

**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 (vierstellig); 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 landwirtschaftliche Krankenkasse kann 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. Die Regelungen des § 77 Abs. 1a SGB IV gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.
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 und 917 wird verwiesen.

## B. Bestimmungen zu den einzelnen Positionen

### Kontenklasse 0 - Aktiva

00	Barmittel und Giroguthaben	Zu 00 Sofern ausnahmsweise ein Konto der Kontengruppe 00 einen passiven Saldo aufweist, ist dieser spätestens in der Jahresrechnung auf Konto 1000 und nicht auf dem entsprechenden Konto unter der Kontengruppe 00 darzustellen.
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.
3. Der Gesundheitsfonds bucht hier die nach Abschluss des täglichen Auszahlungsverfahrens eingegangenen Gelder, die bis zum nächsten arbeitstäglichen Auszahlungslauf angelegt werden.

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.

0104 Darlehensgewährung aus der Liquiditätsreserve (Gesundheitsfonds)

0109 Sonstige kurzfristige Geldanlagen

02	Forderungen	<p>Zu 02</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Forderungen sind unter Berücksichtigung von möglichen Ausfallrisiken zu erfassen. Die Begründetheit der Forderung, soweit diese sich nicht aus den folgenden Bestimmungen ergibt, einschließlich der Ausfallrisiken sind im Anhang zur Jahresrechnung darzustellen. Dies gilt nicht für die LKK.</li><li>2. 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.</li><li>3. Forderungen sind gegen die zutreffenden Ertrags- und Aufwandskonten zu buchen. In ihrer Höhe nicht richtig angesetzte Forderungen sind über die sachlich zutreffenden Ertrags- oder Aufwandskonten zu berichtigen.</li></ol>
020	Forderungen auf Beiträge für die Krankenversicherung (einschließlich Zusatzbeiträge)	<p>Zu 020</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Der Gesundheitsfonds bucht hier die Forderungen gegenüber Einzugsstellen und Direktzahlern auf die im GSV-Beitrag enthaltenen Krankenversicherungsbeiträge sowie Zusatzbeiträge und die Forderungen auf sonstige KV-Beiträge. Grundlage für die Buchung sind insbesondere die von den Einzugsstellen übermittelten Monatsabrechnungen bzw. die von den Direktzahlern übermittelten Beitragsnachweise.</li><li>2. Die Forderungen brauchen nur am Ende des Geschäftsjahres gebucht zu werden.</li></ol>
0200	Beitragsforderungen für die Krankenversicherung (Gesundheitsfonds und LKK)	
021	Forderungen auf Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen nach § 242 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	Die Forderungen brauchen nur am Ende des Geschäftsjahres gebucht zu werden.
0210	Forderungen auf Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	<p>Zu 0210</p> Krankenkassen buchen hier die Forderungen auf den Zusatzbeitrag auf der Grundlage der Aufzeichnungen in den Beitragsbüchern nach § 26 SRVwV.
0211	Forderungen auf Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	

- 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 zu viel 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 Sollbeträge aus den zutreffenden Konten der Kontenklasse 8 auf; vgl. auch zu 125.
- 0250 Forderungen an Gemeinden (Sozialhilfeempfänger)
- 0251 Forderungen nach dem BVG, BVFG, 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/Forderungen aus dem Einzug der Finanzierungsanteile des Innovationsfonds und des Strukturfonds

- 0260 Forderungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige Zu 0260  
Die Bestimmung zu 025 gilt auch hier.
- 0261 Forderungen aus dem Beitragseinzug für den Gesundheitsfonds
- 0262 Forderungen an Krankenkassen aus dem Einzug der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds und am Strukturfonds (Gesundheitsfonds) Zu 0262  
Hier bucht der Gesundheitsfonds die Forderungen an die RSA-Krankenkassen am Innovationsfonds (einschließlich Strukturanpassungen und Jahresausgleich) und an die LKK auf deren Finanzierungsanteile am Innovationsfonds und am Strukturfonds.
- 0263 Forderungen an den Innovationsfonds und an den Strukturfonds auf Rückzahlung der nicht bewilligten Mittel der Krankenkassen (Gesundheitsfonds)
- 028 Frei für Zwecke der Krankenkassen
- 029 Sonstige Forderungen
- 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

0295	Forderungen an den Gesundheitsfonds	<p>Zu 0295</p> <p>1. Forderungen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds, die als Zuweisungen unter den Kontenarten 377, 378 und 379 sowie als Mittel aus dem Einkommensausgleich unter der Kontenart 376 zu buchen sind.</p> <p>2. Mit Eingang des Zuweisungsbescheides ist der darin ausgewiesene Gesamtbetrag hier zu buchen. Auf den Konten 3770 bis 3775 erfolgt für den jeweiligen Monat die Gegenbuchung. Die durch den Gesundheitsfonds gezahlten Teilbeträge werden bei Geldeingang hier gebucht.</p>
0296	Forderungen an die Krankenkassen (Gesundheitsfonds)	<p>Zu 0296</p> <p>1. Forderungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen aus überzahlten Zuweisungen, die unter den Kontenarten 677 und 678 ausgewiesen werden.</p> <p>2. Die Forderungen sind getrennt voneinander in der Gliederung der Konten in der Kontenart 677 und des Kontos 6789 auf vom Gesundheitsfonds einzurichtende Unterkonten zu buchen.</p> <p>3. Forderungen des Gesundheitsfonds gegenüber den Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich, die unter der Kontenart 676 gebucht werden.</p>
0297	Forderungen gegenüber dem Innovationsfonds und dem Strukturfonds	<p>Zu 0297</p> <p>1. Hier buchen die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds die Forderungen an den Innovationsfonds und den Strukturfonds auf Rückzahlung der nicht bewilligten Mittel nach § 92a Abs. 3 Satz 5 SGB V, § 221 Abs. 3 Satz 1 SGB V und § 271 Abs. 2 SGB V.</p> <p>2. Ebenfalls hier zu buchen sind die Forderungen der Krankenkassen an den Innovationsfonds auf Fördermittel nach § 92a SGB V.</p>
0298	Forderungen auf finanzielle Hilfen, Forderungen auf Umlagen für Haftungsfälle	<p>Zu 0298</p> <p>Hier bucht die geschlossene Krankenkasse auch Forderungen auf Umlagen für Haftungsfälle, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Umlagebescheid im Rahmen der Haftungsverbünde bei den Krankenkassen angefordert hat.</p>
0299	Übrige Forderungen	<p>Zu 0299</p> <p>Z.B. fällige aber noch nicht eingegangene Vermögenserträge, sowie gewährte Zahlungsmittelkredite der Krankenversicherung an die AAG-Ausgleichskassen bei Krankheit und Mutterschaft.</p>
03	Forderungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V	<p>Zu 03</p> <p>Die Bestimmungen zu 02 gelten entsprechend.</p>



- 030 Forderungen aus Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 0300 Forderungen aus Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 033 Forderungen aus Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V
- 0330 Forderungen aus Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V
- 034 Forderungen aus Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 5 SGB V
- 0340 Forderungen aus Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 5 SGB V
- 035 Forderungen aus Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V
- 0350 Forderungen aus Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V
- 037 Forderungen aus Wahlтарifen nach § 53 Abs. 2, 3 und 7 SGB V
- 0370 Forderungen aus Wahlтарifen nach § 53 Abs. 2, 3 und 7 SGB V
- 04 Andere Geldanlagen (ohne 074 und 08)
- 040 Termin- und Spareinlagen mit einer Kündigungsfrist bzw. einer festgelegten Laufzeit von über einem Jahr
- 0400 Termineinlagen Zu 0400  
Die Bestimmung zu 0100 gilt auch hier.
- 0401 Spareinlagen Zu 0401  
Die Bestimmung zu 0101 gilt auch hier.

041 Darlehen (ohne 042)

Zu 041

1. Auf den Konten sind die einzelnen Darlehensschuldner zu bezeichnen, wenn nicht für jeden Schuldner ein Unterkonto geführt wird. Ferner sind für jedes Darlehen der Tag des Darlehensvertrages, der Tag der Ausleihung, die Rückzahlungsbedingungen, der Zinssatz, die Fälligkeit und der Eingang der Zinsen zu vermerken, es sei denn, dass diese Angaben anderweitig besonders festgehalten werden.
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 zurückzuzahlen 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 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 verwalteten 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)	
061	Mittel aus der Insolvenzsicherung (ohne LKK und Gesundheitsfonds)	
0610	Mittel aus der Insolvenzsicherung nach § 8a AltTZG	Zu 0610 Hier sind die Mittel auszuweisen, die nach § 8a AltTZG gegen das Risiko der Insolvenz abgesichert sind.
0611	Mittel aus der Insolvenzsicherung nach § 7e SGB IV	Zu 0611 Hier sind die Mittel auszuweisen, die nach § 7e SGB IV gegen das Risiko der Insolvenz abgesichert sind.
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 der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen	Zu 0681 Hier werden die Mittel (Deckungskapital) zur Finanzierung der nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG gebildeten Altersrückstellungen ausgewiesen. Dazu gehört auch das bei einer Rückdeckungsversicherung angesparte Deckungskapital. Altersrückstellungen und Deckungskapital sind in gleicher Höhe zu buchen (Aktiva gleich Passiva). Das Konto ist spätestens beim Rechnungsabschluss zu benutzen, ein unterjähriger Nachweis ist nicht vorgeschrieben.
0683	Mittel aus Deckungskapital gem. § 171e SGB V	Zu 0683 Hier werden die Mittel (Deckungskapital) zur Finanzierung der nach § 171e SGB V gebildeten Altersrückstellungen ausgewiesen. Dazu gehört auch das bei einer Rückdeckungsversicherung angesparte Deckungskapital. Das hier auszuweisende Deckungskapital ist in gleicher Höhe zu buchen wie die Altersrückstellungen unter Konto 1603. Das Konto ist spätestens bei Rechnungsabschluss zu benutzen, ein unterjähriger Nachweis ist nicht vorgeschrieben.
0684	Ergänzende Mittel aus Deckungskapital für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung	Zu 0684 Hier werden die Mittel zur Finanzierung der Altersversorgungszusagen gebucht, soweit sie die unter Konto 1600 und Konto 1603 ausgewiesenen Altersrückstellungen aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung übersteigen. Die Gegenbuchung erfolgt unter dem Konto 1604.
069	Sonstige Aktiva	Zu 069 Den Krankenkassen in besonderen Einzelfällen im Zusammenhang mit der Finanzierung des VBL-Ausstiegs von der Aufsichtsbehörde genehmigte Bilanzierungshilfen (zum Beispiel Aktivierung des VBL-Ausstiegs) haben auch mit dem Inkrafttreten des § 77 Abs. 1 a SGB IV weiterhin Gültigkeit.
0690	Vorräte an Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln der Krankenkassen	Zu 0690 1. Wirtschaftsgüter, die zum Leistungskatalog der GKV gehören und der Versorgung der Versicherten dienen (z. B. Hilfsmittel), sind nicht zu bilanzieren. Vorräte an Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln 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

Dauervorschüsse an Abrechnungsstellen und Vorschüsse nach § 91 Abs. 3 SGB X.

0699 Übrige Aktiva

Zu 0699

U.a. Gehaltsvorschüsse, 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 Miteigentum 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 Anschaffungs- oder Herstellungskosten 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 Anschaffungs- oder Herstellungskosten sind zum vollen Betrag, also ohne Abzug mitübernommener Hypotheken, gestundeter Restkaufgelder, einbehaltener Sicherheiten zu buchen. Weiterhin sind hier die Kosten für nachträglich errichtete Gebäude, Erweiterungsbauten und 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 dauerhaft erheblich gemindert, so ist eine außerplanmäßige Abschreibung nach dem Grad der Wertminderung vorzunehmen, die unter 660 gegenzubuchen ist. Eine derartige Wertminderung ist bei Grundstücken und Gebäuden insbesondere dann anzunehmen, wenn der in Nummer 2 dieser Bestimmung genannte obere Grenzwert für eine Maßnahme zur Beseitigung der Wertminderung überschritten würde.
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.
6. Der angesetzte Abschreibungssatz ist im Anhang zur Jahresrechnung zu erläutern. Soweit Änderungen dieses Abschreibungssatzes oder außerplanmäßige Abschreibungen vorgenommen wurden, sind diese im Anhang zur Jahresrechnung darzustellen und zu begründen. Dies gilt nicht für die LKK.



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 durch die Maßnahme eine über den ursprünglichen Zustand hinausgehende 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 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 dauerhaft erheblich gemindert, so ist eine außerplanmäßige Abschreibung nach dem Grad der Wertminderung vorzunehmen, die unter Kontenart 660 gegenzubuchen ist. Eine erhebliche Wertminderung ist bei technischen Anlagen dauerhaft gegeben, wenn eine erhebliche dauerhafte Verschlechterung der Verwendungs- und Nutzungsmöglichkeit anzunehmen ist.
5. Die Bestimmung zu 0700 Nr. 6 gilt auch hier.

071 Gegenstände der beweglichen  
Einrichtung für die Verwaltung

Zu 071

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 nach § 11 SVRV zu aktivieren sind. 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 Werterhöhung führen, hier zu buchen. Eine erhebliche Werterhöhung ist dann gegeben, wenn durch die Maßnahme eine über den ursprünglichen Zustand hinausgehende 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  $33 \frac{1}{3}$  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 dauerhaft erheblich gemindert, so ist eine außerplanmäßige Abschreibung nach dem Grad der Wertminderung vorzunehmen, die unter 660 gegenzubuchen ist. Eine erhebliche Wertminderung ist bei Gegenständen der beweglichen Einrichtung dauerhaft gegeben, wenn eine erhebliche dauerhafte Verschlechterung der Verwendungs- und Nutzungsmöglichkeit anzunehmen ist.
6. Die Bestimmung zu 0700 Nr. 6 gilt auch hier.

7. Nach § 11 Abs. 1a SVRV wird für Gegenstände der beweglichen Einrichtung, deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten ohne Umsatzsteuer den Wert von 150 Euro, aber nicht 1 000 Euro übersteigen, im Jahr der Anschaffung ein Sammelposten gebildet. Der Sammelposten ist im Jahr der Bildung und in den folgenden vier Jahren mit jeweils einem Fünftel aufzulösen. Der Wert des Sammelpostens wird durch Veräußerungen, durch Entnahmen oder Wertminderungen nicht beeinflusst.

0710 Fahrzeuge

0711 Maschinen (ohne Hard- und Software)

0712 Büroeinrichtungen

0713 Hard- und Software

Zu 0713

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

0718 Undifferenzierte Sammelposten (ohne 0710 bis 0713 und 0719)

0719 Sonstige bewegliche Sachen

072 Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen für die Eigenbetriebe

0720 Grundstücke und Gebäude

Zu 0720

Die Bestimmungen zu 0700 gelten 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)

0732 Einrichtungsgegenstände

0733 Hard- und Software

Zu 0733

Die Bestimmung zu 0713 gilt entsprechend.

0738	Undifferenzierte Sammelpos- ten (ohne 0730 bis 0733 und 0739)	
0739	Sonstige bewegliche Sachen	Zu 0739 1. Hierzu gehören u.a. die für Eigenbetriebe be- schaffte Wäsche sowie ggf. der zu aktivierende Wert von Tieren.  2. Für Wäsche braucht nur die Vorratshaltung akti- viert zu werden; bei erster Ingebrauchnahme kann der volle Betrag ausgebucht werden.  3. Der Wert von Tieren ist zum Ende eines jeden Ge- schäftsjahres 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 Gesell- schaften, Vereinen, Stiftungen u.ä., soweit die Kran- kenkasse diese Beteiligungen zur Erfüllung ihrer Auf- gaben benötigt.
075	Sonstige Bestände des Ver- waltungsvermögens	
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 Verwal- tungsvermögens	Zu 0759 Hier sind u.a. größere Vorräte an Verbrauchsgütern außer solchen an Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfs- mitteln, zu aktivieren. Größere Vorräte sind solche, die über den Bedarf eines halben Jahres hinausgehen.
08	Sondervermögen	Zu 08 Die Bestimmung zu 02 Nr. 1 gilt hier sinngemäß.
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 § 5 AAG, am Jahresende noch ausstehende Forderungen auf Vermögenserträge, Übergangshilfe des Bundes u.a.
081	Sondervermögen nach dem AAG bei Mutterschaft	
0810	Geldanlagen	
0811	Forderungen auf Umlagebeträge	
0813	Forderungen auf Zahlungsmittel an die Krankenversicherung	
0819	Sonstige Forderungen	
082	Sondervermögen nach § 92a SGB V - Innovationsfonds -	
0820	Geldanlagen	
0821	Forderungen auf Finanzierungsanteile	Zu 0821 Hier sind die Forderungen des Innovationsfonds gegenüber dem Gesundheitsfonds und den Krankenkassen auf die Finanzierungsanteile nach § 92a SGB V zu buchen.
0823	Barmittel und Giroguthaben	
0829	Sonstige Forderungen	
083	Sondervermögen nach § 12 KHG - Strukturfonds	

0830	Geldanlagen	
0831	Forderungen auf Finanzierungsanteile	Zu 0831 Hier sind die Forderungen des Strukturfonds gegenüber dem Gesundheitsfonds und der LKK auf die Finanzierungsanteile nach § 271 Abs. 2 SGB V zu buchen.
0832	Barmittel und Giro Guthaben	
0839	Sonstige Forderungen	
089	Sonstige Sondervermögen	
0890	Sonstige Sondervermögen	
09	Überschuss der Passiva	Zu 09 Es wird auf die Bestimmung zu 19 verwiesen.
090	Überschuss der Passiva der Krankenkassen	
0901	Betriebsmittel	
0903	Verwaltungsvermögen	
091	Überschuss der Passiva des Gesundheitsfonds (Gesundheitsfonds)	
0911	Überschuss der Passiva des Gesundheitsfonds (Gesundheitsfonds)	
092	Defizit des Gesundheitsfonds (Gesundheitsfonds)	Zu 092 Der Gesundheitsfonds weist hier dauerhaft, d.h. auch über das Jahr 2009 hinaus, das im Geschäftsjahr 2009 eingetretene Defizit aus.
0921	Defizit des Gesundheitsfonds (Gesundheitsfonds)	
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	

098 Überschuss der Passiva des  
Innovationsfonds

0980 Überschuss der Passiva des  
Innovationsfonds

099 Überschuss der Passiva des  
Strukturfonds

0990 Überschuss der Passiva des  
Strukturfonds



### Kontenklasse 1 - Passiva

10	Zahlungsmittelkredite (ohne 1800 und 1810)	
100	Zahlungsmittelkredite	
1000	Zahlungsmittelkredite	Zu 1000 Die Bestimmung zu Kontengruppe 00 ist zu beachten. Hier sind auch die anteiligen sofort verfügbaren Zahlungsmittel der AAG-Ausgleichskasse bei Krankheit und Mutterschaft sowie des Innovations- fonds auszuweisen.
1003	Frei für Zwecke der Kranken- kassen	
1004	Frei für Zwecke der Kranken- kassen	
1005	Frei für Zwecke der Kranken- kassen	
1006	Frei für Zwecke der Kranken- kassen	
1007	Frei für Zwecke der Kranken- kassen	
1008	Frei für Zwecke der Kranken- kassen	
11	Kurzfristige Kredite	Zu 11 Kurzfristige Kredite sind solche mit einer Kündigungs- frist bzw. mit einer festgelegten Laufzeit von bis zu einem Jahr.
110	Kurzfristige Kredite	
1100	Kurzfristige Kredite von Ban- ken und Sparkassen	
1103	Bundesarlehen nach § 271 Abs. 3 SGB V (Gesundheits- fonds)	Zu 1103 Der Gesundheitsfonds bucht hier das zurückzuzah- lende nicht zu verzinsende Liquiditätsdarlehen des Bundes.
1104	Darlehen aus der Liquiditäts- reserve nach § 271 Abs. 2a SGB V	
1109	Kurzfristige Kredite von ande- ren Stellen	

- 12 Kurzfristige Verpflichtungen Zu 12
1. Verpflichtungen liegen vor, wenn eine rechtliche oder wirtschaftliche Verpflichtung zur Leistung besteht,
    - die eine wirtschaftliche Belastung begründet,
    - die selbständig bewertbar (quantifizierbar) ist,
    - die dem Grunde und der Höhe nach feststehen und
    - deren wirtschaftliche Begründung dem abzuschließenden Geschäftsjahr zuzuordnen sind.
  2. Darüber hinaus sind Verpflichtungen zu schätzen, die dem Grund und/oder der Höhe nach ungewiss, aber ausreichend bestimmbar sind, und deren wirtschaftliche Begründung dem abzuschließenden Geschäftsjahr zuzuordnen sind. Diese Schätzungen müssen für einen sachkundigen Dritten nachvollziehbar dokumentiert sein.
  3. Verpflichtungen sind grundsätzlich zu dem Betrag anzusetzen, der für die Erfüllung notwendig ist. Verpflichtungen in Form von Schätzungen sind in Höhe des Betrages anzusetzen, der nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung notwendig ist.
  4. Verpflichtungen sind gegen die zutreffenden Ertrags- und Aufwandskonten zu buchen. In ihrer Höhe nicht richtig angesetzte Verpflichtungen sind über die sachlich zutreffenden Ertrags- und Aufwandskonten zu berichtigen.
  5. Die Verpflichtungen brauchen nur am Ende des Geschäftsjahres gebucht zu werden.
  6. Nr. 1 bis Nr. 3 gelten nicht für die LKK.
- 120 Zu Unrecht erhaltene Beiträge für die Krankenversicherung (einschließlich Zusatzbeiträge) Zu 120
1. Unter der Kontenart 120 bucht der Gesundheitsfonds die Verpflichtungen auf Rückzahlung zu Unrecht erhaltener Beiträge und Zusatzbeiträge für die Krankenversicherung. Vorausgezahlte Beiträge sind dagegen nicht unter 120, sondern unter 15 zu buchen.
  2. Die landwirtschaftliche Krankenkasse bucht hier die Verpflichtungen auf Rückzahlung zu Unrecht erhaltener Beiträge für die Krankenversicherung.
- 1200 Zu Unrecht erhaltene Beiträge für die Krankenversicherung (einschließlich Zusatzbeiträge)

- 121 Verpflichtungen aus Zusatzbeiträgen und Prämienauszahlungen nach § 242 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung
- 1210 Verpflichtungen aus Zusatzbeiträgen nach § 242 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung
- 1211 Verpflichtungen aus Prämienzahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung
- 122 Verpflichtungen aus Leistungen anderer für Versicherte (ohne 127)
- Zu 122  
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 an Versicherte bei deutschen Versicherungsträgern aufgrund von Sozialversicherungsabkommen oder den EWG-Verordnungen entstanden sind. Die landwirtschaftliche Krankenkasse bucht hier u.a. auch Verpflichtungen an den Träger der Alterssicherung der Landwirte und Verpflichtungen an den Bund aus Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 3 KVLG 1989. Nicht hier zu buchen sind die unter 127 aufgeführten Verpflichtungen.
- 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 Habenbeträge aus den zutreffenden Konten der Kontenklasse 8 auf; vgl. auch zu 025.
- 1250 Verpflichtungen an Gemeinden (Sozialhilfeempfänger)
- 1251 Verpflichtungen nach dem BVG, BVFG, Infektionsschutzgesetz, Anti-D-Hilfe-Gesetz, OEG, BEG und dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen
- 1259 Verpflichtungen an Sonstige
- 126 Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige/Verpflichtungen aus dem Einzug der Finanzierungsanteile des Innovationsfonds und des Strukturfonds
- 1260 Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige
- Zu 1260  
Die Bestimmung zu 125 gilt auch hier.
- 1261 Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug für den Gesundheitsfonds
- 1262 Verpflichtungen aus dem Einzug der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds und am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)
- 1263 Verpflichtungen aus den von Innovationsfonds und Strukturfonds zurückgezahlten Finanzierungsanteilen der Krankenkassen (Gesundheitsfonds)

127	Verpflichtungen aus Diensten und Lieferungen für Versicherungsleistungen	
1270	Verpflichtungen für Behandlung durch Ärzte	Zu 1270 U.a. Verpflichtungen gegenüber Belegärzten.
1271	Verpflichtungen für Behandlung 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 Beträge erlischt. Nach Erlöschen des Anspruchs sind sie unter KA 382 zu vereinnahmen.
1272	Verpflichtungen aus Lieferungen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln aus Apotheken	
1273	Verpflichtungen aus Lieferungen von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln von Sonstigen sowie aus Behandlung durch sonstige Heilpersonen	
1274	Verpflichtungen aus Leistungen von Anstalten und Heimen	Zu 1274 Bei der Buchung der Verpflichtungen brauchen noch ausstehende Zuzahlungen der Versicherten nicht berücksichtigt zu werden.
1279	Verpflichtungen aus Diensten und Lieferungen für Versicherungsleistungen von Sonstigen	Zu 1279 1. Hierher gehören auch Verpflichtungen gegenüber Hauspflegern, Hebammen und Sanitätsstationen sowie Verpflichtungen aus dem Medizinischen Dienst.  2. Ebenfalls hier zu buchen sind Verpflichtungen aus Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V.
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	

- |      |   |  |
|------|---|--|
| 1290 | Verpflichtungen aus dem Verwaltungssektor   | Zu 1290<br>Für nicht in Anspruch genommene Urlaube, Überstunden, Jubiläen, Archivierungskosten und vergleichbare Sachverhalte sind keine Verpflichtungen zu bilden.  |
| 1291 | Verpflichtungen an den Bund aus Zuschüssen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989 |  |
| 1295 | Verpflichtungen gegenüber dem Gesundheitsfonds  | Zu 1295<br>Verpflichtungen der Krankenkassen gegenüber dem Gesundheitsfonds gem. §§ 266, 270 und 270a SGB V. Die Bestimmung zu Konto 0295 Nr. 2 gilt entsprechend.   |
| 1296 | Verpflichtungen gegenüber den Krankenkassen (Gesundheitsfonds)  | Zu 1296<br>1. Verpflichtungen des Gesundheitsfonds gegenüber den Krankenkassen aus Zuweisungen, die unter den Kontenarten 677 und 678 ausgewiesen werden.<br><br>2. Die Verpflichtungen sind getrennt voneinander in der Gliederung der Konten in der Kontenart 677 und des Kontos 6789 auf vom Gesundheitsfonds einzurichtende Unterkonten zu buchen.<br><br>3. Verpflichtungen des Gesundheitsfonds gegenüber den Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich, die unter der Kontenart 676 gebucht werden. |
| 1297 | Verpflichtungen gegenüber Innovationsfonds und Strukturfonds  | Zu 1297<br>Hier buchen die RSA-Krankenkassen die Verpflichtungen aus Finanzierungsanteilen an den Innovationsfonds sowie die LKK und der Gesundheitsfonds die Verpflichtungen aus Finanzierungsanteilen an Innovationsfonds und Strukturfonds.   |
| 1298 | Verpflichtungen aus finanziellen Hilfen, Verpflichtungen aus Umlagen für Haftungsfälle                  | Zu 1298<br>Hier bucht die Krankenkasse auch Verpflichtungen aus Umlagen für Haftungsfälle für geschlossene Krankenkassen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Umlagebescheid im Rahmen der Haftungsverbände angefordert hat.   |
| 1299 | Übrige Verpflichtungen  | Zu 1299<br>Z.B. fällige, aber noch nicht bezahlte Vermögensaufwendungen.   |
| 13   | Verpflichtungen aus Wahlтарифen nach § 53 SGB V   | Zu 13<br>Die Bestimmungen zu 12 gelten entsprechend.   |

- 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 Prämienzahlungen 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 zurückzuzahlen 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	Zu 160 Über die in § 171e SGB V, § 172c SGB VII, § 12 SVRV und § 7 SVLFGG genannten Rückstellungen hinaus besteht keine weitere Verpflichtung Rückstellungen zu bilden.
1600	Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen	Zu 1600 Hier werden die nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG gebildeten Altersrückstellungen gebucht.
1601	Versorgungsrücklage	Zu 1601 Hier werden die unter dem Konto 0680 ausgewiesenen Mittel der Versorgungsrücklage passiviert.
1603	Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 171e SGB V	Zu 1603 Hier werden die nach § 171e SGB V gebildeten Altersrückstellungen zur Finanzierung betrieblicher Altersversorgungszusagen gebucht.
1604	Ausgleichskonto zu Konto 0684	Zu 1604 Hier erfolgt zum Bilanzausgleich die Gegenbuchung zu Konto 0684. Die Mittel, die zur Finanzierung der Altersversorgung aufgrund einer abgeschlossenen Rückdeckungsversicherung die unter Konto 1600 und Konto 1603 ausgewiesenen Altersrückstellungen übersteigen und unter dem Konto 0684 gebucht werden, werden hier zweckentsprechend ausgewiesen.
161	Rückstellungen aus Altersteilzeit- und Wertguthabenvereinbarungen (ohne LKK und Gesundheitsfonds)	

1610	Rückstellungen aus Altersteilzeitvereinbarungen nach dem Altersteilzeitgesetz (AltTZG)	Zu 1610 Hier sind die Rückstellungen aufgrund von Altersteilzeitvereinbarungen nach dem Altersteilzeitgesetz (AltTZG) auszuweisen. Bemessungsgrundlage für die Rückstellungen sind die gesamten während der Freistellungsphase zu gewährenden Vergütungen einschließlich der zu erbringenden Aufstockungsbeträge und Tarifierhöhungen sowie sonstige Nebenleistungen (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung). Die Zuführung zu den Rückstellungen erfolgt jährlich gemäß den erworbenen Ansprüchen.
1611	Rückstellungen aus Wertguthabenvereinbarungen nach § 7b SGB IV	Zu 1611 Hier sind die Rückstellungen aufgrund von Wertguthabenvereinbarungen nach § 7b SGB IV auszuweisen. Die Zuführung zu den Rückstellungen erfolgt jährlich gemäß den erworbenen Ansprüchen.
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 12 Nummer 6 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

- 182 Verpflichtungen des Innovationsfonds
- 1820 Zahlungsmittelkredite
- 1821 Verpflichtungen aus Finanzierungsanteilen      Zu 1821  
Hier sind die Verpflichtungen des Innovationsfonds auf Rückzahlung der nicht bewilligten Mittel nach § 92a Abs. 3 Satz 5 SGB V zu buchen.
- 1822 Verpflichtungen aus Auszahlung der Fördermittel nach § 92b Abs. 4 Nr. 4 SGB V
- 1829 Sonstige Verpflichtungen
- 183 Verpflichtungen des Strukturfonds
- 1830 Zahlungsmittelkredite
- 1831 Verpflichtungen aus Finanzierungsanteilen      Zu 1831  
Hier sind die Verpflichtungen des Strukturfonds auf Rückzahlung der nicht bewilligten Mittel nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu buchen.
- 1832 Verpflichtungen aus Auszahlung der Fördermittel nach § 12 KHG
- 1839 Sonstige Verpflichtungen
- 189 Sonstige Sondervermögen
- 1890 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
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. Der Gesundheitsfonds weist hier den Überschuss der Aktiva aus. Das Defizit des Gesundheitsfonds 2009 bleibt hierbei unberücksichtigt. Ergibt sich zum Bilanzstichtag ein Überschuss der Passiva, so ist dieser nicht unter 1911, sondern unter 0911 auszuweisen.
5. Die Konten unter 19 brauchen nicht laufend geführt zu werden; sie dienen dem Nachweis des Reinvermögens in der Bilanz.

190	Überschuss der Aktiva der Krankenkassen
1901	Betriebsmittel
1902	Rücklage
1903	Verwaltungsvermögen (ohne 1600, 1601, 1603, 1604, 1610, 1611 und 1904)
1904	Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Ver- waltungsvermögen (§ 263 Abs. 1 Nr. 2 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989)
191	Überschuss der Aktiva des Gesundheitsfonds (Gesund- heitsfonds)
1911	Überschuss der Aktiva des Gesundheitsfonds (Gesund- heitsfonds)
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
- 198 Überschuss der Aktiva des Innovationsfonds
- 1980 Überschuss der Aktiva des Innovationsfonds
- 199 Überschuss der Aktiva des Strukturfonds
- 1990 Überschuss der Aktiva des Strukturfonds

## Kontenklasse 2 - Beiträge für die Krankenversicherung (einschließlich Zusatzbeiträge)

### Zu 2

1. Auf den Konten der Kontenklasse 2 bucht neben der landwirtschaftlichen Krankenkasse grundsätzlich nur der Gesundheitsfonds. Die anderen Krankenkassen buchen auf den Konten der Kontenklasse 2 nur, soweit sie einen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung erheben.

2. Grundlage für die Buchungen des Gesundheitsfonds sind die Monatsabrechnungen der Krankenkassen, die Beitragsnachweise der Direktzahler sowie die Abrechnungsnachweise der Deutschen Rentenversicherung Bund.

3. Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V in der ab 01.01.2015 geltenden Fassung sind ausschließlich unter Kontenart 290 zu buchen.

20 Beiträge für versicherungspflichtige Mitglieder

### Zu 20

Der Gesundheitsfonds bucht hier die Forderungen gegenüber Einzugsstellen und Direktzahlern auf die im GSV-Beitrag enthaltenen Krankenversicherungsbeiträge und die Forderungen auf sonstige KV-Beiträge. Grundlage für die Buchung sind insbesondere die von den Einzugsstellen übermittelten Monatsabrechnungen bzw. die von den Direktzahlern übermittelten Beitragsnachweise.

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.

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

### Zu 2011

Von der Bundesagentur für Arbeit gezahlte Beiträge für versicherungspflichtige Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III. 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	Zu 2013 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 Die LKK bucht die Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte ohne Rentenbezug weiterhin unter Konto 2060.
2020	Beiträge aus Renten für Pflichtversicherte (ohne 2026)/Beiträge aus Renten für Altenteiler (nur LKK')	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 allgemeinen Rentenversicherung sowie ggf. der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) nach dem "Für-Prinzip" zu buchen.  2. Die LKK bucht 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 21 gilt entsprechend.
2025	Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte mit und ohne Rentenbezug (nur LKK)	Zu 2025  1. Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen für als Altenteiler Versicherte.  2. Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.
2026	Beiträge aus Renten für Aktivversicherte (nur LKK)	



- 2027 Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V/§ 40 Abs. 7 Satz 4 KVLG 1989
- 204 Beiträge der pflichtversicherten Studenten, Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten (nur LKK)
- 2040 Beiträge der pflichtversicherten Studenten, Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten (nur LKK)
- 205 Beiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden
- 2050 Beiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden
- 206 Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte (nur LKK)
- 2060 Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für Pflichtversicherte (nur LKK)
- 21 Beiträge der versicherungsberechtigten Mitglieder
- Zu 204  
Beiträge für die Pflichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V/§ 21 KVLG 1989.
- Zu 2040  
Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.
- Zu 205  
1. Beiträge nach der KV-Pauschalbeitragsverordnung für alle Personen, deren Mitgliedschaft beim Wehrdienst fortbesteht (vgl. § 193 SGB V/§ 25 Abs. 3 KVLG 1989).  
2. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen.
- 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. Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen für Aktiv-Versicherte.  
3. Die Bestimmung zu 21 gilt entsprechend.
- Zu 21  
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 versicherungsbe-  
rechtigten Mitglieder (nur LKK) Zu 210  
1. Beiträge der der Versicherung freiwillig Beigetre-  
tenen (§ 9 SGB V/§ 6 KVLG 1989).  
2. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen buchen  
hier (und nicht bei 7691) auch die Mahngebühren.
- 2100 Beiträge der versicherungsbe-  
rechtigten Mitglieder (nur LKK)
- 214 Beiträge der freiwillig versich-  
erten Studenten (nur LKK) Zu 214  
Beiträge, die nach dem ermäßigten Beitragssatz  
§ 245 Abs. 2 SGB V/§ 21 KVLG 1989 bemessen wer-  
den.
- 2140 Beiträge der freiwillig versich-  
erten Studenten (nur LKK)
- 22 Beiträge für Rehabilitanden  
(nur LKK) Zu 22  
Sämtliche Beiträge für Rehabilitanden, die der Re-  
habilitationsträger zu zahlen hat. Andere Beiträge für  
Rehabilitanden sind zutreffend z.B. auf den Konten  
2025, 2026 oder 2060 zu buchen.
- 220 Beiträge für Rehabilitanden  
(nur LKK)
- 2200 Beiträge für Rehabilitanden  
(nur LKK)
- 23 Beiträge der versicherungs-  
pflichtigen Mitglieder nach § 2  
Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989,  
sonstige Krankenversiche-  
rungsbeiträge (nur LKK) Zu 23  
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 ein-  
behalten und im Beitragsnachweis enthalten sind, sind  
nicht hier, sondern auf dem für diesen Personenkreis  
geltenden Konto zu buchen.
- 230 Beiträge der versicherungs-  
pflichtigen Mitglieder nach § 2  
Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 (nur  
LKK)
- 2300 Beiträge der versicherungs-  
pflichtigen Mitglieder nach § 2  
Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 (nur  
LKK)

231	Sonstige Krankenversicherungsbeiträge (nur LKK)	
2310	Sonstige Krankenversicherungsbeiträge (nur LKK)	Zu 2310 Unter anderem Beiträge der Rentenantragsteller.
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	Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	Zu 25 Die Buchung erfolgt in dem Jahr, für das die Zahlung erfolgt.
250	Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 1 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	
2500	Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	Zu 2500 Die Krankenkassen buchen hier die Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 1 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung.
26	Sonstige Beiträge (Gesundheitsfonds)	
260	Sonstige Beiträge (Gesundheitsfonds)	
2600	Sonstige Beiträge (Gesundheitsfonds)	Zu 2600 Hier bucht der Gesundheitsfonds den Gesamtbetrag der in der Monatsabrechnung Sonstige Beiträge (MOA Sonstige Beiträge) von der Krankenkasse nachgewiesenen Beiträge aus Versorgungsbezügen, der Studenten, von freiwillig Versicherten, für Rehabilitanden, der versicherungspflichtigen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und die weiteren sonstigen Beiträge, die nicht den vorgenannten Bereichen zuzuordnen sind.
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 Säumnis- und Verspätungszuschläge auf Beiträge der KV
- 280 Säumniszuschläge auf Beiträge der KV      Zu 280  
Säumniszuschläge auf Beiträge (§ 24 SGB IV).
- 2800 Säumniszuschläge auf Beiträge der KV      Zu 2800  
Der Gesundheitsfonds bucht hier die anfallenden Beiträge in dem Jahr der Festsetzung der Beträge bzw. der Erteilung der Prüfmitteilung.
- 2802 Säumniszuschläge auf Beiträge der KV - Altenteiler
- 281 Verspätungszuschläge auf Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 6 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung
- 2810 Verspätungszuschläge auf Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 6 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung
- 29 Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V (Gesundheitsfonds)
- 290 Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V (Gesundheitsfonds)
- 2900 Zusatzbeiträge für versicherungspflichtig Beschäftigte (Gesundheitsfonds)
- 2901 Zusatzbeiträge der Bundesagentur für Arbeit für versicherte Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III und für Empfänger weiterer Leistungen (Gesundheitsfonds)

- 2902 Zusatzbeiträge für pflichtversicherte Arbeitslosengeld li-Empfänger (Gesundheitsfonds)
- 2903 Zusatzbeiträge aus Renten für Pflichtversicherte (Gesundheitsfonds)
- 2904 Zusatzbeitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V (Gesundheitsfonds)
- 2905 Zusatzbeiträge der freiwillig Wehrdienst leistenden Soldaten und Eignungsübenden (Gesundheitsfonds)
- 2906 Zusatzbeiträge für selbständige Künstler und Publizisten nach dem KSVG (Gesundheitsfonds)
- 2907 Sonstige Zusatzbeiträge (Gesundheitsfonds)

**Kontenklasse 3 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Mittel aus dem Zusatzbeitrag, 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. Für Vermögenserträge ist eine genaue zeitliche Rechnungsabgrenzung vorzunehmen. Noch nicht fällige, aber für das Rechnungsjahr geltende Zinsen sind vor dem Jahresabschluss zu buchen. In ihrer Höhe unbestimmte Vermögenserträge sind dem Geschäftsjahr zuzuordnen, in dem sie ausgezahlt werden. Dies gilt nicht für die LKK.
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 ausgezahlten Unterschiedsbeträge zwischen Ertrag und Aufwand der Gesamtrücklage zu erfassen. Hier sind auch negative Zinserträge zu buchen.
3012	Zinsen aus Bundesmitteln (nur LKK)	
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 Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen	Zu 3031 Hier sind die aus der Anlage der Mittel der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen erzielten Zinserträge, soweit Zuführungen aufgrund der noch nicht ausfinanzierten Rückstellungen erforderlich sind, zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0681 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensveränderung ist über das Konto 6031 zu passivieren.

3033	Zinsen aus dem Deckungskapital gem. § 171e SGB V	Zu 3033 Hier sind die aus der Anlage der Mittel aus Deckungskapital gem. § 171e SGB V erzielten Zinserträge, soweit Zuführungen aufgrund der noch nicht ausfinanzierten Rückstellungen erforderlich sind, zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 0683 im Soll vorzunehmen. Die Vermögensänderung ist über das Konto 6033 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 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Anti-D-Hilfe-Gesetz	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 1989
- 3220 Erstattungen nach § 13 Abs. 4 KVLG 1989 i.V.m. § 50 SGB V
- 3222 Zuschüsse für Leistungsaufwendungen 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 Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989  
Zu 3224  
Hier bucht die landwirtschaftliche Krankenkasse die Einnahmen aus dem Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989.
- 323 Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz 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 Aufwendungen für Leistungen nach dem 31.12.1997 übersteigen.
- 3230 Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz
- 3232 Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz - Alten-teiler -

- 325 Erstattungen nach § 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 landwirtschaftliche Krankenkasse 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 § 19 BVG n. F.
- 3252 Erstattungen nach § 19 BVG n. F. - Altenteiler -
- 326 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V
- Zu 326  
Hier bucht der Gesundheitsfonds die ihm für die Auszahlung der Zuweisungen an die Krankenkassen im Geschäftsjahr zustehenden Abgeltungsbeträge des Bundes für versicherungsfremde Leistungen (§ 221 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 271 Absatz 1 Nummer 5 SGB V). Ferner bucht hier die landwirtschaftliche Krankenkasse die ihnen zustehenden Abgeltungsbeträge (§ 221 Absatz 2 SGB V)..
- 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 Zu 33 Die Buchung erfolgt in dem Jahr, für das die Zahlung erfolgt.
- 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 Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 3320 Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V
- 3322 Einzahlungen von Selbstbehalten 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, Prämienrückzahlungen sind hier gegenzubuchen.
- 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. Soweit sich bereits eingegangene Beträge aus Schadensersatzansprüchen auf Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (ohne LKK) beziehen, sind diese nicht hier zu buchen, sondern über Konto 9210 an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten. 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 und Vertragsstrafen Zu 35  
Alle Bußgelder und Vertragsstrafen, die bei der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Durchführung ihrer Aufgaben anfallen.
- 350 Bußgelder und Vertragsstrafen
- 3500 Bußgelder und Vertragsstrafen
- 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 (ohne Sammelposten). 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. Dagegen sind echte Gewinne aus Forderungen unter 360 (oder 660) zu buchen; sie entstehen dann, wenn eine über 66 beschriebene 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 Finanzausgleich, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Mittel aus dem Zusatzbeitrag, Mittel aus dem Innovationsfonds, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle	
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	
372	Einnahmen aus finanziellen Hilfen, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle	
3720	Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen	Zu 3720 Hier werden die Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen nach § 267 SGB V a.F. und nach § 265a SGB V a.F. gebucht.
3723	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V	
3724	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V	
3725	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V	Zu 3725 Hier bucht die geschlossene Krankenkasse die erhaltene Umlage, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen der Haftungsverbände von den Krankenkassen einfordert.

- 375 Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V
- Zu 375  
Übersteigen die Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds die Ausgaben für Projekte nach § 92a SGB V, sind sie auf die Höhe der Ausgaben zu begrenzen. Der übersteigende Betrag ist als Rechnungsabgrenzungsposten unter Konto 1500 zu buchen.
- 3750 Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V
- 3752 Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V - Altenteiler
- 376 Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V
- 3760 Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V – Abschlagsverfahren
- Zu 3760  
Die Krankenkassen buchen hier die sich aus den monatlichen Bescheiden über den Einkommensausgleich nach § 270a Abs. 2 SGB V ergebenden Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds. Auch hier zu buchen sind die sich aus den Anpassungsbescheiden I bis III im Rahmen der drei Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr ergebenden Beträge. Aufgrund der Anpassungsbescheide ggf. zurückzuzahlende Beträge sind ebenfalls hier zu buchen.
- 3761 Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich
- Zu 3761  
Festgestellte endgültige Höhe der Mittel aus dem Einkommensausgleich nach § 270a Abs. 2 SGB V, soweit sie noch nicht unter Konten 3760 und 3762 im Vorjahr gebucht wurden (Spitzabrechnung).
- 3762 Mittel aus dem Zusatzbeitrag (ohne 3760 und 3761) – Forderungen/Verpflichtungen
- Zu 3762  
Hier ist der Differenzbetrag zwischen dem sich auf Grundlage des vom BVA bekannt gegebenen Berechnungsvordrucks „Forderungen und Verpflichtungen zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und für Mittel aus dem Einkommensausgleich“ ermittelten und dem sich aus den Abschlagszahlungen des BVA ergebenden Betrag für Zahlungen aus dem Einkommensausgleich zu buchen.
- 377 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren -
- Zu 377  
Die Krankenkassen buchen hier die sich aus den monatlichen Zuweisungsbescheiden ergebenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Auch hier zu buchen sind die sich aus Korrekturbescheiden I bis III im Rahmen der drei Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr ergebenden Beträge. Aufgrund der Korrekturbescheide ggf. zurückzuzahlende Beträge sind ebenfalls hier zu buchen

- |   |   |
|---|---|
| 3770 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren -               | Zu 3770<br>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für standardisierte Leistungsausgaben gemäß monatlichen Zuweisungsbescheiden des BVA und den Korrekturbescheiden im Rahmen der Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr.   |
| 3771 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Abschlagsverfahren -          | Zu 3771<br>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Satzungs- und Ermessensleistungen gemäß monatlichen Zuweisungsbescheiden des BVA und Korrekturbescheiden im Rahmen der Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr.   |
| 3772 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Abschlagsverfahren -          | Zu 3772<br>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme gemäß monatlichen Zuweisungsbescheiden des BVA und Korrekturbescheiden im Rahmen der Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr.  |
| 3773 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Abschlagsverfahren -          | Zu 3773<br>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Verwaltungskosten gemäß monatlichen Zuweisungsbescheiden des BVA und Korrekturbescheiden im Rahmen der Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr.   |
| 3775 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 40 RSAV - Abschlagsverfahren -                               | Zu 3775<br>Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 40 RSAV gemäß monatlichen Zuweisungsbescheiden des BVA und Korrekturbescheiden im Rahmen der Strukturanpassungen für das Geschäftsjahr.  |
| 378 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Spitzbetrag Jahresausgleich/Korrekturbeträge -                     | Zu 378<br>Hier sind nur die Zuweisungen aus dem Jahresausgleich für das Vorjahr zu buchen, die nicht bereits erfolgswirksam in der Jahresrechnung des Vorjahres (KA 377 und 379) berücksichtigt wurden (Spitzabrechnung). Aufgrund des Jahresausgleiches ggf. zurückzuzahlende Beträge sind ebenfalls hier zu buchen. |
| 3780 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich -      |   |
| 3781 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich - |   |



- 3782 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich -
- 3783 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich -
- 3785 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – Spitzbetrag Jahresausgleich -
- 3786 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbetrag –
- Zu 3786  
Hier ist der Korrekturbetrag für Zuweisungen gem. BVA-Bescheid über die Korrektur der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) zu buchen, soweit er nicht bereits erfolgswirksam in einer früheren Jahresrechnung enthalten war.
- 3787 Korrekturbeträge nach § 39a Abs. 5 und § 42 Abs. 7 RSAV
- Zu 3787  
Hier sind die vom BVA festgesetzten Korrekturbeträge nach § 39a Abs. 5 und § 42 Abs. 7 RSAV zu buchen.
- 379 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne 377 und 378) – Forderungen/ Verpflichtungen
- Zu 379  
Für die Jahresrechnung buchen hier die Krankenkassen die sich auf Grundlage des vom BVA bekannt gegebenen Berechnungsvordrucks „Forderungen und Verpflichtungen zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und für Mittel aus dem Einkommensausgleich“ ermittelten voraussichtlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, soweit sie nicht bereits unter KA 377 gebucht wurden. Forderungen sind unter Konto 0295, Verpflichtungen unter Konto 1295 gegen zu buchen.
- 3790 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - ohne 3770 und 3780 -
- 3791 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - ohne 3771 und 3781 -
- 3792 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - ohne 3772 und 3782

- 3793 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - ohne 3773 und 3783 -
- 3795 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV - ohne 3775 und 3785 -
- 3796 Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V
- Zu 3796  
Soweit in einem begründeten Einzelfall ausnahmsweise von dem Berechnungsvordruck des BVA abgewichen wird, ist der Differenzbetrag (Abweichungsbetrag) zwischen dem von der Krankenkasse ermittelten und dem sich aus dem Berechnungsvordruck des BVA ergebenden Betrag für Zuweisungen nach § 266 Abs.6 Satz 3 SGB V (Konto 3790) hier zu buchen. Die Begründung für die Abweichung ist als buchungsbe gründende Unterlage vorzuhalten.
- 3797 Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 270 Abs.1 Buchst.c SGB V
- Zu 3797  
Soweit in einem begründeten Einzelfall ausnahmsweise von dem Berechnungsvordruck des BVA abgewichen wird, ist der Differenzbetrag (Abweichungsbetrag) zwischen dem von der Krankenkasse ermittelten und dem sich aus dem Berechnungsvordruck des BVA ergebenden Betrag für Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchst. c SGB V (Konto 3793) hier zu buchen. Die Begründung für die Abweichung ist als buchungsbe gründende Unterlage vorzuhalten.
- 3798 Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen
- Zu 3798  
Hier wird der Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen, gebucht, soweit er anlässlich des Jahresabschlusses ermittelbar ist.
- 38 Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen
- 380 Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen
- Zu 380  
1. Es sind die im Geschäftsjahr zufließenden oder verrechneten Beträge zu buchen.  
2. Hier sind auch die Einnahmen zu buchen, die bis 31.12.2010 unter den Kontenarten 381 (Einnahmen aus Überschreitungen für Heilmittel nach § 84 Abs. 3 i.V.m. Abs. 8 SGB V) und 382 (Einbehaltungen nach § 85 Abs. 4f SGB V) ausgewiesen wurden.

3800	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen	
3802	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen - Altenteiler -	<p>Zu 3802</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Das Konto 3802 gilt nur für die landwirtschaftliche Krankenkasse.</li><li>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.</li><li>3. Die landwirtschaftliche Krankenkasse bucht die auf die AKV bezogenen Einbehaltungen auf Konto 3800 und die auf die Altenteiler bezogenen Einbehaltungen auf Konto 3802.</li></ol>
39	Sonstige Einnahmen	
393	Verzugszinsen	<p>Zu 393</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Zinsen aus Ersatzansprüchen nach § 116 SGB X, nach § 42 Abs. 3 Nr. 1 SGB I, nach § 76 SGB IV.</li><li>2. Nicht hier, sondern auf den zutreffenden Konten der Kontenklasse 2 oder 8 sind die im Zusammenhang mit dem Beitragseinzug anfallenden Zinseinnahmen zu buchen.</li></ol>
3930	Verzugszinsen	
3932	Verzugszinsen - Altenteiler	<p>Zu 3932</p> <p>Die Bestimmung zu 6932 gilt entsprechend.</p>
395	Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel	<p>Zu 395 und 396</p> <p>Einnahmen aus Regressansprüchen wegen unwirtschaftlicher Verordnung. Es sind die im Geschäftsjahr zufließenden oder verrechneten Beträge zu buchen.</p>
3950	Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel	
3952	Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel - Altenteiler -	<p>Zu 3952 und 3962</p> <p>Die Bestimmungen zu 3802 und 3812 gelten entsprechend.</p>

- 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.

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 und der Vorleistungen 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. 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 bleiben die besonderen Zuordnungsregelungen/Abgrenzungsregelungen nach den Bundesmittelrichtlinien LKV unberührt.
6. Für die Gliederung der Kostenerstattungen nach Leistungsarten und Personenkreisen gilt die Gliederung der entsprechenden Sach- oder Dienstleistung in KK 4/5. Kostenerstattungen nach § 13 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. Aufwendungen für Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 und 2 SGB V und § 137d SGB V sind in die für den jeweiligen Bereich maßgebliche Kontenart zu buchen. Soweit eine differenzierte Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Kontenarten nicht möglich ist, werden sie entsprechend dem Verhältnis der gebuchten Ausgaben der betreffenden Kontenarten aufgeteilt.
10. Die zeitliche Rechnungsabgrenzung ist zu beachten. Es sind die Leistungen zu buchen, die für das jeweilige Geschäftsjahr oder bereits abgeschlossene Geschäftsjahre erbracht bzw. abgerechnet werden. Als Abgrenzungskriterium gilt der Zeitraum, für den die Zahlung erfolgt bzw. der Tag der Lieferung oder Erbringung der Leistung. Die bei einzelnen Leistungsarten geregelten Ausnahmen von der Rechnungsabgrenzung sind zu berücksichtigen.
11. Werden von den an Verträgen nach § 73b SGB V, an Verträgen nach § 73c SGB V in der bis 22. Juli 2015 geltenden Fassung und an Verträgen nach § 140a SGB V teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag zu bereinigende Leistungen im Kollektivvertrag in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen für diese Leistungen direkt den jeweiligen Kontenarten zuzuordnen und nicht den Kontenarten 408 und 409 oder den Kontengruppen 57 und 58.
12. Leistungsausgaben nach § 119b SGB V sind auf den Leistungskonten der entsprechenden Leistungsart zu buchen.

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 Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen, 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, des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses des Instituts des Bewertungsausschusses oder des beauftragten Dritten sowie der Datenstelle des Bewertungsausschusses 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  $\frac{2}{3}$  für ärztliche Leistungen,  $\frac{1}{3}$  für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu rechnen.
3. Die Buchung nach Personenkreisen (M, F, R) ist auch bei pauschalisierter Berechnung des Gesamthonoraranpruchs 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. 5 Satz 2 auch nach dem Versichertenstatus auf der bei der Leistungsanspruchnahme vorgelegten Krankenversichertenkarte für die Dauer des restlichen Quartals erfolgen.



400	Ärztliche Behandlung	Zu 4000 bis 4002 1. Aufwendungen für ambulante, kurative Behandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V), für präventive Behandlung (§ 23 Abs. 1 SGB V) und für Sicherstellungsmaßnahmen. 2. Hier sind auch die Aufwendungen für Leistungen der Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG, Aufwendungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V zu buchen. 3. Hier sind auch die Pauschalen für ambulante Behandlungen für Kinder nach § 120 Abs. 1a SGB V zu buchen, die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und –orthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbracht werden. 4. Hier sind auch die Ausgaben für Leistungen nach § 116 SGB V und § 116a SGB V zu buchen.
4000	Ärztliche Behandlung (ohne bis 4003 bis 4005)	
4002		
4000	Mitglieder ohne Rentner	
4001	Familienangehörige der Mitglieder	
4002	Rentner und ihre Familienangehörigen	
4003	Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen	Zu 4003 bis 4005 Hier sind psychotherapeutische Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden sowie regional vereinbarte extrabudgetäre Leistungen der Psychotherapie zu buchen.
4005		
4003	Mitglieder ohne Rentner	
4004	Familienangehörige der Mitglieder	
4005	Rentner und ihre Familienangehörigen	
401	Ambulantes Operieren (ohne 462)	Zu 401 Über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnete Aufwendungen 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.
4010	Mitglieder ohne Rentner	

- 4011 Familienangehörige der Mitglieder
- 4012 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 402 Dialyse-Sachkosten
- Zu 402  
Dialysekosten, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, jedoch ohne das ärztliche Honorar.
- 4020 Mitglieder ohne Rentner
- 4021 Familienangehörige der Mitglieder
- 4022 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 403 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung/Behandlung in Hochschulambulanzen
- 4030 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V
- Zu 4030 bis 4032  
1. Hier zu buchen sind die Ausgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Krankenhäuser nach § 116b SGB V.  
2. Ebenfalls hier zu buchen sind die Ausgaben für Leistungen nach § 116b Abs. 2 und 3 SGB V in der bis zum 31.12.2011 gültigen Fassung, die über diesen Zeitpunkt hinaus abgerechnet werden.
- 4032 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V
- 4030 Mitglieder ohne Rentner
- 4031 Familienangehörige der Mitglieder
- 4032 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4033 Mitglieder ohne Rentner
- 4034 Familienangehörige der Mitglieder
- 4035 Rentner und ihre Familienangehörigen

- |      |   |  |
|------|---|--|
| 4036 | Ärztliche Behandlung in   | Zu 4036 bis 4038   |
| bis  | Hochschulambulanzen nach §  | Hier buchen die Krankenkassen die Ausgaben für   |
| 4038 | 117 SGB V   | Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 SGB V und  |
|      |   | Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten nach § 117 Abs. 2, 1. Halbsatz SGB V, die vom Zulassungsausschuss ermächtigt sind, ambulante ärztliche Behandlungen durchzuführen. |
| 4036 | Mitglieder ohne Rentner   |  |
| 4037 | Familienangehörige der Mitglieder   |  |
| 4038 | Rentner und ihre Familienangehörigen  |  |
| 404  | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme       |  |
| 4040 | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne |  |
| bis  | 4042 bis 4045)  |  |
| 4040 | Mitglieder ohne Rentner   |  |
| 4041 | Familienangehörige der Mitglieder   |  |
| 4042 | Rentner und ihre Familienangehörigen  |  |
| 4043 | Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7                              | Zu 4043 bis 4045   |
| bis  | SGB V   | Hier buchen die Krankenkassen die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung in Krankenhäusern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme.   |
| 4045 |   |  |
| 4043 | Mitglieder ohne Rentner   |  |
| 4044 | Familienangehörige der Mitglieder   |  |
| 4045 | Rentner und ihre Familienangehörigen  |  |
| 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 ärztliche und pflegerische Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu buchen.
- 4060 Mitglieder ohne Rentner
- 4061 Familienangehörige der Mitglieder
- 4062 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 408 Leistungen nach § 73b SGB V
- 4080 Mitglieder ohne Rentner
- 4081 Familienangehörige der Mitglieder
- 4082 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 409 Leistungen nach § 73c SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung
- 4090 Mitglieder ohne Rentner
- 4091 Familienangehörige der Mitglieder
- 4092 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 41 Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz - Zu 41  
1. Die Bestimmungen zu 40 Nr. 1 bis 3 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. Hier sind auch die Aufwendungen für Sicherstellungsmaßnahmen zu buchen.

4. 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

411 Verhütung von Zahnkrankheiten nach § 22a SGB V

4110 Mitglieder ohne Rentner

4111 Familienangehörige der Mitglieder

4112 Rentner und ihre Familienangehörigen

412 KfO-Behandlung

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.
4. Hier sind Pauschalzahlungen, die in Sonderverträgen vereinbart werden können, zu buchen. Eine Unterteilung in Honorar und Material- und Laborkosten ist dabei nicht nötig.

4120 KfO-Behandlung - Honorar bis  
4122

4120 Mitglieder ohne Rentner

4121 Familienangehörige der Mitglieder

- 4122 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4123 Kfo-Behandlung - Pauschal-  
bis zahlungen
- 4125
- 4123 Mitglieder ohne Rentner
- 4124 Familienangehörige der Mitglieder
- 4125 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 413 Kfo-Behandlung - Material-  
und Laborkosten von praxis-  
eigenen Labors
- 4130 Mitglieder ohne Rentner
- 4131 Familienangehörige der Mitglieder
- 4132 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 414 Kfo-Behandlung - Material-  
und Laborkosten von gewerb-  
lichen Labors
- 4140 Mitglieder ohne Rentner
- 4141 Familienangehörige der Mitglieder
- 4142 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 415 Zahnärztliche Früherken-  
nungsuntersuchungen – Kin-  
der (FU) Zu 415  
Aufwendungen 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) Zu 416  
Hier zu buchen sind Aufwendungen zur Verhütung  
von Zahnerkrankungen nach § 22 SGB V/§ 8 KVLG  
1989.
- 4160 Mitglieder ohne Rentner
- 4161 Familienangehörige der Mit-  
glieder
- 4162 Rentner und ihre Familienan-  
gehörigen
- 417 Fissurenversiegelung Zu 417  
Hier zu buchen sind Aufwendungen für Fissurenver-  
siegelung nach § 22 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
- 4170 Mitglieder ohne Rentner
- 4171 Familienangehörige der Mit-  
glieder
- 4172 Rentner und ihre Familienan-  
gehörigen
- 418 Parodontose-Behandlung Zu 418  
1. Gesamtkosten einschließlich Material- und Labor-  
kosten.  
2. Die Bestimmung zu 42 Nr. 2 gilt entsprechend.
- 4180 Mitglieder ohne Rentner
- 4181 Familienangehörige der Mit-  
glieder
- 4182 Rentner und ihre Familienan-  
gehörigen
- 419 Sonstige zahnärztliche Leis-  
tungen Zu 419  
1. Gesamtkosten für Kieferbruch und implantologi-  
sche Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V.  
2. Die Bestimmung zu 42 Nr. 2 gilt entsprechend.
- 4190 Mitglieder ohne Rentner
- 4191 Familienangehörige der Mit-  
glieder
- 4192 Rentner und ihre Familienan-  
gehörigen

- |      |   |  |
|------|---|--|
| 42   | Zahnersatz  | Zu 42<br>1. Hier sind die Kosten nach § 55 SGB V zu buchen. Aufwendungen für Zahnersatz, der von Hochschulambulanzen abgerechnet wird, ist ebenfalls hier zu buchen.<br><br>2. Für die Zuordnung der Leistungsaufwendungen zu den Personenkreisen M, F, R ist der Versichertenstatus am Tag der Ausstellung des Heil- und Kostenplans maßgebend. |
| 426  | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V | Zu 426<br>Hier sind alle Kosten nach §55 Abs. 1 SGB V zu buchen. Auch Restbeträge von Vergütungszuschlägen für Zahnersatz (§ 137 Abs. 4 SGB V), die bis 31.12.2009 unter der Kontenart 425 zu buchen waren.  |
| 4260 | Mitglieder ohne Rentner                             |  |
| 4261 | Familienangehörige der Mitglieder                   |  |
| 4262 | Rentner und ihre Familienangehörigen                |  |
| 427  | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V | Zu 427<br>Hier sind alle Kosten nach § 55 Abs. 2 SGB V zu buchen.  |
| 4270 | Mitglieder ohne Rentner                             |  |
| 4271 | Familienangehörige der Mitglieder                   |  |
| 4272 | Rentner und ihre Familienangehörigen                |  |
| 428  | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V | Zu 428<br>Hier sind alle Kosten nach § 55 Abs. 3 SGB V zu buchen.  |
| 4280 | Mitglieder ohne Rentner                             |  |
| 4281 | Familienangehörige der Mitglieder                   |  |
| 4282 | Rentner und ihre Familienangehörigen                |  |



- 43      Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen      Zu 43
1. Die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel bei Krankenhausbehandlung, bei medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, bei medizinischer Vorsorge- und Rehabilitation für Mütter und Väter, bei Empfängnisverhütung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation sowie 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- und Verbandmittel 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- und Verbandmittel 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 buchen sind die Kosten für im Geschäftsjahr gelieferte Arznei- und Verbandmittel (einschließlich etwaiger Nebenkosten). 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..
  6. Aufwendungen für Arzneimitteln, für die ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt, sind in der Kontenart zu buchen in der die entsprechende Leistung fällt. Nacherstattungen nach § 130b SGB V sind unter der Kontenart 430 zu buchen.



- 4341 Familienangehörige der Mitglieder
- 4342 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4343 Arzneimittel im Rahmen der bis spezialisierten ambulanten  
4345 Palliativversorgung
- 4343 Mitglieder ohne Rentner
- 4344 Familienangehörige der Mitglieder
- 4345 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4346 Arznei- und Verbandmittel aus  
bis Apotheken im Rahmen der  
4348 ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
- Zu 4346 bis 4348  
Hier zu buchen sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V.
- 4346 Mitglieder ohne Rentner
- 4347 Familienangehörige der Mitglieder
- 4348 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 Verdienstaustausch 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 sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen 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 Verdienstausfall 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 Arznei- und Verbandmittel von bis Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung
- 4372
- 4370 Mitglieder ohne Rentner
- 4371 Familienangehörige der Mitglieder
- 4372 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4373 Arznei- und Verbandmittel von bis Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
- 4375
- Zu 4373 bis 4375  
Hier zu buchen sind Kosten für Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V.
- 4373 Mitglieder ohne Rentner
- 4374 Familienangehörige der Mitglieder
- 4375 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 und 8a SGB V, § 130c SGB V den Konten 4396, 4397 und 4398 zuzuordnen. Einnahmen aus pauschal bzw. personenübergreifenden gewährten Rabatten oder Rückzahlungen von Krankenhäusern sind nicht hier, sondern unter den Konten 4606 bzw. 4608 zu buchen. Rabatte nach § 130a und § 132e SGB V auf Impfstoffe im Rahmen der Schutzimpfung nach § 20i Abs. 1 SGB V sind unter der Kontenart 519 zu buchen.

4390 Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer  
4392

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 Unternehmern  
4398

4396 Mitglieder ohne Rentner

4397 Familienangehörige der Mitglieder

4398 Rentner und ihre Familienangehörigen

44 Hilfsmittel

Zu 44

1. Für die Zuordnung der Aufwendungen für Hilfsmittel ist das aktuell gültige Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V heranzuziehen. 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.
2. Für die Zuordnung der Aufwendungen für Hilfsmittel zu den Personenkreisen M, F, R ist der Versicherungsstatus 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 Aufwendungen für Hilfsmittel bei medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, bei medizinischer Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter, bei Empfängnisverhütung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation sowie bei Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind nicht hier, sondern auf den jeweils zutreffenden Konten zu buchen.
4. Aufwendungen für Wartung und technische Kontrollen sind unter der Kontenart zu buchen, in die die Aufwendung der dazugehörigen Produktgruppe fällt.
5. Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind unabhängig von der Produktgruppe in der Kontenart 440 zu buchen.

440 Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Zu 440

Hier sind die bis 31.12.2015 unter den Konten 4597 bis 4599 erfassten Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu buchen.

4400 Mitglieder ohne Rentner

4401 Familienangehörige der Mitglieder

4402 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 441 Hilfsmittel der Orthopädietechnik  
Zu 441  
Hier sind die Aufwendungen der Produktgruppen Bandagen (PG 05), Einlagen (PG 08), Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (PG 17), Orthesen/Schienen (PG 23), Prothesen (PG 24), Schuhe (PG 31), Haarersatz (PG34), Augenprothesen (PG 36) und Brustprothesen (PG 37) zu buchen.
- 4410 Mitglieder ohne Rentner
- 4411 Familienangehörige der Mitglieder
- 4412 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 444 Hilfsmittel der Medizintechnik  
Zu 444  
Hier zu buchen sind die Aufwendungen der Produktgruppen Absauggeräte (PG 01), Bestrahlungsgeräte (PG 06), Elektrostimulationsgeräte (PG 09), Inhalations- und Atemtherapiegeräte (PG 14), Messgeräte für Körperzustände/-funktionen (PG 21) und Sprechhilfen (PG 27).
- 4440 Mitglieder ohne Rentner
- 4441 Familienangehörige der Mitglieder
- 4442 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 445 Hilfsmittel der Rehathechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel  
Zu 445  
1. Hier sind die Aufwendungen der Produktgruppen Adaptionshilfen (PG 02), Bade- und Duschhilfen (PG 04), Gehhilfen (PG 10), Hilfsmittel gegen Dekubitus (PG 11), Kranken-/Behindertenfahrzeuge (PG 18), Krankenpflegeartikel (PG 19), Lagerungshilfen (PG 20), Mobilitätshilfen (PG 22), Sitzhilfen (PG 26), Stehhilfen (PG 28), Therapeutische Bewegungsgeräte (PG 32) und Toilettenhilfen (PG 33) zu buchen.  
2. Für die Aufteilung der Ausgaben der doppelfunktionalen Hilfsmittel zwischen KV/PV sind die Quoten auf Grundlage der Richtlinie nach § 40 Abs. 5 Satz 3 SGB XI anzuwenden.  
3. Ebenfalls sind hier anteilig die Aufwendungen der Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege (PG 50) auf Grundlage der Richtlinie nach § 40 Abs. 5 Satz 3 SGB XI zu buchen.
- 4450 Mitglieder ohne Rentner

- 4451 Familienangehörige der Mitglieder
- 4452 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 446 Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare)      Zu 446  
Hier sind die Aufwendungen der Produktgruppen Applikationshilfen (PG 03), Hilfsmittel bei Tracheostoma (PG 12), Inkontinenzhilfen (PG 15) und Stomaartikel (PG 29) zu buchen.
- 4460 Mitglieder ohne Rentner
- 4461 Familienangehörige der Mitglieder
- 4462 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 447 Hörhilfen      Zu 447  
Hier sind die Aufwendungen der Produktgruppe Hörhilfen (PG 13) zu buchen.
- 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 Sonstige Hilfsmittel

Zu 449

1. Hier sind die Aufwendungen der Produktgruppen Blindhilfsmittel (PG 07), Kommunikationshilfen (PG 16), Sehhilfen (PG 25) und Verscheidens (PG 99) zu buchen.

2. Hier sind auch Aufwendungen für Hilfsmittel, die einer Produktgruppe nicht eindeutig zugeordnet werden können und keine doppel funktionale Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittel sind, zu buchen. Hilfsmittel, die aufgrund ihrer Zweckbestimmung einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses zugeordnet werden können, sind entsprechend dieser Zuordnung zu buchen, auch dann wenn das Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist.

4490 Mitglieder ohne Rentner

4491 Familienangehörige der Mitglieder

4492 Rentner und ihre Familienangehörigen

45 Heilmittel

Zu 45

1. Handelt es sich um Heilmittel, 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.

2. Die Aufwendungen für Heilmittel bei medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, bei medizinischer Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter, bei Empfängnisverhütung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation sowie bei Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind nicht hier, sondern auf den jeweils zutreffenden Konten zu buchen.

450 Physikalische Therapie – nur vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung

4500 bis 4502	Physikalische Therapie - nur vertragsärztliche Versorgung	Zu 4500 bis 4502 1. Hier zu buchen sind Ausgaben für Physikalische Therapie, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen.  2. Hier sind nicht die Kosten für Rehabilitationssport zu erfassen (siehe KA 541).  3. Hier sind auch die bis 31.12.2010 unter 452 erfassten Leistungen von Krankengymnasten und Physiotherapeuten zu buchen.
4500	Mitglieder ohne Rentner	
4501	Familienangehörige der Mitglieder	
4502	Rentner und ihre Familienangehörigen	
4503 bis 4505	Physikalische Therapie - nur vertragszahnärztliche Versorgung	
4503	Mitglieder ohne Rentner	
4504	Familienangehörige der Mitglieder	
4505	Rentner und ihre Familienangehörigen	
453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 450, 454, 455,458)	Zu 453 1. Leistungen von nicht ärztlichen Heilpersonen auf ärztliche Verordnung (z.B. Orthoptisten, Diätassistenten).  2. Die Bestimmungen zu 40 Nr. 1, 3 und 4 gelten entsprechend.
4530	Mitglieder ohne Rentner	
4531	Familienangehörige der Mitglieder	
4532	Rentner und ihre Familienangehörigen	
454	Ergotherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -	Zu 454 Hier sind alle Aufwendungen für Leistungen der Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zu erfassen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen.
4540	Mitglieder ohne Rentner	

- 4541 Familienangehörige der Mitglieder
- 4542 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 455 Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung -
- 4550 Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen - nur vertragsärztliche Versorgung
- 4550 Mitglieder ohne Rentner
- 4551 Familienangehörige der Mitglieder
- 4552 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4553 Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen - nur vertragszahnärztliche Versorgung
- 4553 Mitglieder ohne Rentner
- 4554 Familienangehörige der Mitglieder
- 4555 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 457 Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V
- 4570 Mitglieder ohne Rentner
- 4571 Familienangehörige der Mitglieder
- 4572 Rentner und ihre Familienangehörigen
- Zu 4550 bis 4552  
Hier zu buchen sind Ausgaben für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen.
- Zu 457  
Hier zu buchen sind die Ausgaben außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von Heilmitteln, die gemäß § 116b Abs. 7 SGB V im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung verordnet werden und somit nicht unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen.

- 458 Podologische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung
- Zu 458  
Hier zu buchen sind Ausgaben für podologische Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen.
- 4580 Mitglieder ohne Rentner
- 4581 Familienangehörige der Mitglieder
- 4582 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 459 Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung - sowie Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
- 4590 Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -
- Zu 4590 bis 4592  
1. Hier zu buchen sind Ausgaben von Heilmitteln außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen. Hierunter fallen die Ausgaben von Heilmitteln im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V, § 64d SGB V, und sonstige Ausgaben verordneter Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.  
2. Ebenfalls hier zu buchen sind Aufwendungen für Heilmittel, die durch Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V verordnet wurden.
- 4590 Mitglieder ohne Rentner
- 4591 Familienangehörige der Mitglieder
- 4592 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4593 Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- Zu 4593 bis 4595  
Hier zu buchen sind Ausgaben von Heilmitteln außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) verordnet werden und somit nicht unter das Ausgabenvolumen nach § 84 SGB V fallen.
- 4593 Mitglieder ohne Rentner
- 4594 Familienangehörige der Mitglieder

4595 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 Rehabilitationsleistungen, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung) durchgeführt werden. Hier sind auch Sach- und Transportkosten sowie die Organisationspauschale bei Organtransplantationen und die Vergütungspauschale für die von dem Zentralen Knochenmarkspenderregister veranlassten Leistungen für einen Knochenmarkempfänger zu buchen. Dazu gehören auch der Verdienstausfall sowie Fahrt- 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, des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz 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 Bundespflegegesetzverordnung abgerechnet werden, als auch bei DRG-Fallpauschalen sind die Kosten dem Geschäftsjahr zuzuordnen, in dem die Krankenhausbehandlung endet. Die Zuschläge folgen in der zeitlichen Rechnungsabgrenzung der Hauptleistung. In Ausnahmefällen und soweit gesetzlich bzw. ordnungsrechtlich 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. Das gilt auch für die Fortsetzungspauschale nach § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV.

- 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.
  4. Hier buchen die Krankenkassen die Kosten für die Gutachtenerstellung einer nach Landesrecht zuständigen Lebendspende-Kommission nach dem Transplantationsgesetz.
- 4600 Krankenhausbehandlung ohne  
bis 4603 bis 4606 und 4608  
4602
- 4600 Mitglieder ohne Rentner
- 4601 Familienangehörige der Mitglieder
- 4602 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 4603 Stationäre Behandlung in psy-  
bis chiatrischen Einrichtungen  
4605
- Zu 4603 bis 4605  
Hier buchen die Krankenkassen die Ausgaben für voll- und teilstationäre psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen.
- 4603 Mitglieder ohne Rentner
- 4604 Familienangehörige der Mitglieder
- 4605 Rentner und ihre Familienangehörigen

4606 4608	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	
4606	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (ohne 4608)	<p>Zu 4606 und 4608</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern aufgrund von Vereinbarungen, die personenübergreifend und pauschal gewährt oder geleistet werden, sind hier zu buchen.</li><li>2. Die Einnahmen aus Rabatten im Bereich der Arzneimittel sind nicht hier, sondern unter den Konten der Kontenart 439 „Arzneimittelrabatte“ zu buchen.</li><li>3. Die Einnahmen aus Rabatten, die ausschließlich im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und der Verträge nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung gewährt werden, sind nicht hier, sondern unter den Konten der Kontenart 587 zu buchen.</li><li>4. Die Einnahmen aus Rabatten und Rückzahlungen von Krankenhäuser für Altenteiler sind unter Konto 4608 zu buchen.</li><li>5. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen.</li></ol>
4608	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Altenteiler - nur LKK)	
461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung	<p>Zu 461 Die Bestimmungen zu 460 gelten entsprechend.</p>
4610 4612	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615)	
4610	Mitglieder ohne Rentner	
4611	Familienangehörige der Mitglieder	
4612	Rentner und ihre Familienangehörigen	
4613 4615	Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung	<p>Zu 4613 bis 4615 Hier buchen die Krankenkassen die Ausgaben für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen.</p>

- 4613 Mitglieder ohne Rentner
- 4614 Familienangehörige der Mitglieder
- 4615 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 462 Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) Zu 462  
Direkt mit der Krankenkasse abgerechnete Aufwendungen nach § 115b Abs. 2 Satz 4 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 stationärsersetzenden Eingriffen zu erstattenden Arzneimittel sind hier zu buchen. Die Bestimmungen zu 460 gelten entsprechend. Hier sind auch die direkt mit der Krankenkasse abgerechneten Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit nach § 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V 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.
- 4630 Mitglieder ohne Rentner
- 4631 Familienangehörige der Mitglieder
- 4632 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 464 Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation - (ohne 465, 504, 505 und 5760 bis 5762) 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 5760 bis 5762)

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 (ohne 5763 bis 5765)	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	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen	Zu 467 Aufwendungen für stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld nach § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
4670	Mitglieder ohne Rentner	
4671	Familienangehörige der Mitglieder	
4672	Rentner und ihre Familienangehörigen	
469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	Zu 469 Auch die Kosten für Investitionszuschläge bei stationärer psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Behandlung sind hier zu buchen.
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, zur Bundesagentur für Arbeit und Beiträge für Versorgungseinrichtungen nach § 47a SGB V sowie Beiträge der Krankenkasse zur Renten-, Pflegeversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit. 2. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen. 3. Krankengeld nach § 44a SGB V ist in Kontengruppe 46 zu buchen.

470	Krankengeld (ohne 471 und 472)	Zu 470 Hier zu buchen sind auch die bis 31.12.2010 unter Konto 4770 erfassten Ausgaben für Krankengeld aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen und die hierauf entfallenden vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteile.
4700	Mitglieder	
471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	Zu 471 Krankengeld nach § 45 SGB V/§ 12 KVLG 1989.
4710	Mitglieder	Zu 4710 Hier zu buchen sind auch die bis 31.12.2010 unter Konto 4715 erfassten Ausgaben für Krankengeld anlässlich der Betreuung eines Kindes, das das zwölfte Lebensjahr vollendet hat.
472	Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	Zu 472 1. Einschließlich Krankengeld bei Anschlussrehabilitation.  2. Hier sind auch die Ausgaben zu buchen, die bis 31.12.2010 unter den Kontenarten 473 (Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter) und 474 (Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch) ausgewiesen wurden.
4720	Mitglieder	
478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld	Zu 478 1. Volle und anteilige Beiträge der Krankenkasse zur Renten- und Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung.

2. Hier sind ebenfalls Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen nach § 47a SGB V zu buchen.
3. 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.
4. Volle und anteilige Beiträge der Krankenkassen zur Renten- und Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung aus Krankengeldnachzahlungen aufgrund sozialrechtlicher Herstellungsansprüche. Die vom Versicherten zu tragenden Beiträge aus diesen Krankengeldnachzahlungen sind nicht hier, sondern unter Konto 4700 zu buchen.
5. Hier zu buchen sind auch die bis 31.12.2010 unter Konto 4775 erfassten Beiträge aus Krankengeld aufgrund sozialrechtlicher Herstellungsansprüche.

4780 Mitglieder

48 Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht Zu 48  
Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen 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

Zu 481

1. Hier sind Aufwendungen für Leistungen im Ausland aufgrund der EG-Verordnungen 883/2004 und 987/2009 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

483 Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V

Zu 483

Alle an den Arbeitgeber nach § 17 Abs. 2 SGB V zu erstattenden Leistungen.

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 472), die für Leistungsberechtigte übernommenen Fahrkosten, Aufwendungen nach § 53 SGB IX (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 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 für versicherte Kinder, die bei Beginn der Maßnahme das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 5030 Mitglieder ohne Rentner
- 5031 Familienangehörige der Mitglieder
- 5032 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 504 Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579) - Zu 504  
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 und 579) Zu 505  
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. Die von den Krankenkassen zu tragenden Aufwendungen für Begleitkinder sind ebenfalls hier 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. Die von den Krankenkassen zu tragenden Aufwendungen für Begleitkinder sind ebenfalls hier 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 Ausgaben für 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 Sozialberater Tätigkeit 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. 4 Nr. 1 SGB V - verhaltensbezogene Prävention           | Zu 511<br>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<br>Leistungen nach § 66 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Besondere, direkt zurechenbare Personal-, Sach- und sonstige Kosten für Leistungen nach § 66 SGB V/§ 8 KVLG 1989.  |
| 5120 | Mitglieder ohne Rentner   |  |
| 5121 | Familienangehörige der Mitglieder   |  |
| 5122 | Rentner und ihre Familienangehörigen  |  |
| 513  | Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen<br>- nur Zuschuss - | Zu 513<br>Zu buchen sind hier ausschließlich Zuschüsse zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 20h 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 § 20h 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. Hierbei muss es sich um eine echte Aufgabenübertragung handeln. Kosten, die allein durch die Beratung der Selbsthilfeträger entstehen sind nicht hier zu buchen. Aufwendungen für Beratung und Aufklärung über Rechte und Pflichten nach dem SGB zählen zu den allgemeinen Aufgaben einer Krankenkasse und sind unter der Kontenklasse 7 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  
Die Bestimmung zu KA 510 gilt entsprechend.
- 5155 Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V
- Zu 5155  
Hier sind die Aufwendungen für Präventionsleistungen nach § 20b und § 20c SGB V zu buchen. Darunter fallen auch die anteiligen Personalkosten, die im Zusammenhang mit den Leistungen zur Prävention stehen.  
Darüber hinaus sind die an den GKV-Spitzenverband abzuführenden, nicht verausgabten Mittel nach § 20b Absatz 4 SGB V hier zu buchen.
- 5156 Mittel nach § 20b Absatz 4 SGB V
- Zu 5156  
Hier sind die Rückzahlungen des GKV-Spitzenverbands an die Krankenkassen nach § 20b Absatz 4 Satz 2 SGB V zu buchen.

- 516 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) sowie Zahlungen nach der IschGKVLV
- Zu 516  
1. Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V/§ 8 KVLG 1989.  
2. Hier sind die von der Krankenkasse im Geschäftsjahr veranlassten Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) und der mit dem jeweiligen Land abgeschlossenen Impfvereinbarung zu buchen, und zwar unabhängig vom tatsächlichen Zeitpunkt der Impfungen. Erfolgt die Zahlung als Pauschale, ist die Zahlung – soweit andere geeignete Maßstäbe nicht vorhanden sind - nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise aufzuteilen.
- 5160 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)  
5162
- 5160 Mitglieder ohne Rentner
- 5161 Familienangehörige der Mitglieder
- 5162 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5163 Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV)  
5165
- 5163 Mitglieder ohne Rentner
- 5164 Familienangehörige der Mitglieder
- 5165 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 517 Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung
- Zu 517  
Die Bestimmungen zu 510 gelten entsprechend.
- 5170 Mitglieder ohne Rentner
- 5171 Familienangehörige der Mitglieder
- 5172 Rentner und ihre Familienangehörigen



518	Schutzimpfungen nach § 20i 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 § 20i Abs. 2 SGB V sowie § 23 Abs. 9 SGB V a.F. sind den Konten 5180 bis 5182 zuzuordnen. 3. Aufwendungen für Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 und 3 SGB V sind ab 01.07.2007 den Konten 5183 bis 5188 zuzuordnen.
5180 bis 5182	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen)	
5180	Mitglieder ohne Rentner	
5181	Familienangehörige der Mitglieder	
5182	Rentner und ihre Familienangehörigen	
5183 bis 5185	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar	
5183	Mitglieder ohne Rentner	
5184	Familienangehörige der Mitglieder	
5185	Rentner und ihre Familienangehörigen	
5186 bis 5188	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe)	
5186	Mitglieder ohne Rentner	
5187	Familienangehörige der Mitglieder	
5188	Rentner und ihre Familienangehörigen	

519	Rabatte auf Impfstoffe	Zu 519 1. Rabatte auf Impfstoffe nach § 130a und § 132e Abs. 2 SGB V im Rahmen der Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V.  2. Rabatte auf verordnungsfähige Impfstoffe, die beschafft und präventiv genutzt werden.  3. Rabatte auf Impfstoffe, die bei einer Akutbehandlung verwendet werden, sind unter Kontenart 439 zu buchen.
5190	Mitglieder ohne Rentner	
5191	Familienangehörige der Mitglieder	
5192	Rentner und ihre Familienangehörigen	
52	Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben/Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	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 sowie § 25a 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
- 5220 Mitglieder ohne Rentner
- 5221 Familienangehörige der Mitglieder
- 5222 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 523 Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten
- 5230 Mitglieder ohne Rentner
- 5231 Familienangehörige der Mitglieder
- 5232 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 524 Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V
- 5240 Mitglieder ohne Rentner
- 5241 Familienangehörige der Mitglieder
- Zu 522
1. Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern (§ 25 Abs. 2 SGB V und § 25a SGB V/§ 8 KVLG 1989).
  2. Die Bestimmung zu 521 Nr. 2 gilt auch hier.
- Zu 523
1. Aufwendungen für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 1 und Satz 3 SGB V/§ 8 KVLG 1989.
  2. Die Bestimmung zu 521 Nr. 2 gilt auch hier.
- 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
1. 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.
  2. Ausgaben für ärztliche Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V.

- 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 Evaluationskosten 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 sowie besonderer Therapieformen (§ 65b und 65d 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
- 528 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V

5280 bis 5282	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V – ambulanter Bereich/Kompetenzzentren	Zu 5280 bis 5282 Die Aufwendungen für Vertragsärzte können, wenn geeignete Maßstäbe nicht vorhanden sind, nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt werden.
5280	Mitglieder ohne Rentner	
5281	Familienangehörige der Mitglieder	
5282	Rentner und ihre Familienangehörigen	
5283 bis 5285	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V-stationärer Bereich	Zu 5283, 5284 und 5285 Die Aufwendungen für Krankenhausärzte können, wenn geeignete Maßstäbe nicht vorhanden sind, nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten auf die Konten für die Personenkreise verteilt werden.
5283	Mitglieder ohne Rentner	
5284	Familienangehörige der Mitglieder	
5285	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 472 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
- 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, Belastungsprobung, 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 1989 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 1989.
- 5420 Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989
- 5420 Mitglieder ohne Rentner
- 5421 Familienangehörige der Mitglieder
- 5422 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5423 Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989
- 5423 Mitglieder ohne Rentner

- 5424 Familienangehörige der Mitglieder
- 5425 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 543 Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V/Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- 5430 Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V
- 5430 Mitglieder ohne Rentner
- 5431 Familienangehörige der Mitglieder
- 5432 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5433 bis 5435 Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- Zu 5433 bis 5435  
Hier sind die Aufwendungen für Leistungen nach § 43b SGB V/§ 8 KVLG 1989 in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V zu buchen.
- 5433 Mitglieder ohne Rentner
- 5434 Familienangehörige der Mitglieder
- 5435 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 544 Behandlung in psychiatrischen/geriatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)
- 5440 bis 5442 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Zu 5440 bis 5442  
Hier zu buchen sind die Ausgaben für Leistungen in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 1 und 2 SGB V sowie die Ausgaben für Leistungen in psychosomatischen Einrichtungen nach § 118 Abs. 3 SGB V.
- 5440 Mitglieder ohne Rentner
- 5441 Familienangehörige der Mitglieder



- 5442 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5443 Behandlung in geriatrischen bis 5445 Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- 5443 Mitglieder ohne Rentner
- 5444 Familienangehörige der Mitglieder
- 5445 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 und 579) 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 und 578)

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

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
- 5492 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 55 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft Zu 55  
1. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 24c bis 24i SGB V/§§ 9,10 und 14 KVLG 1989.  
2. Ausgaben nach dem Mutterschutzgesetz bis 31.12.2008 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 § 24d SGB V.
- 5500 Mitglieder ohne Rentner
- 5501 Familienangehörige der Mitglieder
- 5502 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 551 Hebammenhilfe Zu 551  
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.
- 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 § 24f SGB V in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung sowie die Aufwendungen für den DRG-Systemzuschlag 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 § 24g SGB V.
- 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 § 24h SGB V/§§ 9 und 10 KVLG 1989.
  2. Die Bestimmung zu 562 Nr. 2 gilt entsprechend.
- 5540 Mitglieder ohne Rentner
- 5541 Familienangehörige der Mitglieder
- 5542 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 555 Sonstige Sachleistungen
- Zu 555  
Alle sonstigen Sachleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Hierunter fallen Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Heil- und Hilfsmittel.

- 5550 Mitglieder ohne Rentner
- 5551 Familienangehörige der Mitglieder
- 5552 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 556 Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld
- Zu 556
1. Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V/§ 14 KVLG 1989 und Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 und 3 MuSchG sowie Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld nach §§ 345 Nr. 7 und 347 Nr. 8 SGB III.
  2. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) zu buchen.
- 5560 Mitglieder ohne Rentner
- 5562 Rentner
- 559 Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG
- 5590 Mitglieder ohne Rentner
- 5591 Familienangehörige der Mitglieder
- 5592 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 56 Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege
- 560 Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung -
- Zu 560 und 561  
Aufwendungen nach § 9 Abs. 2 KVLG 1989. Die Bestimmung 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 Mitglieder

563 Behandlungspflege und Intensivpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Zu 563  
Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt auch hier.

5630 Behandlungspflege nach § 37 bis Absatz 2 Satz 1 SGB V (ohne 5633 bis 5638)

Zu 5630 bis 5632  
Aufwendungen nach § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V/§ 8 KVLG 1989 ohne Aufwendungen für Intensivpflege, die auf den Konten 5633 bis 5638 zu buchen sind.

5630 Mitglieder ohne Rentner

5631 Familienangehörige der Mitglieder

5632 Rentner und ihre Familienangehörigen

5633 Intensivpflege in stationären bis Pflegeeinrichtungen 5635

Zu 5633 bis 5635  
1. Aufwendungen für Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen für Leistungsfälle nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 37 Absatz 2 Satz 8 SGB V / § 8 KVLG 1989.

2. Die Bestimmung Nummer 3 zu 5636 bis 5638 gilt entsprechend.

5633 Mitglieder ohne Rentner

5634 Familienangehörige der Mitglieder

5635 Rentner und ihre Familienangehörigen

5636 bis 5638	Intensivpflege ambulant	Zu 5636 bis 5638 1. Aufwendungen für Intensivpflege, die in der Häuslichkeit des Versicherten und in Wohngruppen bzw. Wohngruppen ähnlichen Wohnformen erbracht werden.  2. Hier sind auch alle Aufwendungen für Intensivpflege zu buchen, die nicht auf den Konten 5633 bis 5635 zu buchen sind.  3. Unter der außerklinischen Intensivpflege sind Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu verstehen, die eine ständige Anwesenheit/Interventionsbereitschaft einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft und zur Durchführung der notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen erfordern, da wegen der Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können.
5636	Mitglieder ohne Rentner	
5637	Familienangehörige der Mitglieder	
5638	Rentner und ihre Familienangehörigen	
		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 landwirtschaftliche Krankenkasse bucht Leistungsaufwendungen, 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 und Abs. 1a 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 Häusliche Krankenpflege  
bis nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB  
5672 V/§ 8 KVLG 1989
- 5670 Mitglieder ohne Rentner
- 5671 Familienangehörige der Mitglieder
- 5672 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5673 Häusliche Krankenpflege  
bis nach § 37 Abs. 1a Satz 1  
5675 SGB V/§ 8 KVLG 1989
- 5673 Mitglieder ohne Rentner
- 5674 Familienangehörige der Mitglieder



- 5675 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 568 Häusliche Krankenpflege  
- Ermessensleistung -
- Zu 568  
Aufwendungen nach § 37 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 1a Satz 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989. Die Bestimmung zu 567 Sätze 2 und 3 gilt auch hier.
- 5680 Häusliche Krankenpflege  
bis nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB  
5682 V/§ 8 KVLG 1989
- 5680 Mitglieder ohne Rentner
- 5681 Familienangehörige der Mitglieder
- 5682 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5683 Häusliche Krankenpflege  
bis nach § 37 Abs. 1a Satz 2  
5685 SGB V/§ 8 KVLG 1989
- 5683 Mitglieder ohne Rentner
- 5684 Familienangehörige der Mitglieder
- 5685 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 569 Häusliche Krankenpflege  
nach § 37 Abs. 2 Satz 4  
SGB V/ Kurzzeitpflege nach §  
39c 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 Häusliche Krankenpflege  
bis nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB  
5692 V
- 5690 Mitglieder ohne Rentner
- 5691 Familienangehörige der Mitglieder
- 5692 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5693 Kurzzeitpflege nach § 39c  
bis SGB V  
5695
- 5693 Mitglieder ohne Rentner

- 5694 Familienangehörige der Mitglieder
- 5695 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 57 Besondere Versorgung nach § 140a SGB V/Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung (ohne 586, 587, 588 und 589)
- Zu 57
1. Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und der Verträge nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung.
  2. Aufwendungen nach § 140 a Abs. 2 Satz 2 SGB V sind, soweit es sich um Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V handelt, nicht hier, sondern unter der Kontenart 630 zu buchen.
  3. Die Bestimmungen zu den korrespondierenden Leistungsarten außerhalb der Verträge nach § 140a SGB V und der Verträge nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung gelten entsprechend.
  4. Hier sind auch die Telemetrie kosten im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und der Verträge nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung zu buchen.
- 570 Ambulante ärztliche Behandlung
- Zu 570
- Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 400, 401, 403, 463, 520 bis 523, 530 und 550 zu buchen wären.
- 5700 Mitglieder ohne Rentner
- 5701 Familienangehörige der Mitglieder
- 5702 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 571 Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz
- Zu 571
- Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140 a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontengruppen 41 und 42 und der Kontenart 516 zu buchen wären.
- 5710 Mitglieder ohne Rentner
- 5711 Familienangehörige der Mitglieder
- 5712 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 572 Sachleistungen bei Dialyse Zu 572  
Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 402 und 448 zu buchen wären.
- 5720 Mitglieder ohne Rentner
- 5721 Familienangehörige der Mitglieder
- 5722 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 573 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen Zu 573  
Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 430, 434 bis 438 und 532 zu buchen wären.
- 5730 Mitglieder ohne Rentner
- 5731 Familienangehörige der Mitglieder
- 5732 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 574 Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen Zu 574  
Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 450 bis 458 zu buchen wären.
- 5740 Mitglieder ohne Rentner
- 5741 Familienangehörige der Mitglieder
- 5742 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 575 Hilfsmittel Zu 575  
Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 440 bis 447 und 449 zu buchen wären.
- 5750 Mitglieder ohne Rentner
- 5751 Familienangehörige der Mitglieder

5752	Rentner und ihre Familienangehörigen	
576	Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen	Zu 576 <ol style="list-style-type: none"><li>1. Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 460 bis 462, 464 bis 466, 469, 531, 537, 552, 559 und 594 zu buchen wären.</li><li>2. Hier sind die Ausgaben für einzelvertraglich vereinbarte Qualitätssicherungszuschläge im Rahmen der integrierten Versorgung mit den Entgelschlüsseln 61 und 62 zu buchen.</li><li>3. Die Bestimmung zu 46 Nr. 4 gilt entsprechend.</li></ol>
5760 bis 5762	Krankenhausbehandlung und stationäre Anschluss-Rehabilitation im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung	
5760	Mitglieder ohne Rentner	
5761	Familienangehörige der Mitglieder	
5762	Rentner und ihre Familienangehörigen	
5763 bis 5765	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung	Zu 5763 bis 5765 Die Gesamtaufwendungen (einschl. Pflegekosten) für Dialysen, die nicht im Zusammenhang mit vollstationären Behandlungen stehen und gemäß der Verträge nach § 140a SGB V oder § 140a ff. SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung in Verbindung mit § 301 SGB V von stationären Einrichtungen abgerechnet werden, sind hier zu buchen.
5763	Mitglieder ohne Rentner	
5764	Familienangehörige der Mitglieder	
5765	Rentner und ihre Familienangehörigen	
577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)	Zu 577 Alle Aufwendungen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die außerhalb dieser Verträge unter den Kontenarten 553, 563 und 567 zu buchen wären.

- 5770 Mitglieder ohne Rentner
- 5771 Familienangehörige der Mitglieder
- 5772 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 578 Übrige  
RSA-berücksichtigungsfähige  
Leistungsausgaben
- 5780 Mitglieder ohne Rentner
- 5781 Familienangehörige der Mitglieder
- 5782 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 579 Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen
- 5790 Mitglieder ohne Rentner
- 5791 Familienangehörige der Mitglieder
- 5792 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 58 Mehrleistungen im Rahmen  
DMP/Besondere Versorgung  
nach § 140a SGB  
V/Integrierte Versorgung nach  
§ 140a SGB V in der bis  
22.07.2015 geltenden Fas-  
sung (ohne 57)/ Projekte nach  
§ 92a SGB V
- 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	
584	Ausgaben für Projekte nach § 92a SGB V	Zu 584 Hier sind auch die direkt zurechenbaren Personal- und Sachkosten zu buchen soweit sie mit dem Projektantrag bewilligt werden.
5840	Mitglieder ohne Rentner	
5841	Familienangehörige der Mitglieder	
5842	Rentner und ihre Familienangehörigen	
586	Leistungen nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V	Zu 586 Aufwendungen nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V sind, soweit es sich um Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 handelt, nicht hier, sondern unter den Konten der Kontenart 630 zu buchen.
5860	Mitglieder ohne Rentner	
5861	Familienangehörige der Mitglieder	
5862	Rentner und ihre Familienangehörigen	
587	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung - Rabatte	Zu 587 1. Sofern im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung 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 Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung sind nicht hier, sondern unter den Konten 4606 bzw. 4608 zu buchen.
4. Es sind die im Geschäftsjahr geleisteten Zahlungen (anstatt der auf das Geschäftsjahr entfallenden Beträge) 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 nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung, die nicht nach den tatsächlich erbrachten Leistungen differenziert werden können – z.B. Komplexpauschalen -, zu buchen.
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.
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 Personengruppen (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 Personengruppen gilt das Verhältnis der insgesamt in dem betreffenden Geschäftsjahr unter KA 590 gebuchten Beträge zu den auf den Konten für die Personengruppen 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 Aufwendungsersatz 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
- 5922 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 593 Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V
- 5930 Mitglieder ohne Rentner
- 5931 Familienangehörige der Mitglieder
- 5932 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 594 Zuschüsse zu stationären Hospizen
- Zu 594  
Hier sind die Kosten nach § 39a Abs. 1 SGB V zu buchen.
- 5940 Mitglieder ohne Rentner
- 5941 Familienangehörige der Mitglieder
- 5942 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 595 Förderung ambulanter Hospizdienste/ Gesundheitliche Versorgungsplanung
- 5950 Förderung ambulanter Hospizdienste
- 5952
- Zu 5950 bis 5952  
Hier sind die Kosten nach § 39a Abs. 2 SGB V zu buchen.
- 5950 Mitglieder ohne Rentner
- 5951 Familienangehörige der Mitglieder
- 5952 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5953 Gesundheitliche Versorgungsbis  
5955 SGB V
- 5953 Mitglieder ohne Rentner
- 5954 Familienangehörige der Mitglieder
- 5955 Rentner und ihre Familienangehörigen

- 596 Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V  
Zu 596  
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. Hier sind auch die Zuzahlungs- und Beitragsermäßigungen nach § 65 a Abs. 2 SGB V a.F. zu buchen.
- 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 2 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 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
- 5980 Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989  
5982  
Zu 5980 und 5982  
Hier sind die den Versicherten erstatteten Zuzahlungen nach § 61 SGB V, die über der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V liegen, zu buchen.
- 5980 Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder
- 5982 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5985 Vorauszahlungen von Zuzahlungen  
5987  
Zu 5985 und 5987  
Hier sind die von den Versicherten geleisteten Vorauszahlungen auf Zuzahlungen zu buchen.

- 5985 Mitglieder ohne Rentner einsch. Familienangehörige der Mitglieder
- 5987 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 599 Übrige Leistungen
- 5990 Übrige Leistungen  
bis  
5992
- Zu 5990 bis 5992  
Z. B. Gebühren für die Registrierung in Organspender-Registern, u. a. bei Eurotransplant, sowie Personal- und Sachkosten für Aufklärungsarbeit nach § 2 Absatz 1 TPG. Ebenfalls hier zu buchen sind die Aufwendungen nach § 65c Absatz 4 und Absatz 6 Satz 2 SGB V. Die Vergütungspauschale für die von dem Zentralen Knochenmarkspenderregister veranlassten Leistungen für einen Knochenmarkempfänger ist nicht hier, sondern unter der Kontengruppe 46 zu buchen.
- 5990 Mitglieder ohne Rentner
- 5991 Familienangehörige der Mitglieder
- 5992 Rentner und ihre Familienangehörigen
- 5993 Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen  
bis  
5995
- Zu 5993 bis 5995  
Satzungs- und Ermessensleistungen, die keiner anderen Leistungsart zugeordnet werden können und auch nicht im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V erbracht werden (z. B. Zweitmeinung nach § 27b Absatz 6 SGB V).
- 5993 Mitglieder ohne Rentner
- 5994 Familienangehörige der Mitglieder
- 5995 Rentner und ihre Familienangehörigen

**Kontenklasse 6 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, 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. Für Schuldzinsen ist eine genaue zeitliche Rechnungsabgrenzung vorzunehmen. Noch nicht fällige, aber für das Rechnungsjahr geltende Zinsen sind vor dem Jahresabschluss zu buchen. In ihrer Höhe unbestimmte Schuldzinsen sind dem Geschäftsjahr zuzuordnen, in dem sie gezahlt werden. Dies gilt nicht für die LKK.
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 Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen	Zu 6031 Zur Passivierung der Zinserträge aus den Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen sind hier die unter dem Konto 3031 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen. Die Gegenbuchung ist unter dem Konto 1600 im Haben vorzunehmen.
6033	Zuschreibungen zu Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 171e SGB V	Zu 6033 Zur Passivierung der Zinserträge aus den Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 171e SGB V sind hier die unter dem Konto 3033 gebuchten Zinserträge im Soll zu buchen.
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 1989	
620	Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG 1989	
6202	Zahlungen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989	
63	Aufwendungen aus Wahlтарифen nach § 53 SGB V und Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	Zu 63 Die Buchung erfolgt in dem Jahr, für das die Zahlung erfolgt.
630	Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	
6300	Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	Zu 6300 Hier buchen die Krankenkassen Aufwendungen für die in ihrer Satzung vorgesehenen zusätzlichen Leistungen, die entweder vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen oder Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern sind.
6302	Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V – Altenteiler -	Zu 6302 Die Bestimmung zu Konto 6300 gilt entsprechend.
632	Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V	Zu 632 Hier sind auch die Verwaltungskosten, die durch Wahlтарифe ausgelöst werden, zu buchen. Von anderen erstattete Verwaltungskosten aus Wahlтарифen sind ebenfalls hier zu buchen.
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 Zu 633  
Die Bestimmung zu Kontenart 632 gilt entsprechend.
- 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 Zu 634  
Die Bestimmung zu Kontenart 632 gilt entsprechend.
- 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. Die Bestimmung zu Kontenart 632 gilt entsprechend.
- 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) Zu 636  
Die Bestimmung zu Kontenart 632 gilt entsprechend.
- 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 Zu 638  
Die Bestimmung zu Kontenart 632 gilt entsprechend.
- 6380 Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V Zu 6380  
Die Buchungsbestimmung zu Kontenart 338 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) Zu 639  
Die Bestimmung zu Kontenart 632 gilt entsprechend.
- 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 -
- 64 Aufwendungen für Innovationsfonds und Strukturfonds
- 640 Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Innovationsfonds und Stukturfonds (Gesundheitsfonds)

- 6400 Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)
- Zu 6400
1. Hier sind auch die Rückzahlungen der nicht bewilligten Mittel nach § 92a Abs. 3 Satz 5 SGB V zu buchen.
  2. Im Jahr 2015 anfallende Aufwendungen nach § 92a Abs. 3 Satz 3 SGB V sind hier zu buchen.
- 6401 Finanzierungsanteil nach § 271 Abs., 2 Satz 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)
- 641 Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds
- 6410 Finanzierungsanteil nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V der Krankenkassen am Innovationsfonds
- Zu 6410
1. Hier buchen die Krankenkassen die Finanzierungsanteile am Innovationsfonds (Abschlagsverfahren, Strukturanpassung, Jahresausgleich).
  2. Ebenfalls hier zu buchen sind die Rückzahlungen nach § 92a Abs. 3 Satz 5 und § 221 Absatz 3 Satz 4 SGB V.
- 6412 Finanzierungsanteil der LKK am Innovationsfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V - Altenteiler
- Zu 6412  
Ebenfalls hier zu buchen sind die Rückzahlungen nach § 221 Absatz 3 Satz 4 SGB V.
- 642 Aufwendungen der Krankenkassen für den Strukturfonds (LKK)
- 6420 Finanzierungsanteil der LKK am Strukturfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- 6422 Finanzierungsanteil der LKK am Strukturfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V - Altenteiler -
- 65 Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung
- 650 Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung



6500 Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung

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 (ohne Sammelposten). 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 außerplanmäßige 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 erfolgswirksam 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 Finanzausgleiche, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, Umlagebeiträge für Haftungsverbände
- 670 Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V
- 6700 Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V
- 672 Ausgaben für finanzielle Hilfen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände
- 6720 Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen Zu 6720  
Hier werden die Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen nach § 267 SGB V a.F. und nach § 265a SGB V a.F. gebucht.
- 6723 Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V
- 6724 Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V
- 6725 Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V
- 676 Zahlungen aus dem Einkommensausgleich (Gesundheitsfonds) Zu 676  
Auszahlungen und Einzahlungen von Mitteln aus dem Einkommensausgleich sind jeweils getrennt zu buchen. Schätzungen von Forderungen/Verpflichtungen erfolgen für die Gesamtheit der am Gesundheitsfonds teilnehmenden Krankenkassen.
- 6760 Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – monatliches Verfahren – (Gesundheitsfonds)

- 6761 Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Strukturanpassungen – (Gesundheitsfonds)
- 6762 Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Jahresausgleich – (Gesundheitsfonds)
- 677 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - (Gesundheitsfonds)
- 6776 Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – (Gesundheitsfonds)
- 6777 Zuweisungen - Strukturanpassungen – (Gesundheitsfonds) Zu 677  
Auszahlungen und Einzahlungen von Zuweisungen sind für die Konten 6776 und 6777 jeweils getrennt voneinander, für das Konto 6777 zusätzlich getrennt nach den jeweiligen Strukturanpassungen auf vom Gesundheitsfonds einzurichtende Unterkonten zu buchen.
- 678 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds)
- 6787 Korrekturbeträge nach § 39a Absatz 5 und § 42 Absatz 7 RSAV (Gesundheitsfonds)
- 6789 Zuweisungen – Jahresausgleich – (Gesundheitsfonds) Zu 6789  
Auszahlungen und Einzahlungen von Zuweisungen sind jeweils getrennt voneinander auf vom Gesundheitsfonds einzurichtenden Unterkonten zu buchen. Noch nicht beschiedene Zuweisungen, deren Höhe für die Gesamtheit aller Krankenkassen, nicht aber für die einzelnen Krankenkassen bekannt sind, werden in einer Summe für die Gesamtheit der Krankenkassen gebucht; Forderungen sind unter Konto 0296, Verpflichtungen unter Konto 1296 gegenzubuchen.
- 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 landwirtschaftliche Krankenkasse
  2. Hier ist der Anteil der Aufwendungen nach § 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 Abrechnungsperiode 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
- 691 Zahlungen nach G 131 (ohne § 63 dieses Gesetzes)
- 6910 Zahlungen nach G 131 (ohne § 63 dieses Gesetzes)
- 692 Zwangsgelder nach § 175 Abs. 2a SGB V / § 252 Abs. 6 SGB V
- 6920 Zwangsgelder nach § 175 Abs. 2a SGB V / § 252 Abs. 6 SGB V
- 693 Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X, § 11 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 § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV Zu 6930 und 6932  
Hier sind auch Verzugszinsen aufgrund anderer Rechtsgrundlagen (ohne 6933) zu buchen.

- |      |  |   |
|------|--|---|
| 6932 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X und § 11 Abs. 1 Satz 3 BPflV<br>- Altenteiler - | Zu 6932<br>Hier bucht die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung   | Zu 6933<br>Hier buchen die Krankenkassen Verzugszinsen der Pflegekasse nach § 10 Abs. 5 der Vereinbarung über den Ausgleichsfonds.  |
| 694  | Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte   | Zu 694<br>Hier sind die Kosten für die finanzielle Unterstützung zur Führung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte nach § 68 SGB V zu buchen.                                       |
| 6940 | Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte   |   |
| 695  | Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung          | Zu 695<br>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 Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung          |   |
| 696  | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation                                    | Zu 696<br>Hier sind die Aufwendungen nach § 40 Abs. 3 SGB V an die Pflegekasse bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation von 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 und die Telematikinfrastruktur
- Zu 697  
Hier sind die Aufwendungen für die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur 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.
- 6970 Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur
- 699 Übrige Aufwendungen
- Zu 699  
Alle Aufwendungen, die anderweitig nicht unterzubringen sind, z.B. Kassenfehlbeträge, soweit sie nicht durch den Kassierer oder eine Versicherung gedeckt werden.
- 6990 Übrige Aufwendungen
- 6991 Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989
- Zu 6991  
Hier bucht die landwirtschaftliche Krankenkasse 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 die Krankenversicherung) anfallenden Verwaltungs- und Verfahrenskosten für das Geschäftsjahr 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 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"><li>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).</li><li>2. Als Einnahmen sind hier u.a. Erstattungen von Dienstbezügen aus Regressansprüchen (z.B. nach § 87a BBG bzw. entsprechende Vorschriften) und Strafgehalte zu buchen.</li></ol>
7001	Vergütungen der Arbeitnehmer einschließlich Vergütungen der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder	<p>Zu 7001</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Die Bestimmungen zu 7000 gelten entsprechend.</li><li>2. Hier sind als Einnahme auch die Erstattungen zu buchen, die die Krankenkasse als Arbeitgebereinerwerbungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge) im Rahmen des AAG erhält.</li></ol>
7003	Beschäftigungsentgelte	<p>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 -.</p>

7004	Verwaltungskosten für Mitgliederwerbung von privaten Dienstleistern	Zu 7004 Hier bucht die Krankenkasse die Ausgaben für die Mitgliederanwerbung, die an privaten Dienstleistern durchgeführt wird. Krankenkassen, die dafür hauptamtlich eigenes Personal vorhalten, buchen die Ausgaben wie bisher unter den Kontenarten 700 und 701.
701	Versicherungsbeiträge und Prämien	
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, Umlage für das Insolvenzgeld, 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.
7012	Beiträge an den PSVaG	Zu 7012 Beiträge an den Pensionssicherungsverein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (PSVaG). Dies gilt nicht für die LKK.
7015	Beiträge zur Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	Zu 7015 Hier sind die Arbeitgeberanteile zu den Beiträgen zur Zusatzversorgung zu buchen.
7016	Prämien an Rückdeckungsversicherungen	Zu 7016 Hier sind die zu zahlenden Prämien aufgrund abgeschlossener Rückdeckungsversicherungen (insbesondere zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung) zu buchen.



702	Versorgungsaufwendungen, Aufwendungen für Altersteilzeit und Wertguthaben nach § 7b SGB IV	
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	Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG	
7024	Einbehaltene Mittel der Versorgungsrücklage	
7025	Renten aus der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	
7026	Rückstellungen aus Altersteilzeitvereinbarungen nach dem Altersteilzeitgesetz (AltTZG) (ohne LKK und Gesundheitsfonds)	Zu 7026 Zuführungen und Entnahmen von Rückstellungen aus Altersteilzeitvereinbarungen. Die Gegenbuchung erfolgt auf Konto 1610.
7027	Rückstellungen aus Wertguthabenvereinbarungen nach § 7b SGB IV (ohne LKK und Gesundheitsfonds)	Zu 7027 Zuführungen und Entnahmen aus Rückstellungen aus Wertguthabenvereinbarungen. Die Gegenbuchung erfolgt auf Konto 1611.
7028	Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 171e SGB V	

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 Beamtenversorgungsgesetzes zu buchen.
704	Sonstige persönliche Verwaltungskosten	
7040	Zuschüsse zur Gemeinschaftsverpflegung und für soziale Einrichtungen	Zu 7040 Auch Zuschüsse für soziale Einrichtungen, die den Bediensteten zugutekommen.
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, Beiträge für Insolvenzversicherungen (ohne 7012) und die vom Dienstherrn zu übernehmenden Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 46 Abs. 4 Satz 4 BBG.

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). Als Einnahmen sind hier u.a. die Erlöse aus dem Verkauf von nicht aktivierten Verbrauchsgütern zu buchen, und zwar auf dem Konto, das mit dem Aufwand belastet worden war.
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 und ohne Portokosten für Werbemaßnahmen), 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
- 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.
- 7104 Reisekostenvergütung (ohne 72)
- 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).
- 7105 Außergewöhnlicher Aufwand des hauptamtlichen Vorstandes/der Geschäftsführung
- Zu 7105
- Außergewöhnlicher Aufwand der Geschäftsführung (auch im Auftrage) aus dienstlicher Veranlassung in besonderen Fällen (Dispositionsfonds).

7106	Aufklärungsmaßnahmen (ohne KG 51)	<p>Zu 7106</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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, Prävention und Selbsthilfe (siehe KG 51).</li><li>2. Die persönlichen Kosten, die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nach Nr. 1 anfallen, sind nicht hier, sondern unter 70 zu buchen.</li></ol>
7107	Dienst- und Schutzkleidung	<p>Zu 7107</p> <p>Anschaffungs- und Instandhaltungskosten der Dienst- und Schutzkleidung sowie Zuschüsse.</p>
7108	Werbemaßnahmen	<p>Zu 7108</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sachkosten für die im Rahmen der Werbung durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit. Dazu gehören Aufwendungen für allgemeine Werbemaßnahmen und deren Portokosten (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, Prävention und Selbsthilfe (siehe KG 51) sowie Maßnahmen nach den §§ 13 bis 15 SGB I, auch wenn sie als Nebeneffekt Werbecharakter haben (siehe Konto 7106).</li><li>2. Die Aufwandsentschädigungen, die im Rahmen der Werbemaßnahmen nach Nr. 1 anfallen, sind nicht hier, sondern unter 705 zu buchen.</li><li>3. Als Einnahmen sind hier die Erlöse aus dem Verkauf von Werbematerial (z.B. bei Abgabe nur gegen Schutzgebühr) zu erfassen.</li></ol>
7109	Sonstige Sachkosten der Verwaltung	<p>Zu 7109</p> <p>Alle übrigen Sachkosten der Verwaltung, die nach ihrer Zweckbestimmung nicht eindeutig zugeordnet werden können; das sind u.a. Kosten für Personalwerbung (Anzeigen), Vorstellungsreisen, Nachrufe, Kranzspenden, Umzugskosten bei Verlegung von Dienststellen, Beiträge für allgemeine Haftpflichtversicherungen und Veruntreuungsversicherungen, Vollziehungsgebühren, Kosten für Bekanntmachungen und Gebühren für Kontenführung.</p>

711	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	<p>Zu 711</p> <p>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.</p>
7110	Bewirtschaftung der verwaltungseigenen Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	<p>Zu 7110</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kosten für Heizung, Beleuchtung, elektrische Kraft, Gas, Reinigung, Müllabfuhr, Be- und Entwässerung, Gebäudeversicherung, Steuern und Abgaben sowie sonstige Bewirtschaftungskosten, für verwaltungseigene Grundstücke, Gebäude, Räume oder technische Anlagen.</li><li>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.</li><li>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).</li></ol>
7111	Mieten, Pachten und Nebenkosten für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen	<p>Zu 7111</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>2. Aufwendungen für Heizung, Strom, Gas, Reinigung, Müllabfuhr, Be- und Entwässerung, Gebäudeversicherung, Steuern und Abgaben sowie sonstige Bewirtschaftungskosten oder Instandhaltungskosten für gepachtete oder gemietete Grundstücke, Gebäude, Räume oder technische Anlagen.</li><li>3. 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.</li></ol>

7112	Unterhaltung der verwaltungseigenen Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	<p>Zu 7112</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kosten der Instandhaltung der verwaltungseigenen Räume, Gebäude, Grundstücke, technischen Anlagen und Außenanlagen einschließlich des Zubehörs sind hier zu buchen. Dazu gehören Kosten für Reparaturen, z.B. für Ausbesserungen, Anstrich, Tapezierung und dgl., sowie die Materialkosten für hauseigene Werkstätten. Die Instandhaltung umfasst neben der Inspektion (Feststellung des Istzustandes) und der Wartung (regelmäßige Pflege) sowie der Verbesserung von Baukonstruktionen und der technischen Anlagen vor allem die Instandsetzung. 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.</li><li>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.</li><li>3. Einnahmen aus Sachversicherungen sind hier zu buchen, soweit sie zur Deckung der Kosten für Instandhaltung dienen.</li></ol>
7113	Abschreibungen für Gebäude	<p>Zu 7113</p> <p>Abschreibungen für Gebäude, die der allgemeinen Verwaltung dienen; wegen der Berechnung der Abschreibungen wird auf die Bestimmungen zu 070 Nr. 4 und 5 verwiesen.</p>
7114	Sonstige Kosten der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	<p>Zu 7114</p> <p>Z.B. Abbruchkosten und Kosten für Schuttbeseitigung, wenn sie nicht als Baunebenkosten zu aktivieren sind.</p>
7115	Abschreibungen von technischen Anlagen	<p>Zu 7115</p> <p>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.</p>
7119	Frei für Zwecke der Krankenkassen	
712	Fahrzeuge	

7120	Betrieb von Kraftfahrzeugen (ohne 7121)	<p>Zu 7120</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Laufende Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung von Kraftfahrzeugen, insbesondere die Kosten für Treibstoffe, Schmierstoffe, Reinigungsmaterial, Bereifung, kleinere Gebrauchsgegenstände 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.</li><li>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.</li><li>3. Die Bestimmung zu 7112 Nr. 3 gilt entsprechend.</li></ol>
7121	Abschreibungen von Kraftfahrzeugen	<p>Zu 7121</p> <p>Abschreibungen für Kraftfahrzeuge, die der allgemeinen Verwaltung dienen; wegen der Berechnung der Abschreibungen wird auf die Bestimmungen zu 071 Nr. 3 und 4 verwiesen.</p>
713	Gegenstände der beweglichen Einrichtung	<p>Zu 713</p> <p>Kosten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung, die im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen stehen, sind - auch anteilig - auf dem Konto 7133 zu buchen.</p>
7130	Kosten der Gegenstände der beweglichen Einrichtung	<p>Zu 7130</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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).</li><li>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.</li><li>3. Als Einnahmen sind hier die Erlöse aus dem Verkauf von nicht aktivierten Gegenständen der beweglichen Einrichtung zu erfassen.</li><li>4. Die Bestimmung zu 7112 Nr. 3 gilt entsprechend.</li></ol>



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	
7138	Abschreibungen auf undifferenzierte Sammelposten	
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, Druckarbeiten, Portokosten, 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 KBS und LKK / 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 Bestimmung 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	
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. 3. Der Gesundheitsfonds bucht hier die Vergütungen an Dritte für Prüfungen nach § 28q Abs. 1a SGB IV und § 251 Abs. 5 SGB V.
7330	Prüfungs- und Beratungskosten	
734	Kosten für Abrechnungsprüfungen	

- |      |  |   |
|------|--|---|
| 7340 | Kosten für Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung           | Zu 7340<br>Hier sind die Kosten für die Prüfung der vertragsärztlichen Leistungsabrechnungen nach § 106d 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<br>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. Erstattungen von anderen Krankenkassen für diesen Zweck sind hier zu buchen. |
| 7360 | Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen  |   |
| 737  | Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 e SGB V                | Zu 737<br>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 e SGB V                |   |
| 738  | Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK) |   |
| 7380 | Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK) |   |
| 739  | Sonstige Vergütungen an andere   |   |

7390	Sonstige Vergütungen an andere	Zu 7390 Alle Kosten für externe Dienstleister, die nicht unter 730 bis 738 zu buchen sind. Ausgaben für Werbemaßnahmen sind nicht hier, sondern unter 7108 zu buchen. 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. Der Gesundheitsfonds bucht hier die Entgelte für seine Giroguthaben, die aus der Umsetzung von Beschlüssen des EZB-Rates resultieren. (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 zu zahlenden Personal- und Sachkosten.
7392	Weiterleitung von Zuweisungen für Verwaltungskosten gem. § 147 Abs. 2a SGB V	
7393	DMP-Vorhaltekosten gem. § 137g Abs. 1 Satz 11 SGB V (Gesundheitsfonds)	Zu 7393 Hier bucht der Gesundheitsfonds die dem Bundesversicherungsamt gem. § 137g Abs. 1 Satz 11 SGB V zu erstattenden DMP-Vorhaltekosten, die im Zusammenhang mit der Zulassung von Programmen nach § 137 Abs. 1 SGB V entstanden sind und nicht durch Gebühren gedeckt sind.
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	
744	Erstattung von Gerichtskosten	
7440	Erstattung von Gerichtskosten an die Kassenärztlichen Vereinigungen einschl. Pauschale	
7441	Erstattung von Gerichtskosten an die Krankenhäuser einschl. Nebenkosten	Zu 7441 Hier sind auch Kostenerstattungen nach § 43c Abs. 3 Satz 9 SGB V zu buchen.
75	Kosten der Ausschüsse und der Schiedsämter	
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 Landes-  
ausschüsse

755 Kosten der Schiedsämter

7550 Kosten der Schiedsämter

76 Von anderen erstattete Ver-  
waltungskosten

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 Alters-  
sicherung der Landwirte

7610 Erstattungen von der Alters-  
sicherung der Landwirte

762 Erstattungen von Trägern der  
allgemeinen Renten-  
versicherung

7620 Erstattungen von Trägern der  
allgemeinen Renten-  
versicherung

763 Erstattungen von der Pflege-  
versicherung

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 Aufwändungsersatz für überhöht gezahlte Beiträge ALG II

765 Erstattungen von der Unfallversicherung

7650 Erstattungen von der Unfallversicherung

766 Erstattungen vom Bund und vom Gesundheitsfonds

7660 Erstattungen vom Bund

7661 Erstattungen vom Gesundheitsfonds

Zu 7661  
Vom Gesundheitsfonds für Auftragsprüfungen nach § 251 Abs. 5 SGB V den Krankenkassen 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 für maschinell nicht verwertbare Datenlieferungen zu buchen.
7695	Abschläge bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V	Zu 7695 Auch hier zu buchen sind die Abschläge für Verwaltungskosten bei Kostenerstattung für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB V. Nicht hier zu buchen sind Selbstbehalte der Versicherten. Hierfür gilt Nettobuchung (vgl. auch Bestimmung zu 40 bis 59 Nr. 6).
7696	Erstattung des Verwaltungskostenaufwands aus Wahltarifen	Zu 7696 Hier sind als Einnahmen die Verwaltungskosten zu buchen, die durch Wahltarife ausgelöst wurden, zunächst in Kontengruppe 70 bis 75 erfasst wurden und nunmehr in Kontengruppe 63 als Aufwand gebucht werden.
7699	Übrige Erstattungen von Sonstigen	Zu 7699 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 Gesamtsozialversicherungsbeiträge, des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V 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. Abwicklung der Auftragsgeschäfte im Rahmen des Beitragseinzugs - 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 sowie dem UVMG 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 landwirtschaftlichen Krankenkassen werden in Kontenklasse 2 gebucht.
    - 1.2. Ausgenommen sind die nicht nach dem Arbeitsentgelt berechneten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die nach dem KVLG 1989 Versicherten. Diese Beiträge sind unmittelbar auf die im jeweiligen Kontenrahmen dafür vorgesehenen Konten zu buchen.
  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 zugrunde 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 einschließlich der Rückzahlungen sind auf dem Konto 8000 zu buchen.

Die den beteiligten Institutionen überwiesenen Beträge sind zutreffend auf den Konten 8010, 8020, 8030, 8040, 8070 und 8080 als Ausgaben zu buchen.

- 4.2. Am Ende des laufenden Einziehungsabschnittes ist der Saldo des Kontos 8000 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 umbuchen.

Die Salden der Konten 8050 und 8051 sind auf die Konten 9400 und 9420 umzubuchen.

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

- 4.4. Die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (einschließlich Zusatzbeiträge) und die darauf entfallenden Säumniszuschläge und Stundungszinsen einschließlich der Rückzahlungen sind auf den Konten 8090 bis 8095 zu buchen. Am Ende des laufenden Einziehungsabschnittes sind die sich auf den Konten 8090 bis 8095 und 8098 ergebenden Salden auf Konto 8099 zu übertragen.

- 4.5. Die sich auf den Konten 8020, 8030, 8040, 8070 und 8080 ergebenden Salden 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.
- 4.6. Die sich auf den Konten 8010 und 8099 ergebenden Salden sind am Ende des Geschäftsjahres, soweit es sich um Ausgabenüberschüsse handelt, auf Konto 0261, soweit es sich um Einnahmeüberschüsse handelt, auf Konto 1261 zu übertragen.
5. Buchung bei Krankenkassen ohne Schlüsselverfahren
  - 5.1. Die eingehenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Umlagebeträge, Zinsen und Auslagen einschließlich der Rückzahlungen sind dem Soll entsprechend aufzuteilen und auf die besonderen Konten für die einzelnen Institutionen (Konten 8000 bzw. 8010 bis 8080) zu buchen.

Die den beteiligten Institutionen überwiesenen Beträge sind zutreffend auf den Konten 8010, 8020, 8030, 8040, 8070 und 8080 als Ausgaben zu buchen.

- 5.2. Die Salden der Konten 8050 und 8051 sind auf die Konten 9400 und 9420 umzubuchen.
- 5.3. Die Gebühren für beschleunigte Überweisungen sind nach den Vorschriften der Nr. 4.3. zu buchen.
- 5.4. Die von den Krankenkassen eingezogenen und an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (einschließlich Zusatzbeiträge) und die darauf entfallenden Säumniszuschläge und Stundungszinsen einschließlich der Rückzahlungen sind auf den Konten 809 bis 8095 zu buchen. Am Ende des laufenden Einziehungsabschnittes sind die sich auf den Konten 8090 bis 8095 und 8098 ergebenden Salden auf Konto 8099 zu übertragen.
- 5.5. Für den Saldenausgleich am Ende des Geschäftsjahres gilt Nr. 4.5. und 4.6. 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 dem Gesundheitsfonds und den beteiligten Institutionen auf elektronischem Weg zuzuleiten ist. Grundlage für die Abrechnung ist der von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem BVA, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Bundesagentur für Arbeit vereinbarte Datensatz für die Monatsabrechnung.

- 800 Gesamt-Sozialversicherungsbeiträge und Umlagebeträge nach dem AAG
- 8000 Beitragseinnahmen und Umlagebeträge nach dem AAG
- 801 Beitragsabrechnung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Gesamtsozialversicherungsbeiträgen und Zusatzbeiträgen nach § 242 SGB V
- 8010 Beitragsabrechnung von Krankenversicherungsbeiträgen aus Gesamtsozialversicherungsbeiträgen
- 8017 Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V gegenüber dem Gesundheitsfonds (Zusatzbeitrag)
- 8018 Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V (nur GSV-Beitrag)
- 8019 Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 SGB V gegenüber dem Gesundheitsfonds (KV-Beiträge)
- 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 Umlagebeträge nach dem AAG
  - 8050 Abrechnung der Umlagebeträge nach dem AAG bei Krankheit
  - 8051 Abrechnung der Umlagebeträge nach dem AAG bei Mutterschaft
  - 807 Beitragsabrechnung mit der Seemannskasse (nur Knappschaft-Bahn-See)
  - 8070 Beitragsabrechnung mit der Seemannskasse (nur Knappschaft-Bahn-See)
  - 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 Rehabilitanden
  - 8094 Sonstige Beiträge für Versicherungspflichtige
- Zu 8094  
Unter anderem Beiträge für Rentenantragsteller

- 8095 Beiträge für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- 8098 Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V ohne GSV-Beiträge
- 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
- 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 Überschuss der Sollbeträge nach 025 (0250), ein Überschuss der Habenbeträge nach 125 (1250) 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 Ausstattung 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 Überschuss der Sollbeträge nach 025 (0251), Überschuss der Habenbeträge 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.
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.
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 Überschuss der Sollbeträge nach 025 (0251), ein Überschuss der Habenbeträge nach 125 (1251) zu übernehmen.
840	Ausgaben	
8400	Leistungsausgaben	
8409	Verwaltungskosten	
841	Ersatz	
8410	Ersatz für Leistungsausgaben	
8419	Ersatz für Verwaltungskosten	
85	Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	Zu 85 Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Überschuss der Sollbeträge nach 025 (0251), ein Überschuss der Habenbeträge nach 125 (1251) zu übernehmen.
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 Überschuss der Sollbeträge nach 025 (0251), ein Überschuss der Habenbeträge 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 Bestimmung zu 862 bis 866 gilt auch hier.

8670	Leistungsausgaben	
8679	Verwaltungskosten	Zu 8679 Die Bestimmung zu 8209 gilt auch hier.
868	Ersatz nach dem Infektions- schutzgesetz und dem Anti-D- Hilfe-Gesetz	
8680	Ersatz für Leistungsausgaben	Zu 8680 Pauschale Erstattungen für Leistungen nach dem In- fektionsschutzgesetz 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 Rentenversiche- rung	Zu 870 bis 877 1. Ausgaben für Leistungen im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie im Zusammenhang mit medizinischen und ergänzen- den Leistungen zur Rehabilitation, die im Auftrage der genannten Versicherungszweige gewährt wer- den. 2. Beim Rechnungsabschluss ist ein Überschuss der Sollbeträge nach 0231, 0233 bzw. 0234, ein Über- schuss der Habenbeträge nach 122 zu überneh- men.
8700	Leistungsausgaben	
8709	Verwaltungskosten	
871	Ersatz von den Trägern der allgemeinen Rentenversiche- rung	
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 Rentenversicherung	
8750	Ersatz für Leistungsausgaben	
8759	Ersatz für Verwaltungskosten	
876	Ausgaben für den Träger der Alterssicherung der Landwirte	
8760	Leistungsausgaben	
8769	Verwaltungskosten	
877	Ersatz durch den Träger der Alterssicherung der Landwirte	
8770	Ersatz für Leistungsausgaben	
8779	Ersatz für Verwaltungskosten	
88	Leistungen im Auftrag der Unfallversicherung	Zu 88 Spätestens beim Rechnungsabschluss ist Überschuss der Sollbeträge nach 0230, ein Überschuss der Habenbeträge 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. Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Überschuss der Sollbeträge nach 025 (0259), ein Überschuss der Habenbeträge 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	
892	Abrechnung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen an Innovationsfonds und Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	
8920	Abrechnung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)	Zu 8920 Hier werden die vom Gesundheitsfonds eingezogenen und weiterzuleitenden Finanzierungsanteile der RSA-Krankenkassen und der LKK an den Innovationsfonds sowie die Rückzahlungen vom Innovationsfonds an die Krankenkassen gebucht.
8921	Abrechnung der Finanzierungsanteile der LKK am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	ZU 8921 1. Hier wird der vom Gesundheitsfonds eingezogene und weiterzuleitende Finanzierungsanteil der LKK an den Strukturfonds sowie ggf. die Rückzahlung vom Strukturfonds an die LKK gebucht.  2. Spätestens beim Rechnungsabschluss ist ein Überschuss der Sollbeträge nach 0262, ein Überschuss der Habenbeträge nach 1262 zu übernehmen.
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"><li>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).</li></ol> <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"><li>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.</li><li>3. Die hier gebuchten Einnahmen und Ausgaben sind spätestens für den Jahresabschluss auf die zutreffenden Konten der Kontenklassen 0 und 1 zu übertragen.</li></ol>
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 Buchungstoffes benutzen.</p>
900	Erlöse aus Grundstücken, Gebäuden und technischen Anlagen für die Verwaltung	
9000	Erlöse aus Grundstücken und Gebäuden	<p>Zu 9000</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Erlöse aus Vermögensanlagen des Kontos 0700.</li><li>2. 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.</li></ol>
9001	Erlöse aus technischen Anlagen	<p>Zu 9001</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Erlöse aus Vermögensanlagen des Kontos 0701.</li><li>2. Die Bestimmungen zu 9000 Nr. 2 gelten entsprechend.</li></ol>

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	Zu 9021 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 erfolgsun- wirksamen Ausgaben	
9090	Ausgleich des Investitions- haushalts - Überschuss der erfolgsun- wirksamen 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 An- lagen für die Verwaltung	
9100	Erwerb von Grundstücken und Gebäuden	Zu 9100 Ausgaben für Vermögensanlagen des Kontos 0700.
9101	Erwerb von technischen An- lagen	Zu 9101 Ausgaben für Vermögensanlagen des Kontos 0701.
9108	Neu-, Um- und Erweiterungs- bauten von technischen Anla- gen	Zu 9108 Die Bestimmung zu 9101 gilt entsprechend.
9109	Neu-, Um- und Erweiterungs- bauten von Gebäuden	Zu 9109 Die Bestimmung zu 9100 gilt entsprechend.
911	Ausgaben für Gegenstände der beweglichen Einrichtung für die Verwaltung	Zu 911 Ausgaben für Vermögensanlagen der KA 071.
9110	Fahrzeuge	
9111	Maschinen (ohne Hard- und Software)	
9112	Büroeinrichtung	
9113	Hard- und Software	
9118	Undifferenzierte Sammelposten	
9119	Sonstige bewegliche Sachen	
912	Ausgaben für Grundstücke, Gebäude und technische An- lagen 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)	
9132	Einrichtungsgegenstände	
9133	Hard- und Software	
9138	Undifferenzierte Sammelposten	
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 - Überschuss der erfolgswirksamen Einnahmen	Zu 9190 Die Bestimmung zu 9090 gilt entsprechend.
92	Abrechnung der Beiträge aus Entgeltersatzleistungen	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	
921	Beiträge aus Ansprüchen gegen Schadensersatzpflichtige nach § 116 SGB X	

- 9210 Beiträge aus Ansprüchen gegen Schadensersatzpflichtige nach § 116 SGB X
  - 9211 Zusatzbeiträge aus Ansprüchen gegen Schadensersatzpflichtige nach § 116 SGB X
  - 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 Beiträge für Versorgungseinrichtungen nach § 47a SGB V
  - 9260 Beiträge für Versorgungseinrichtungen nach § 47a SGB V
  - 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 vereinnahmten Beträge zu übertragen.
932	Erstattung nicht verwendeter Mittel nach § 140d SGB V	Zu 932: Hier sind die zurückzuzahlenden nicht verwendeten Mittel zu buchen.
9320	Erstattung nicht verwendeter Mittel aus Einbehaltungen der Gesamtvergütung	Zu 9320 Zum Jahresabschluss ist der Saldo des Kontos 9320 auf das Konto 9300 zu übertragen.
9321	Erstattung nicht verwendeter Mittel aus Einbehaltungen der Krankenhauskosten	Zu 9321 Zum Jahresabschluss ist der Saldo des Kontos 9321 auf das Konto 9301 zu übertragen.
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. Die zeitliche Rechnungsabgrenzung ist zu beachten. Es sind die Leistungen zu buchen, die für das jeweilige Geschäftsjahr oder bereits abgeschlossene Geschäftsjahre erbracht bzw. abgerechnet werden. Die bei einzelnen Konten geregelten Ausnahmen von der Rechnungsabgrenzung sind zu berücksichtigen.
940	Einnahmen nach dem AAG bei Krankheit	

9400	Umlagebeträge (einschl. Säumniszuschläge und Zinsen)	Zu 9400 und 9420 Umlagebeträge nach § 7 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 § 5 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 § 1 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	Einnahmen und Ausgaben Innovationsfonds und des Strukturfonds/Frei für Zwecke der Krankenkassen	Zu 95 Hier werden die Einnahmen und Ausgaben des Innovationsfonds und des Strukturfonds gebucht. Daneben ist die Kontengruppe frei für Zwecke der Krankenkassen.
950	Einnahmen des Innovationsfonds	Zu 950 Hier sind die Finanzierungsanteile (einschließlich Rückzahlungen) nach § 92a SGB V sowie Vermögenserträge und sonstige Einnahmen des Innovationsfonds zu buchen.
9500	Finanzierungsanteil der nach § 266 SGB V am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen	
9501	Finanzierungsanteil der LKK	
9502	Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds	
9503	Sonstige Einnahmen	
951	Ausgaben des Innovationsfonds	
9510	Aufwendungen für Fördermittel nach § 92a Abs. 1 SGB V	Zu 9510 Hier werden die Ausgaben für die Förderung innovativer und sektorenübergreifender Versorgungsformen einschließlich Rückzahlungen gebucht. Grundlage für die erfolgswirksame Buchung der Fördermittel für Projekte nach § 92a SGB V sind die Mitteilungen der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses über die vom Innovationsausschuss bewilligten Vorhaben.
9511	Aufwendungen für Fördermittel nach § 92a Abs. 2 SGB V	Zu 9511 Hier werden die Ausgaben für Versorgungsforschung einschließlich Rückzahlungen gebucht. Grundlage für die erfolgswirksame Buchung der Fördermittel für Projekte nach § 92a SGB V sind die Mitteilungen der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses über die vom Innovationsausschuss bewilligten Vorhaben.

9512	Verwaltungskostenerstattung an das BVA	Zu 9512 Hier ist die Verwaltungskostenerstattung an das Bundesversicherungsamt nach § 92a Abs. 4 Satz 3 SGB V zu buchen.
9513	Verwaltungskostenerstattung an den GBA	Zu 9513 Hier ist die Verwaltungskostenerstattung an den GBA für die durch die Verwaltung des Innovationsfonds entstehenden Kosten nach § 92a Abs. 3 SGB v zu buchen.
9514	Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	Zu 9514 Hier ist die Erstattung der durch die wissenschaftliche Evaluation verursachten Kosten nach § 92a Absatz 5 Satz 2 SGB V zu buchen.
9519	Sonstige Ausgaben	
953	Einnahmen des Strukturfonds	Zu 952 Hier sind die Finanzierungsanteile (einschließlich Rückzahlungen) nach § 271 Abs. 2 Satz 6 SGB V sowie Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen des Strukturfonds zu buchen.
9520	Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds	Zu 9520 Hier ist die Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der Rückzahlung zu buchen.
9521	Finanzierungsanteil der LKK	ZU 9521 Hier ist der Finanzierungsanteil der LKK einschließlich der Rückzahlung zu buchen.
9522	Sonstige Einnahmen	
953	Ausgaben des Strukturfonds	
9530	Aufwendungen zur Förderung von Vorhaben der Länder nach § 12 KHG	Zu 9530 Grundlage für die erfolgswirksame Buchung der Ausgaben zur Förderung von Vorhaben der Länder nach § 12 KHG sind die Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamtes nach § 6 Absatz 1 KHSFV. Hier werden auch Rückzahlungen von Fördermitteln gebucht.
9531	Verwaltungskostenerstattung an das BVA	Zu 9531 Hier ist die Verwaltungskostenerstattung an das Bundesversicherungsamt nach § 12 Abs. 2 Satz 4 KHG zu buchen.
9532	Erstattung der Aufwendungen nach § 14 Abs. 1 KHG	Zu 9532 Hier ist die Erstattung der Aufwendungen für die Auswertung der Wirkungen der Förderung zu buchen.
9539	Sonstige Ausgaben	



- 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-(Haben-) Überschüsse nach Konto 3100, die Ausgaben-(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 Kostenstellenrechnungen (außerhalb des Sachbuches) benutzt werden (z.B. Aufteilung der Verwaltungskosten nach den Eigen- und Fremdaufgaben der Krankenkasse).
- 98      Abschlusskonten der Erfolgsrechnung      Zu 98 und 99
1. Nach Ablauf des Geschäftsjahres sind das Zeitbuch und das Sachbuch abzuschließen. Zu diesem Zweck sind nach Durchführung der Abschlussbuchungen (Nr. 2 bis 4) die auf der Einnahmen- und die auf der Ausgabenseite (Soll- und Habenseite) gebuchten Beträge des Jahres je für sich aufzurechnen und die Endsummen in den Büchern einzutragen.

2. Vor dem buchmäßigen Abschluss (Nr. 1) der zu den Klassen 0 und 1 gehörenden Konten sind - unter Beachtung der zu den einzelnen Konten gegebenen Bestimmungen - die Einnahmen und Ausgaben des Investitionshaushaltes (Kontengruppen 90 und 91) nach 0 und 1 zu übertragen, die Werte der auf den Konten der Klassen 0 und 1 zu erfassenden Vermögensgegenstände zu ermitteln und die notwendigen Wertberichtigungen zu buchen. Der festgestellte Saldo ist in den Büchern für das nächste Geschäftsjahr vorzutragen.
3. Bevor die zu den Klassen 2 bis 7 gehörenden Konten abgeschlossen werden (Nr. 1), müssen alle das Geschäftsjahr betreffende Erträge und Aufwendungen gebucht sein, auch dann, wenn tatsächliche Zahlungen noch nicht vorliegen. Unberührt bleiben die besonderen Vorschriften über die zeitliche Rechnungsabgrenzung, die zu einzelnen 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.

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
- 983 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Innovationsfonds
- 9830 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Innovationsfonds
- 9839 Überschuss der Aufwendungen/der Erträge des Innovationsfonds
- 984 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Strukturfonds
- 9840 Abschlusskonto der Erfolgsrechnung des Strukturfonds
- 9849 Überschuss der Aufwendungen/ der Erträge des Strukturfonds
- 99 Eröffnungs- und Abschlusskonten der Vermögensrechnung
- 990 Eröffnungs- und Abschlusskonto der Vermögensrechnung der Krankenkasse (ohne 991)
- 991 Eröffnungs- und Abschlusskonto des Ausgleichs nach dem AAG
- 992 - 999 Frei für Zwecke der Krankenkassen

### **C. Anhang zur Jahresrechnung**

Allgemeines:

In den Anhang sind diejenigen Angaben aufzunehmen, die zur Erläuterung der Jahresrechnung erforderlich und zur Beurteilung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage von wesentlicher Bedeutung sind. Dabei sind jene Informationen in den Anhang aufzunehmen, die für den Krankenversicherungsträger zutreffend sind. Ergänzungen sind unter Beibehaltung der grundsätzlichen Gliederungsstruktur zulässig. Währungsbeträge sind in Euro centgenau anzugeben.

Die Krankenversicherungsträger haben den Anhang zur Jahresrechnung entsprechend der Meldetermine zur KJ 1 auf die in § 79 SGB IV bestimmte Weise unter Vorgabe der Plausibilisierung durch den GKV-SV vorzulegen.

Der Anhang zur Jahresrechnung ist von den landwirtschaftlichen Krankenversicherungsträgern nicht zu erstellen.

#### **1. Allgemeine Angaben**

1.1 Name/Sitz/Betriebsnummer der Krankenkasse/des Verbandes:

1.2 Die Krankenkasse ist geöffnet / nicht geöffnet und bundesweit / in folgenden Bundesländern tätig:

wenn Anhang zur Jahresrechnung eines Verbandes:  
Der Verband vertritt \_\_\_ Mitgliedskassen.

1.3 Anzahl der Mitglieder des Vorstandes / der Geschäftsführung:

1.4 Zahl der zum Ende des Geschäftsjahres beschäftigten Arbeitnehmer:

zu 1.4

Hier ist die Gesamtzahl der Beschäftigten (auch Beamte) auszuweisen, die sich nach analoger Anwendung der Zählweise der Statistik KG 1 Schlüssel-Nr. 160 Spalte 6 zum Stichtag 31.12. ergibt.

1.5 Jahresdurchschnittliche Zahl der Versicherten lt. KM 1:

Zu 1.5

Hier ist die jahresdurchschnittliche Zahl der Versicherten aus Schlüssel-Nr. 12099 Spalte 3 der Statistik KM 1/13 des Geschäftsjahres anzugeben.

1.6 Vorgänge von wesentlicher Bedeutung (z. B. Organisationsänderungen, Fusionen, VBL-Ausstieg):

Als wesentlich gelten insbesondere Vorgänge, die sich im Unterschied zu Vorjahren im Geschäftsjahr auswirken oder sich über einen dieses Geschäftsjahr überschreitenden Zeitraum erstrecken und/oder beitragsrelevante Wirkungen entfalten.

Zu 1.6

Es sind auch die Fusionen aufzunehmen, die innerhalb des Jahres bei einer aufgenommenen Kasse stattgefunden haben (indirekte Fusionen), da auch hierfür Rechtsnachfolge besteht.

1.7 Angaben zur Prüfinstanz nach § 31 SVHV:

1.8 Angaben zum zuständigen Landesverband:

1.9 Angaben zur Aufsicht:

1.10 Angaben zur Höhe des Zusatzbeitragssatzes nach § 242 SGB V je Monat für das Geschäftsjahr

## **2. Angaben zu den Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden**

Die Vermögensrechnung ist nach § 29 Abs. 1 SVHV erstellt worden. Die angesetzten Methoden sind den Bilanzierungsmethoden gleichgestellt.

2.1 Angewandte Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden (§ 77 Abs. 1a SGB IV):

2.2 Abweichungen von den anzuwendenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden (§ 77 Abs. 1a SGB IV):

Zu 2.2

Bei Abweichungen von den anzuwendenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden sind Begründungen anzugeben. Für Änderungen, die wesentlichen finanziellen Einfluss auf die Jahresrechnung haben, sind zusätzliche Beträge anzugeben.

2.3 Änderungen von angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden zum Vorjahr (§ 77 Abs. 1a SGB IV):

Zu 2.3

Bei Änderungen von angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden zum Vorjahr sind Begründungen anzugeben. Für Änderungen, die wesentlichen finanziellen Einfluss auf die Jahresrechnung haben, sind zusätzliche Beträge anzugeben.

Zu 2.2 und 2.3

Als wesentlich gelten insbesondere Vorgänge, die sich im Unterschied zum Vorjahr im Geschäftsjahr auswirken oder sich über einen dieses Geschäftsjahr überschreitenden Zeitraum erstrecken und/oder beitragsrelevante Wirkungen entfalten.

### 3. Erläuterungen zur Jahresrechnung

#### 3.1 Aktiva

##### 3.1.1 Geldanlagen

Die Bestimmungen der §§ 80, 83 und 86 SGB IV wurden eingehalten / nicht eingehalten.

Zu 3.1.1.

Bei Nichteinhaltung der Bestimmungen nach §§ 80, 83 und 86 SGB IV sind Begründungen anzugeben.

##### 3.1.2 Forderungen

###### Forderungsspiegel

Konten- gruppe/ Kontenart/ Konto	Bezeichnung	Forderungen	
		Geschäfts- jahr	Vorjahr
021	Forderungen auf Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen nach § 242 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung		
022	Forderungen an Krankenkassen aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen		
023	Forderungen an die Unfall- und die Rentenversicherungsträger aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen		
024	Forderungen an andere aus Versicherungsleistungen		
025	Forderungen an andere aus Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute		
026	Forderungen aus dem Beitrags-einzug für andere Versicherungszweige		
029	Sonstige Forderungen (ohne 0295)		
0295	Forderungen an den Gesundheitsfonds		
03	Forderungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V		
	<b>Summe</b>		
	davon: Forderungen mit Laufzeit > 1 Jahr		

Erläuterungen zu den Forderungen (z. B. Ausfallrisiko, Wertberichtigungen):

Zu 3.1.2



0738	Undifferenzierte Sammelposten (ohne 0730 bis 0733 und 0739)								
0739	Sonstige bewegliche Sachen								
	<b>Summe</b>								

Erläuterungen zum Anlagengitter (z.B. Wertberichtigungen, außerplanmäßige Abschreibungen):

### 3.2 Passiva

#### 3.2.1 Darlehen

Erläuterungen zu Darlehen:



### 3.2.2 Verpflichtungen

#### Verpflichtungsspiegel

Konten- gruppe/ Kontenart/ Konto	Bezeichnung	Verpflichtungen		Schätzverpflichtungen	
		Geschäfts- jahr	Vorjahr	Geschäftsjahr	Vorjahr
121	Verpflichtungen aus Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung				
122	Verpflichtungen aus Leistungen anderer für Versicherte (ohne 127)				
125	Noch nicht aufgebrauchte Vorschüsse für Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute				
126	Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige				
1270	Verpflichtungen für Behandlung durch Ärzte				
1271	Verpflichtungen für Behandlung durch Zahnärzte				
1272	Verpflichtungen aus Lieferungen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln aus Apotheken				
1273	Verpflichtungen aus Lieferungen von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln von Sonstigen sowie aus Behandlung durch sonstige Heilpersonen				
1274	Verpflichtungen aus Leistungen von Anstalten und Heimen				
1279	Verpflichtungen aus Diensten und Lieferungen für Versicherungsleistungen von Sonstigen				
128	Verpflichtungen aus Verwahrungen				
129	Sonstige kurzfristige Verpflichtungen (ohne 1295)				
1295	Verpflichtungen gegenüber dem Gesundheitsfonds				
13	Verpflichtungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V				
	<b>Summe</b>				
	davon: Verpflichtungen mit Laufzeit > 1 Jahr				

Erläuterung zu den Verpflichtungen (z. B. wesentliche Änderungen zum Vorjahr, Anwendung von Übergangsvorschriften, Enddatum der zeitlichen Rechnungsabgrenzung):

#### Zu 3.2.2

Verpflichtungen mit einer Laufzeit größer als ein Jahr werden in den nächsten Geschäftsjahren fällig.

#### 3.2.3 Rückstellungen

3.2.3.1 Betrag der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen nach § 12 Abs. 1 Satz 1 bis Satz 4 SVRV bzw. § 171e SGB V, das angewandte versicherungsmathematische Berechnungsverfahren einschließlich der grundlegenden Annahmen für die Berechnung sowie der Barwert der Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen und der Gesamtbetrag des Rückstellungsbedarfs nach § 12 Abs. 1a SVRV. Altersrückstellungen nach § 171e SGB V und § 12 SVRV sind jeweils gesondert auszuweisen. Die bereits nach § 12 SVRV gebildeten Altersrückstellungen können nach § 171e SGB V umgewidmet werden. Eine Auflösung der Altersrückstellungen ist zur zweckgebunden (z. B. zur Auszahlung von Versorgungszahlungen oder Beihilfen) zulässig.

3.2.3.2 Betrag der Rückstellungen aus Altersteilzeitvereinbarungen nach dem Altersteilzeitgesetz und Wertguthabenvereinbarungen nach § 7b SGB IV einschließlich dem Zeitpunkt des vollständigen Aufbaus und der Gesamtbetrag des Rückstellungsbedarfs nach § 12 Abs. 1a SVRV:

3.3 Erläuterungen zu den zur Klarheit und Übersichtlichkeit in der Jahresrechnung zusammengefassten Positionen:

3.4 Erläuterungen zu außerordentlichen Entwicklungen (z.B. außerordentliche Erträge und Aufwendungen) sowie zu Änderungen der Darstellungsweise in der Jahresrechnung zum Vorjahr:

#### 3.5 Rücklage

Das Rücklagesoll beträgt laut Satzung \_\_\_% der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben laut Haushaltsplan. Die Rücklage zum Bilanzstichtag beträgt rechnerisch \_\_\_% der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben der Jahresrechnung.

### **4. Sonstige Angaben**

4.1 Sonstige Haftungsverhältnisse sowie deren Gründe, Finanzvolumen und die Einschätzung des Risikos der Inanspruchnahme:

4.2 Nicht bilanzierungspflichtige Sachverhalte:

4.3 Beteiligungen an anderen Gesellschaften und Unternehmen unter Angabe der Beteiligungsquote:

#### Zu 4.3

Es sind wesentliche Beteiligungen an Kapitalgesellschaften anzugeben.

## D. Datensatzbeschreibung zur elektronischen Meldung des Anhangs zur Jahresrechnung

Die Inhalte des Anhangs C. des Kontenrahmens sind auch maschinell verwertbar zu übermitteln. Die Vorlage der elektronischen Meldung des Anhangs zur Jahresrechnung hat spätestens bis zum 30. Mai des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zu erfolgen. Die Weiterleitung durch den GKV-Spitzenverband an das BMG oder an die von dieser bestimmten Stelle hat so frühzeitig zu erfolgen, dass sie am 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dort vorliegt. Folgende Datensatzbeschreibung konkretisiert als Anleitung für die Erstellung und Verarbeitung daher die einzuhalten- de Form.

Die Meldung wird dabei in zwei Satzarten unterteilt. Die Satzart 23 (KJA 1) enthält standardisierbare Angaben und die Satzart 24 (KJA 2) enthält Freitext-Angaben.

### 1. Satzart 23 als 186stelliger Datensatz.

Die Stellen 1 bis 24 jedes Datensatzes sind mit dem unter Punkt 3 festgelegten Ordnungsangaben zu belegen.

Für jeden Schlüssel sind numerische Angaben innerhalb der Wertspalten (siehe Tableau 1.0) 15stellig rechtsbündig mit zusätzlichem Vorzeichen und Führungsnullen auszuweisen. Wertspalten ohne Angaben sind mit dem Vorzeichen „+“ und dem Wert null (15 Nullen) zu füllen. Währungsbeträge sind in Eurocent anzugeben.

### 2. Satzart 24 als 5024stelliger alphanumerischer Datensatz.

Die Stellen 1 bis 24 jedes Datensatzes sind mit dem unter Punkt 3 festgelegten Ordnungsangaben zu belegen.

Für jeden Schlüssel sind ab Stelle 25 Textangaben linksbündig anzugeben und mit Blanks auf 5000 Stellen aufzufüllen.

Festlegungen für die Ordnungsangaben:

Satzart	23 bzw. 24	Stellen 1 und 2
BLANK		Stelle 3
Berichtszeitraum	JJJJ__	Stellen 4 bis 9 (Stellen 8 und 9 BLANK)
Betriebsnummer	nnnnnnnn	Stellen 10 bis 17
BLANK		Stellen 18 und 19
Schlüssel	nnnnn	Stellen 20 bis 24

**Satzart 23:**

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Punkt im Anhang</b>	<b>Bedeutung</b>	<b>Wertspalte</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Format</b>
11002	1.1	PLZ der Krankenkassenadresse (nicht Postfach-PLZ)	1	5	numerisch
12001	1.2	Geöffnet 1=ja 0=nein	1	1	0/1
12003 bis 12018	1.2	Für alle Schlüssel-Nr: Tätig in Ländern gemäß Tableau 1.2, jeweils 1=ja 0=nein,	1	1	0/1
13001	1.3	Anzahl Vorstand/ Geschäftsführung	1	8	numerisch
14001	1.4	Gesamtzahl der Beschäftigten analog KG 1 (Schlüssel-Nr. 160 Spalte 6)	1	8	numerisch
15001	1.5	Anzahl Versicherte KM 1/13 (Schlüssel-nr. 12099 Spalte 3)	1	8	numerisch
16002 bis 16005	1.6	Für alle Schlüssel-Nr: Vorgänge von wes. Bedeutung gemäß Tableau 1.6, jeweils 1=ja 0=nein	1	1	0/1
16020 bis 16029	1.6	Für alle Schlüssel-Nr: Einzelne Fusion - B-NR der aufgen. Kasse  - Fusionsdatum  - Nettovermögen der aufgen. Kasse (Betrag (15 Stellen) mit Vorzeichen)	1  2  3	8  8  16	numerisch  JJJJMMTT  Numerisch mit Vorzeichen

Schlüssel-Nr.	Punkt im Anhang	Bedeutung	Wertspalte	Anzahl Stellen	Format
11023 bis 11034	1.10	Für alle Schlüssel-Nr.: Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz je Mitglied gemäß Tableau 2.3 - 4 Stellen (davon 2 Nachkomma)	1	4	numerisch
21002 bis 21007, 21099	2.1	Für alle Schlüssel-Nr: Methoden gemäß Tableau 2.1 (1=ja 0=nein)	1	1	0/1
22002 bis 22007, 22099	2.2	Für alle Schlüssel-Nr: Abweichung Methoden gemäß Tableau 2.2  - Abweichung (1=ja 0=nein)  - Betrag (15 Stellen) mit Vorzeichen  Gründe (1=ja 0=nein) Verwaltungsvereinfachung Gesetzliche Änderung Sonstiges	1   2  3 4 5	1   16  1 1 1	0/1   Numerisch mit Vorz.  0/1 0/1 0/1

Schlüssel-Nr.	Punkt im Anhang	Bedeutung	Wertspalte	Anzahl Stellen	Format
23002 bis 23007, 23099	2.3	Für alle Schlüssel-Nr: Änderung Methoden zum Vorjahr gemäß Tableau 2.2			
		- Änderung (1=ja 0=nein)	1	1	0/1
		- Betrag (15 Stellen) mit Vorzeichen	2	16	Numerisch mit Vorz.
		Gründe (1=ja 0=nein)			
		Verwaltungsvereinfachung	3	1	0/1
		Gesetzliche Änderung	4	1	0/1
		Sonstiges	5	1	0/1
31101	3.1.1	Einhaltung §§ 80, 83 und 86 SGB IV 1=ja 0=nein	1	1	0/1
32101	3.2.1	Darlehen			
		- Gesamtsumme aller Darlehen 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit positivem Vorzeichen	1	16	Numerisch mit Vorz.
		- Enddatum Laufzeit (Angabe der Laufzeit für das Darlehen mit der längsten Laufzeit)	2	8	JJJJMMTT
32202	3.2.2	Enddatum zeitl. Rechnungsabgrenzung	1	8	JJJJMMTT

Schlüssel-Nr.	Punkt im Anhang	Bedeutung	Wertspalte	Anzahl Stellen	Format
32311	3.2.3.1	Rückstellungen gem. § 171e SGB V			
		- Barwert (Gesamtbetrag) 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit 1 Vorzeichen	1	16	Numerisch mit Vorz.
32312	3.2.3.1	Rückstellungen gem. § 12 SVRV			
		- Barwert bzw. Gesamtbetrag 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen	1	16	Numerisch mit Vorz.
32321	3.2.3.2	Altersteilzeitvereinbarungen nach AltersTZG			
		Gesamtbetrag 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit 1 Vorzeichen	1	16	Numerisch mit Vorz.
		Buchungsstand in Geschäftsjahr 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen	2	16	Numerisch mit Vorz.
		Zeitpunkt des voll. Aufbaus	3	8	JJJJMMTT



Schlüssel-Nr.	Punkt im Anhang	Bedeutung	Wertspalte	Anzahl Stellen	Format
32322	3.2.3.2	Wertguthaben nach § 7b SGB IV			
		Gesamtbetrag 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit 1 Vorzeichen	1	16	Numerisch mit Vorz.
		Buchungsstand im Geschäftsjahr 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen	2	16	Numerisch mit Vorz.
		Zeitpunkt des voll. Aufbaus	3	8	JJJJMMTT
35001	3.5	Rücklagesoll nach Satzung 5 Stellen (davon 2 Nachkomma)	1	5	Numerisch
35002	3.5	Rechnerischer Rücklagesatz 5 Stellen (davon 2 Nachkomma)	1	5	Numerisch
43001 bis 43010	4.3	Für alle Schlüssel-Nr: Beteiligungen			
		Beteiligung vorhanden (1=ja 0=nein)	1	5	0/1
		Beteiligungsquote 5 Stellen (davon 2 Nachkomma)	2	5	Numerisch
		Stammkapital 15 Stellen /Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen	3	16	Numerisch mit Vorz.

**Forderungsspiegel**

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Punkt im Anhang</b>	<b>Bedeutung</b>	<b>Wertspalte</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Format</b>	
	3.1.2	Für alle Schlüssel-Nr: alle Beträge 15 Stellen (13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen				
00210						
00220						
00230						
00240						
00250			- Forderung Geschäftsjahr	1	16	numerisch mit Vorz.
00260						
00290						
00295			- Forderung Vorjahr	2	16	numerisch mit Vorz.
00300						
31299						

## Anlagengitter

Schlüssel-Nr.	Punkt im Anhang	Bedeutung	Wertspalte	Anzahl Stellen	Format				
00700	3.1.4	Für alle Schlüssel-Nr.: alle Beträge 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen							
00701									
00710									
00711						- Kum AK	1	16	numerisch mit Vorz. positiv
00712									
00713						- Buchwert Beginn	2	16	numerisch mit Vorz. positiv
00718						- Zugänge	3	16	numerisch mit Vorz. positiv
00719									
00720									
00721						- Umbuchungen	4	16	numerisch mit Vorz. positiv
00730						- Abgänge	5	16	numerisch mit Vorz. positiv
00731									
00732						- Abschreibungen	6	16	numerisch mit Vorz. positiv
00733						- außerpl. Abschreibung	7	16	numerisch mit Vorz. positiv
00738									
00739	- Buchwert Ende	8	16	numerisch mit Vorz. positiv					

## Verpflichtungsspiegel

Schlüssel-Nr.	Punkt im Anhang	Bedeutung	Wertspalte	Anzahl Stellen	Format				
01210	3.2.2	Für alle Schlüssel-Nr.: alle Beträge 15 Stellen (Betrag 13 Euro, 2 Cent) mit Vorzeichen							
01220									
01250									
01260									
01270									
01271						- Verpflichtung Geschäftsjahr	1	16	numerisch mit Vorz.
01272						- Verpflichtung Vorjahr	2	16	numerisch mit Vorz.
01273									
01274									
01279						- Schätzverpfl. Geschäftsjahr	3	16	numerisch mit Vorz.
01280						- Schätzverpfl. Vorjahr	4	16	numerisch mit Vorz.
01290									
01295									
01300									
32299									

Tableau 1.0

<b>Wertspalte</b>	<b>Stellen</b>
1	25-40
2	41-56
3	57-72
4	73-88
5	89-104
6	105-120
7	121-136
8	137-152

Die Stellen 153-186 sind mit BLANKS zu füllen.

Tableau 1.2

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Bundesland</b>
12003	Schleswig-Holstein
12004	Hamburg
12005	Niedersachsen
12006	Bremen
12007	Nordrhein-Westfalen
12008	Hessen
12009	Rheinland-Pfalz
12010	Baden-Württemberg
12011	Bayern
12012	Saarland
12013	Berlin
12014	Brandenburg
12015	Mecklenburg-Vorpommern
12016	Sachsen
12017	Sachsen-Anhalt
12018	Thüringen

Tableau 1.6

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Vorgang</b>
16002	Organisationsänderung
16003	Fusionen
16004	VBL-Ausstieg
16005	Sonstige

Tableau 2.1

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Methode Einhaltung/Anwendung</b>
21002	§ 77 Abs. 1a Nr. 1 SGB IV
21003	§ 77 Abs. 1a Nr. 2 SGB IV
21004	§ 77 Abs. 1a Nr. 3 SGB IV
21005	§ 77 Abs. 1a Nr. 4 SGB IV
21006	§ 77 Abs. 1a Nr. 5 SGB IV
21007	§ 77 Abs. 1a Nr. 6 SGB IV
21099	Sonstige angewandte Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden

Tableau 2.2

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Methode Abweichung/Änderung</b>
22002/23002	§ 77 Abs. 1a Nr. 1 SGB IV
22003/23003	§ 77 Abs. 1a Nr. 2 SGB IV
22004/23004	§ 77 Abs. 1a Nr. 3 SGB IV
22005/23005	§ 77 Abs. 1a Nr. 4 SGB IV
22006/23006	§ 77 Abs. 1a Nr. 5 SGB IV
22007/23007	§ 77 Abs. 1a Nr. 6 SGB IV
22099/23099	Sonstige

Tableau 2.3

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Monat</b>
11023	Januar
11024	Februar
11025	März
11026	April
11027	Mai
11028	Juni
11029	Juli
11030	August
11031	September
11032	Oktober
11033	November
11034	Dezember

**Satzart 24:**

<b>Schlüssel-Nr.</b>	<b>Punkt im Anhang</b>	<b>Bedeutung</b>	<b>Stellen/ Format</b>
11001	1.1	Name der Organisation	5000 character
16010	1.6	Organisationsänderung	5000 character
16030	1.6	VBL-Ausstieg	5000 character
16040	1.6	Fusionen	5000 character
16999	1.6	Sonstige	5000 character
17001	1.7	Name der Prüfinstanz	5000 character
18001	1.8	Angaben zum zuständigen Landesverband	5000 character
19001	1.9	Angaben zur Aufsicht	5000 character
21101	2.1	Einhaltung Methoden nach §77 Abs. 1a SGB IV zu Schlüsselnummern 21002 bis 21007	5000 character
21199	2.1	Sonstige angewandte Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden zu Schlüssel 21099	5000 character
22101	2.2	Erläuterung bei Abweichung für jede Methode zu Schlüssel-Nr. 22002 bis 22007 mit Erläuterung der Gründe	5000 character
22199	2.2.	Sonstige Änderungen von anzuwendenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden mit Erläuterung der Gründe zu Schlüssel-Nr. 22099	5000 character
23101	2.3	Erläuterung bei Änderungen der Methoden zu Schlüssel-Nr.23002 bis 23007 Erläuterung der Gründe	5000 character



23199	2.3	Sonstige Änderungen von angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden Erläuterung der Gründe zu Schlüssel-Nr. 23099	5000 character
31102	3.1.1	Erläuterung bei Nichteinhaltung der Bestimmungen §§ 80, 83 und 86 SGB IV zu Schlüssel-Nr. 31101	5000 character
31201	3.1.2	Erläuterungen zu Forderungen	5000 character
31311	3.1.3.1	Erläuterungen zu den Mitteln der Rückstellungen gemäß § 12 Abs. 1 Satz 1 bis 4 SVRV	5000 character
31312	3.1.3.1	Erläuterungen zu Mitteln der Rückstellungen gemäß § 171e SGB IV	5000 character
31321	3.1.3.2	Erläuterungen zu den Mitteln aus der Insolvenzversicherung nach § 8a AltTZG	5000 character
31322	3.1.3.2	Erläuterungen zu Mitteln aus der Insolvenzversicherung nach § 7e SGB IV	5000 character
31401	3.1.4	Erläuterungen zum Anlagengitter	5000 character
32111	3.2.1	Darlehen Erläuterung zu Schlüssel-Nr. 32101	5000 character

32201	3.2.2	Erläuterungen zu Verpflichtungen	5000 character
32313	3.2.3.1	Erläuterung zu Rückstellungen § 171e SGB V (Versicherungsmathematische Verfahren und grundlegende Annahmen)	5000 character
32314	3.2.3.1	Erläuterung zu Rückstellungen § 12 SVRV	5000 character
32323	3.2.3.2	Erläuterungen zu AltersTZG	5000 character
32324	3.2.3.2	Erläuterungen zu Wertguthaben nach § 7b SGB IV	5000 character
33001	3.3	Erläuterungen zur Klarheit/Übersichtlichkeit	5000 character
34001	3.4	Erläuterungen zu außerord. Entwicklung, Änderung Darstellung/Verfahren	5000 character
41001	4.1	Sonstige Haftungsverhältnisse	5000 character
42010	4.2	„Nicht bilanzierungspflichtige Sachverhalte“	5000 character
43101	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43001	5000 character
43102	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43002	5000 character
43103	4.3	Beteiligung Name/Erläuterung zu Schlüssel-Nr. 43003	5000 character
43104	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43004	5000 character
43105	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43005	5000 character
43106	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43006	5000 character
43107	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43007	5000 character
43108	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43008	5000 character
43109	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43009	5000 character
43110	4.3	Beteiligung Name/Erläuterungen zu Schlüssel-Nr. 43010	5000 character

43111	4.3	Erläuterungen zu sonstigen Be- teiligungen	5000 character
-------	-----	---	----------------

3. Ab 1.1.2010 gilt der folgende Anhang E: "Eid gemäß § 77 Abs. 1a SGB IV"

**" E. Erklärung nach § 77 Abs. 1a SGB IV**

Ich versichere/Wir versichern nach bestem Wissen, dass unter Berücksichtigung der Grundsätze nach § 77 Abs. 1a Satz 3 SGB IV und der Ausführungsbestimmungen über diese Grundsätze sowie der Besonderheiten der für das Rechnungswesen der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Rechnungslegungsvorschriften die Jahresrechnung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse vermittelt.

Ort, Datum

---

(Unterschrift des Vorstandes / der Geschäftsführung)"