kontenklassen 0 und 1 zu aktivieren/zu passivieren sind; Abschreibungen sind hier nicht zu erfassen.3. Die hier gebuchten Einnahmen und Ausgaben sind spätestens für den Jahresabschluss auf die zutreffenden Konten der Kontenklassen 0 und 1 zu übertragen.
90	Einnahmen	<p>Zu 900 bis 907 und 917</p> <p>Abweichend von den allgemeinen Bestimmungen zum Kontenrahmen stellen die hier genannten Kontenarten von 901, 903 bis 907 und 917 Buchungspositionen dar. Die Krankenkassen können die nicht besetzten Konten für eine weitere Untergliederung des in der Kontenart festgelegten Buchungsstoffes benutzen.</p>
900	Erlöse aus Grundstücken, Gebäuden und technischen Anlagen für die Verwaltung	<p>Zu 900</p> <ol style="list-style-type: none">1. Erlöse aus Vermögensanlagen der KA 070.2. Die Erlöse sind hier bis zur Höhe des Buchwertes zu erfassen. Über den Buchwert hinausgehende Teile des Erlöses sind als Gewinne unter 36 zu buchen, liegt der Erlös unter dem Buchwert, so ist hier der Buchwert, der Verlust dagegen unter 66 zu buchen.
9000	Erlöse aus Grundstücken und Gebäuden	<p>Zu 9000</p> <ol style="list-style-type: none">1. Erlöse aus Grundstücken und Gebäuden2. Die Erlöse sind hier bis zur Höhe des Buchwertes zu erfassen. Über den Buchwert hinausgehende Teile des Erlöses sind als Gewinne unter Kontengruppe 36 zu buchen; liegt der Erlös unter dem Buchwert, so ist hier der Buchwert, der Verlust dagegen unter Kontengruppe 66 zu buchen.

9001	Erlöse aus technischen Anlagen	Zu 9001 1. Erlöse aus Vermögensanlagen des Kontos 0701. 2. Die Bestimmungen zu 9000 Nr. 2 gelten entsprechend.
901	Erlöse aus Gegenständen der beweglichen Einrichtung für die Verwaltung	Zu 901 1. Erlöse aus Vermögensanlagen der KA 071. 2. Die Bestimmung zu 9000 Nr. 2 gilt entsprechend.
902	Erlöse aus Grundstücken, Gebäuden und technischen Anlagen für die Eigenbetriebe	
9020	Erlöse aus Grundstücken und Gebäuden	Zu 9020 1. Erlöse aus Vermögensanlagen des Kontos 0720. 2. Die Bestimmung zu 9000 Nr. 2 gilt entsprechend.
9021	Erlöse aus technischen Anlagen	1. Erlöse aus Vermögensanlagen des Kontos 0721. 2. Die Bestimmung zu 9000 Nr. 2 gilt entsprechend.
903	Erlöse aus Gegenständen der beweglichen Einrichtung für die Eigenbetriebe	Zu 903 1. Erlöse aus Vermögensanlagen der KA 073. 2. Die Bestimmung zu 9000 Nr. 2 gilt entsprechend.
904	Rückflüsse aus Darlehen und Beteiligungen des Verwaltungsvermögens	Zu 904 Rückflüsse aus Vermögensanlagen der KA 074.
905	Entnahme aus der Rücklage	Zu 905 und 906 1. Hier sind nur die Nettoentnahmen zu veranschlagen und zu buchen. 2. Die Konten brauchen nicht laufend geführt zu werden, Buchungen sind nur für den Rechnungsabschluss erforderlich.
906	Entnahme aus Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen	
907	Einnahmen aus Schuldenaufnahme	Zu 907 Einnahmen aus Schuldenaufnahmen der KG'en 14 und 17, soweit die Laufzeit über ein Jahr beträgt. Kurzfristige Schuldenaufnahmen (KA'en 100 und 110) sind hier nicht zu erfassen.

908	Übertragungskonto für die Kontenarten 910 bis 917	
9080	Übertragungskonto für die Kontenarten 910 bis 917	Zu 9080 Hier können die Gegenbuchungen zur Übernahme der unter den KA'en 910 bis 917 nachgewiesenen Ausgaben in die Vermögensrechnung (siehe auch zu 9180) vorgenommen werden.
909	Ausgleich des Investitions- haushalts - Überschuss der erfolgswirksamen Ausgaben	
9090	Ausgleich des Investitions- haushalts - Überschuss der erfolgswirksamen Ausgaben	Zu 9090 Dieses Konto dient nicht der Buchung, sondern der Darstellung des Ausgleichs des Investitionshaushaltes in Haushaltsplan und Jahresrechnung (§ 69 Abs. 1 SGB IV).
91	Ausgaben	
910	Ausgaben für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen für die Verwaltung	
9100	Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	Zu 9100 Ausgaben für Vermögenanlagen des Kontos 0700.
9101	Erwerb von technischen Anlagen	Zu 9101 Ausgaben für Vermögenanlagen des Kontos 0701.
9108	Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von technischen Anlagen	Zu 9108 Die Bestimmung zu 9101 gilt entsprechend.
9109	Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von Gebäuden	Zu 9109 Die Bestimmung zu 9100 gilt entsprechend.
911	Ausgaben für Gegenstände der beweglichen Einrichtung für die Verwaltung	Zu 911 Ausgaben für Vermögenanlagen der KA 071.
9110	Fahrzeuge	
9111	Maschinen (ohne Hard- und Software) [ab 1.1.2006]	
9112	Büroeinrichtung	
9113	Hard- und Software [ab 1.1.2006]	
9119	Sonstige bewegliche Sachen	

912	Ausgaben für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen für die Eigenbetriebe	
9120	Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	Zu 9120 Ausgaben für Vermögensanlagen des Kontos 0720.
9121	Erwerb von technischen Anlagen	Zu 9121 Ausgaben für Vermögensanlagen des Kontos 0721.
9128	Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von technischen Anlagen	Zu 9128 Die Bestimmung zu 9121 gilt entsprechend.
9129	Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von Gebäuden	Zu 9129 Die Bestimmung zu 9120 gilt entsprechend.
913	Ausgaben für Gegenstände der beweglichen Einrichtung für die Eigenbetriebe	Zu 913 Ausgaben für Vermögensanlagen der KA 073.
9130	Fahrzeuge	
9131	Maschinen (ohne Hard- und Software) [ab 1.1.2006]	
9132	Einrichtungsgegenstände	
9133	Hard- und Software [ab 1.1.2006]	
9139	Sonstige bewegliche Sachen	
914	Darlehensgewährung und Beteiligungen	Zu 914 Vergabe von Darlehen und Erwerb von Beteiligungen der KA 074.
9140	Wohnungsfürsorge-Darlehen an Bedienstete	
9141	Sonstige Darlehen	
9142	Beteiligungen	
915	Zuführung zur Rücklage	Zu 915 und 916 1. Hier sind nur die Nettozuführungen zu veranschlagen und zu buchen. 2. Die Bestimmung zu 905 und 906 gilt entsprechend.
9150	Zuführung zur Rücklage	

- 916 Zuführung zu Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung des Verwaltungsvermögens
- 9160 Zuführung zu Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung des Verwaltungsvermögens
- 917 Ausgaben zur Schuldentilgung Zu 917
Tilgung von Schulden der KG'en 14 und 17; siehe zu 907.
- 918 Übertragungskonto für die Kontenarten 900 bis 907
- 9180 Übertragungskonto für die Kontenarten 900 bis 907 Zu 9180
Hier können die Gegenbuchungen zur Übernahme der unter den KA'en 900 bis 907 nachgewiesenen Einnahmen in die Vermögensrechnung (siehe auch zu 9080) vorgenommen werden.
- 919 Ausgleich des Investitions-
haushaltes
- Überschuss der erfolgswirksamen Einnahmen
- 9190 Ausgleich des Investitions-
haushaltes Zu 9190
Die Bestimmung zu 9090 gilt entsprechend.
- Überschuss der erfolgswirksamen Einnahmen
- 92 Abrechnung der Beiträge aus Entgeltersatzleistungen/Abrechnung der Beitragsanteile der Rentenversicherungsträger nach § 231 Abs. 2 Satz 3 SGB V Zu 92
1. Die Kontengruppe 92 dient der Abrechnung der von der Krankenkasse selbst und der im Rahmen von Auftragsgeschäften abzuführenden Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung aus Entgeltersatzleistungen.
Die Krankenkasse führt hierzu geeignete, prüffähige Unterlagen, aus denen u.a. die volle und anteilige Beitragsbelastung der Krankenkasse sowie die Aufteilung der Beiträge nach Leistungserbringern (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kriegsopferversorgung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und sonstige Leistungserbringer) hervorgehen.
2. Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Ausgaben-(Soll-)Überschuss auf das zutreffende Konto in 02, ein Einnahmen-(Haben-)Überschuss auf das zutreffende Konto in 12 zu übernehmen.
- 920 Beiträge zur allgemeinen Rentenversicherung aus Entgeltersatzleistungen

- 9200 Beiträge zur allgemeinen Rentenversicherung aus Entgeltersatzleistungen

- 922 Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung aus Entgeltersatzleistungen
- 9220 Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung aus Entgeltersatzleistungen
- 923 Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Entgeltersatzleistungen (ohne 925)
- 9230 Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Entgeltersatzleistungen
- 924 Beiträge zur Pflegeversicherung aus Entgeltersatzleistungen
- 9240 Beiträge zur Pflegeversicherung aus Entgeltersatzleistungen
- 925 Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld
- 9250 Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld
- 926 Nach § 231 Abs. 2 Satz 3 SGB V zu erstattende Beiträge an die Rentenversicherung
- 9260 Nach § 231 Abs. 2 Satz 3 SGB V zu erstattende Beiträge an die Rentenversicherung
- 93 Abrechnung der Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung

930	Einbehaltene Mittel nach § 140 d SGB V	Zu 930 und 931: Hier sind die nach § 140 d SGB V von der Krankenkasse einbehaltenen Beträge für die Anschubfinanzierung und Förderung der integrierten Versorgung sowie deren Verwendung zu buchen.
9300	Einbehaltene Mittel der Gesamtvergütung	Zu 9300 und 9301: Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Überschuss auf das Konto 1299 („Übrige Verpflichtungen“) zu buchen; der Überschuss ist für das nächste Geschäftsjahr zu übernehmen. Der auf dem Konto 9301 aus dem Geschäftsjahr 2006 für das Geschäftsjahr 2007 übernommene Überschuss ist auf die Konten 4606 bzw. 4608 umzubuchen.
9301	Einbehaltene Mittel der Krankenhauskosten	
931	Verwendete Mittel aus Einbehaltungen nach § 140d SGB V	
9310	Verwendete Mittel aus Einbehaltungen nach § 140d SGB V	Zu 9310 1. Die hier gebuchten Beträge sind in der Kontenart 589 als Einnahmen auszuweisen. 2. Zum Jahresabschluss ist der Saldo des Konto 9310 auf die Konten 9300 und 9301 im Verhältnis der auf diesen Konten vereinanzhmteten Beträge zu übertragen.
932	Erstattung nicht verwendeter Mittel nach § 140d SGB V	
9320	Erstattung nicht verwendeter Mittel aus Einbehaltungen der Gesamtvergütung	
9321	Erstattung nicht verwendeter Mittel aus Einbehaltungen der Krankenhauskosten	
94	Abrechnung des Ausgleichs nach dem AAG	Zu 94 1. Die Kontengruppe 94 dient der Abrechnung des Ausgleichs nach dem AAG bei Krankheit und bei Mutterschaft . 2. Bei dieser Kontengruppe ist die zeitliche Rechnungsabgrenzung genau durchzuführen, soweit die Vorschriften zu einzelnen Konten nichts anderes bestimmen.

3. Die Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen können diese Kontengruppen für Verrechnungszwecke benutzen.

940	Einnahmen nach dem AAG bei Krankheit	
9400	Umlagebeträge (einschl. Säumniszuschläge und Zinsen)	Zu 9400 und 9420 Umlagebeträge nach § 14 AAG.
9401	Vermögenserträge und sonstige Einnahmen	Zu 9401 und 9421 1. Erträge aus den Mitteln, die sich aus der Durchführung des Ausgleichs ergeben (z.B. Zinsen), ferner Einnahmen bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen, eingezogene Bußgelder und ähnliche Einnahmen. 2. Für die zeitliche Rechnungsabgrenzung gelten die Bestimmungen zu 30 Nr. 2 entsprechend.
9402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	Zu 9402 1. U.a. Einnahmen aus den nach § 12 AAG an die Krankenkassen abgetretenen Ersatzansprüchen. 2. Für die zeitliche Rechnungsabgrenzung gelten die Bestimmungen zu 022 bis 024 Nr. 2 entsprechend.
941	Ausgaben nach dem AAG bei Krankheit	
9410	Erstattungen an Arbeitgeber	Zu 9410 und 9430 Erstattungen an die Arbeitgeber nach § 10 AAG. Zu Unrecht gezahlte Erstattungsbeträge sind hier zu vereinnahmen.
9411	Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen	Zu 9411 und 9431 1. Aufwendungen für Mittel, die für die Durchführung des Ausgleichs verwendet werden (z.B. Schuldzinsen); ferner Ausgaben bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen. 2. Für die zeitliche Rechnungsabgrenzung gelten die Bestimmungen zu 601 Nr. 2 entsprechend.
9419	Verwaltungskosten	Zu 9419 und 9439 Als Verrechnungsposten sind hier - unter Gegenbuchung auf dem Konto 7690 - die Verwaltungskosten zu buchen, die für die Durchführung des Ausgleichs in Ansatz gebracht werden; eine unmittelbare Buchung von Verwaltungskosten ist hier nicht zulässig.
942	Einnahmen nach dem AAG bei Mutterschaft	

- 9420 Umlagebeträge (einschl. Säumniszuschläge und Zinsen)
- 9421 Vermögenserträge und sonstige Einnahmen
- 9422 Einnahmen aus Ersatzansprüchen
- 943 Ausgaben nach dem AAG bei Mutterschaft
- 9430 Erstattungen an Arbeitgeber
- 9431 Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen
- 9439 Verwaltungskosten
- 95 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 96 Eigenbetriebe

Zu 96

1. In dieser Kontengruppe ist von den Krankenkassen, die Eigenbetriebe betreiben, für jeden Betrieb ein Konto oder eine Kontenart mit mehreren Konten einzurichten.
2. Alle Erträge und Aufwendungen werden hier gebucht, mit Ausnahme der unter die Kontengruppen 36 und 66 fallenden Gewinne und Verluste. Als Aufwendungen kommen u.a. in Betracht: die eigentlichen Betriebskosten (z.B. Kosten für das Fachpersonal, für Maschinen, Geräte und Einrichtung, für Energie, für Heil- und Hilfsmittel usw.), Kosten für die Räume (z.B. Miete, Unterhaltungs- und Bewirtschaftungskosten, Hypothekenzinsen, wenn die Hypothek zur Finanzierung des Eigenbetriebes dient, regelmäßige Abschreibungen usw.), allgemeine Verwaltungskosten (z.B. Bürokosten, Fernmeldegebühren, Porto, Prozesskosten usw.). Aufwendungen, die nicht allein Eigenbetriebe betreffen, sondern z.B. auch die Verwaltung der Krankenkasse, sind, soweit das praktisch durchführbar ist, mit dem auf den Eigenbetrieb entfallenden Anteil dem Konto zu belasten. Als Erträge sind die von der Krankenkasse bei den entsprechenden Leistungskonten verausgabten Beträge zu buchen; ferner kommen als Erträge u.a. in Betracht: Entgelte für Leistungen an andere als Kassenmitglieder, Mieteinnahmen, Erlöse aus dem Verkauf landwirtschaftlicher und gärtnerischer Erzeugnisse.

3. Beim Jahresabschluss sind die Einnahmen-(Ha-ben-) Überschüsse nach Konto 3100, die Ausga-ben-(Soll-) Überschüsse nach Konto 6100 zu übernehmen; Gewinne aus einem Betrieb dürfen nicht gegen Verluste aus einem anderen Betrieb aufgerechnet werden.
- 97 Sonstige Verrechnungskonten Zu 97
Diese Kontengruppe kann für Kostenstellenrechnun-gen (außerhalb des Sachbuches) benutzt werden (z.B. Aufteilung der Verwaltungskosten nach den Ei-gen- und Fremdaufgaben der Krankenkasse).
- 98 Abschlusskonten der Erfolgs- Zu 98 und 99
rechnung
1. Nach Ablauf des Geschäftsjahres sind das Zeit-buch und das Sachbuch abzuschließen. Zu die-sem Zweck sind nach Durchführung der Ab-schlussbuchungen (Nr. 2 bis 4) die auf der Ein-nahmen- und die auf der Ausgabenseite (Soll- und Habenseite) gebuchten Beträge des Jahres je für sich aufzurechnen und die Endsummen in den Büchern einzutragen.
- 992- Frei für Zwecke der Kranken-
999 kassen
2. Vor dem buchmäßigen Abschluss (Nr. 1) der zu den Klassen 0 und 1 gehörenden Konten sind - unter Beachtung der zu den einzelnen Konten ge-gebenen Bestimmungen - die Einnahmen und Ausgaben des Investitionshaushaltes (Konten-gruppen 90 und 91) nach 0 und 1 zu übertragen, die Werte der auf den Konten der Klassen 0 und 1 zu erfassenden Vermögensgegenstände zu er-mitteln und die notwendigen Wertberichtigungen zu buchen. Der festgestellte Saldo ist in den Bü-chern für das nächste Geschäftsjahr vorzutragen.
 3. Bevor die zu den Klassen 2 bis 7 gehörenden Konten abgeschlossen werden (Nr. 1), müssen al-le das Geschäftsjahr betreffende Erträge und Aufwendungen gebucht sein, auch dann, wenn tatsächliche Zahlungen noch nicht vorliegen. Un-berührt bleiben die besonderen Vorschriften über die zeitliche Rechnungsabgrenzung, die zu ein-zelnen Konten gegeben sind.

4. Bevor die zu der Klasse 8 gehörenden Konten abgeschlossen werden, sind die der Krankenkasse zustehenden, aber noch nicht erstatteten Verwaltungskosten als Ausgabe (im Soll) zu buchen. Der sich aus den tatsächlichen Ausgaben und den Verwaltungskosten nach Satz 1 einerseits und den Einnahmen andererseits ergebende Unterschiedsbetrag ist in den Büchern für das nächste Geschäftsjahr vorzutragen. Im übrigen wird auf die Bestimmungen zu den einzelnen Konten verwiesen.
5. Die Konten 9800, 9810 und 9820 sowie die Kontengruppe 99 sind nur bei doppelter Buchführung erforderlich.

980 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung der Krankenkasse (ohne 981 und 982)

9800 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung der Krankenkasse (ohne 9810 und 9820)

9809 Überschuss der Aufwendungen/der Erträge der Krankenkasse (ohne 9819 und 9829)

Zu 9809, 9819 und 9829
Diese Konten dienen nicht der Buchung, sondern der Darstellung des Ausgleiches der Erfolgsrechnung in Haushaltsplan und Jahresrechnung (§ 69 Abs. 1 SGB IV).

981 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Ausgleichs nach dem AAG bei Krankheit

9810 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Ausgleichs nach dem AAG bei Krankheit

9819 Überschuss der Aufwendungen/ der Erträge nach dem AAG bei Krankheit

982 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Ausgleichs nach dem AAG bei Mutterschaft

9820 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Ausgleichs nach dem AAG bei Mutterschaft

9829 Überschuss der Aufwendungen/der Erträge nach dem AAG bei Mutterschaft

- 99 Eröffnungs- und Abschluss-
konten der Vermögensrech-
nung
- 990 Eröffnungs- und Abschluss-
konto der Vermögensrech-
nung der Krankenkasse (ohne
991)
- 991 Eröffnungs- und Abschluss-
konto des Ausgleichs nach
dem AAG
- 992 - Frei für Zwecke der Kranken-
999 kassen