

SGB HR - Haushalts- und Rechnungswesen

Materialsammlung und Kommentar

Bearbeitet von
Karin Käser

Grundwerk mit Ergänzungslieferungen 0. Loseblatt. Rund 2016 S. In 1 Ordner
ISBN 978 3 7747 3088 5

[Recht > Sozialrecht > SGB I und SGB IV – Allgemeines zur Sozialversicherung](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Gliederung für SGB HR

Übersicht A	Gliederung
Übersicht B	Inhalt nach Ordnungsworten
Übersicht C	Abkürzungsverzeichnis
Übersicht D	Zuordnungen

Gemeinsame Vorschriften

SGB IV	Wortlaut der §§ 67 bis 86
Zu § 67 SGB IV	Aufstellung des Haushaltsplans
Zu § 68 SGB IV	Bedeutung und Wirkung des Haushaltsplans
Zu § 69 SGB IV	Ausgleich, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, Kosten- und Leistungsrechnung, Personalbedarfsermittlung
Zu § 70 SGB IV	Haushaltsplan
Zu § 71 SGB IV	Haushaltsplan der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Zu § 71 a SGB IV	Haushaltsplan der BA
Zu § 71 b SGB IV	Veranschlagung der Arbeitsmarktmittel der BA
Zu § 71 c SGB IV	Eingliederungsrücklage der BA
Zu § 71 d SGB IV	Haushaltspläne der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
Zu § 71 e SGB IV	Ausweisung der Schiffssicherheitsabteilung im Haushaltsplan
Zu § 72 SGB IV	Vorläufige Haushaltsführung
Zu § 73 SGB IV	Überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben
Zu § 74 SGB IV	Nachtragshaushalt
Zu § 75 SGB IV	Verpflichtungsermächtigungen
Zu § 76 SGB IV	Erhebung der Einnahmen
Zu § 77 SGB IV	Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung
Zu § 77 a SGB IV	Geltung von Haushaltsvorschriften des Bundes für die BA
Zu § 78 SGB IV	Verordnungsermächtigung
Zu § 79 SGB IV	Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung
Zu § 80 SGB IV	Verwaltung der Mittel
Zu § 81 SGB IV	Betriebsmittel
Zu § 82 SGB IV	Rücklage
Zu § 83 SGB IV	Anlegung der Rücklage
Zu § 84 SGB IV	Beleihung von Grundstücken
Zu § 85 SGB IV	Genehmigungsbedürftige Vermögensanlagen
Zu § 86 SGB IV	Ausnahmegenehmigung

Haushaltswesen

SVHV	Wortlaut der Verordnung
Zu § 1 SVHV	Veranschlagung und Gliederung
Zu § 2 SVHV	Abgrenzung nach Haushaltsjahren
Zu § 3 SVHV	Grundsatz der Gesamtdeckung
Zu § 4 SVHV	Vorbemerkung, Übersichten zum Haushaltsplan
Zu § 5 SVHV	Bruttoveranschlagung, Vollständigkeit
Zu § 6 SVHV	Verpflichtungsermächtigungen
Zu § 7 SVHV	Erläuterungen
Zu § 8 SVHV	Übertragbarkeit
Zu § 9 SVHV	Deckungsfähigkeit
Zu § 10 SVHV	Sperrvermerk
Zu § 11 SVHV	Baumaßnahmen, größere Beschaffungen, größere Entwicklungsvorhaben
Zu § 12 SVHV	Wirtschaftspläne der Eigenbetriebe
Zu § 13 SVHV	Bruttonachweis, Einzelnachweis
Zu § 14 SVHV	Aufhebung der Sperre
Zu § 15 SVHV	Überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben
Zu § 16 SVHV	Verpflichtungsermächtigungen
Zu § 17 SVHV	Zuwendungen
Zu § 18 SVHV	Sachliche und zeitliche Bindung
Zu § 19 SVHV	Deckungsfähigkeit
Zu § 20 SVHV	Einweisung in eine Stelle für Beamte
Zu § 21 SVHV	Baumaßnahmen, größere Beschaffungen, größere Entwicklungsvorhaben
Zu § 22 SVHV	Öffentliche Ausschreibung
Zu § 23 SVHV	Vorleistungen
Zu § 24 SVHV	Veräußerung von Vermögensgegenständen
Zu § 25 SVHV	Beteiligung an privatrechtlichen Unternehmen
Zu § 26 SVHV	Weitergelten von Vorschriften
Zu § 26 a SVHV	Buchführung der Eigenbetriebe
Zu § 27 SVHV	Jahresrechnung
Zu § 28 SVHV	Gliederung der Haushaltsrechnung
Zu § 29 SVHV	Vermögensrechnung
Zu § 30 SVHV	Übersichten zur Jahresrechnung
Zu § 31 SVHV	Interne Rechnungsprüfung
Zu § 32 SVHV	Entlastung
Zu § 33 SVHV	Beauftragter für den Haushalt
Zu § 34 SVHV	Verbände, Vereinigungen
Zu § 35 SVHV	Ausnahmen vom Anwendungsbereich
Zu § 36 SVHV	(weggefallen)
Zu § 37 SVHV	Inkrafttreten

Rechnungswesen

SVRV	Wortlaut der Verordnung
Zu § 1 SVRV	Anwendungsbereich
Zu § 2 SVRV	Abwicklung des Zahlungsverkehrs
Zu § 3 SVRV	Kassenordnung
Zu § 4 SVRV	Prüfungen der Kasse und der Buchführung
Zu § 5 SVRV	Belegpflicht
Zu § 6 SVRV	Belege für Einzahlungen, Auszahlungen und Buchungen ohne Zahlungsvorgang
Zu § 7 SVRV	Zahlungsanordnung
Zu § 8 SVRV	Quittung
Zu § 9 SVRV	Feststellung der Belege
Zu § 10 SVRV	Grundsätze der Buchführung
Zu § 11 SVRV	Aktivierung und Bewertung
Zu § 12 SVRV	Rückstellungen
Zu § 13 SVRV	Führung der Bücher
Zu § 14 SVRV	Aufbewahrung
Zu § 15 SVRV	Tages- und Monatsabstimmung
Zu § 16 SVRV	Bestandsverzeichnisse
Zu § 17 SVRV	Einsatz der automatisierten Datenverarbeitung
Zu § 18 SVRV	Rechnungslegung
Zu § 19 SVRV	Durchführung von Aufgaben durch Dritte
Zu § 20 SVRV	Ausnahmeregelungen zur Aktivierung und Bewertung
Zu § 21 SVRV	Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Statistik/Sonstige Vorschriften

KSVwV	Wortlaut der Verwaltungsvorschrift
Zu § 1 KSVwV	Mitglieder und Kranke
Zu § 2 KSVwV	Mitglieder nach Alter und Bundesländern
Zu § 3 KSVwV	Mitversicherte Familienangehörige
Zu § 4 KSVwV	Nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegende Personen
Zu § 5–8 KSVwV	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
Zu § 5 KSVwV	Leistungen der Krankenhilfe, der Mutterschaftshilfe, der Haushalts- und Betriebshilfe und des Sterbegeldes
Zu § 6 KSVwV	Abrechnungsfälle von ambulanter kurativer ärztlicher und ambulanter zahnärztlicher Behandlung, Früherkennung von Krankheiten, Mutterschaftsvorsorge und sonstigen Hilfen
Zu § 7 KSVwV	Genesungs- und Vorbeugungskuren
Zu § 8 KSVwV	Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
Zu § 9 KSVwV	Jährliche Rechnungsergebnisse
Zu § 10 KSVwV	Vierteljährliche Rechnungsergebnisse
Zu § 11 KSVwV	Personal und Beitragssätze
Zu § 12 KSVwV	Sozialgerichtsbarkeit – Vorverfahren –
Zu § 13 KSVwV	Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem [jetzt] AAG
Zu § 14 KSVwV	Form der Unterlagen und Weiterleitung der Statistiken
Zu § 15 KSVwV	Erstmalige Erhebung von Statistiken
Zu § 16 KSVwV	Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Anhang

Anhang K 1	Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit Bestimmungen
Anhang K 2	dto., jedoch ohne Bestimmungen
Anhang K 4	Kontenrahmen für die Verbände mit Bestimmungen
Anhang K 5	Änderungsverzeichnis zu K 1
Anhang K 7	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
Anhang K 8	Risikopool-ausgleichsfähige Leistungsausgaben
Anhang P 1	Kontenrahmen für die Träger der sozialen Pflegeversicherung und den Ausgleichsfonds mit Bestimmungen
Anhang P 2	dto., jedoch ohne Bestimmungen
Anhang P 5	Änderungsverzeichnis zu P 1

§ 9 Jährliche Rechnungsergebnisse

Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die [jetzt] Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftlichen Krankenkassen legen die jährlichen Rechnungsergebnisse (Erfolgsrechnung, Vermögensrechnung und Ergebnisse der Auftragsgeschäfte) in der Gliederung des Kontenrahmens, ergänzt von den am KVdR-Belastungsausgleich beteiligten Versicherungsträgern um Angaben für die Durchführung dieses Ausgleichs bis zum 2. 5. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, die Ersatzkassen, die See-Krankenkasse und die Betriebskrankenkassen der *Bundespost*, der Deutschen Bahn AG sowie des BMVBS bis zum 31. 5. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres den für sie nach § 79 Abs. 1 SGB IV zuständigen Stellen vor.

Ordnungsworte

- Amtliche Begründung**
- Finanzstatistik**
- Jahresrechnung**
 - Ausfüllanleitung KJ 1
 - Ausfüllanleitung KJ 2
 - Ausfüllanleitung PJ 1
- Vordrucke**
 - Jahresrechnung KJ 1
 - Jahresrechnung KJ 2
 - Jahresrechnung PJ 1

Jahresrechnung

▷ auch: Zu § 79 SGB IV, Anhang K 5

Ausfüllanleitung KJ 1

Ausfüllanleitung zum Vordruck KJ 1 – Jährliche Rechnungsergebnisse – i. d. F. des BMA-Erlasses vom 13. 12. 1989 – I b 4-18121-1, zuletzt geändert durch Erlass des BMG vom 22. 12. 2009 – LG 5-18110-2/18910-2/18121-2–:

A. Allgemeine Erläuterungen

1. Verpflichtung für die Ausfüllung des Vordrucks KJ 1

Der Vordruck [▷ Vordrucke Jahresrechnung KJ 1] ist von allen Krankenkassen auszufüllen, auch von solchen, die im Laufe des Geschäftsjahres aufgelöst oder mit einer anderen Krankenkasse zusammengelegt/vereinigt worden sind.

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

2. Termin für die Vorlage des Vordrucks

Die Krankenkassen reichen ein Exemplar des Vordrucks spätestens bis zum 15. 5. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres bei den nach § 79 Abs. 1 SGB IV zuständigen Stellen ein. Ein weiteres Exemplar des Vordrucks ist der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Die Weiterleitung der Statistik an das BMG oder an die von diesem bestimmte Stelle hat so frühzeitig zu erfolgen, dass sie am 15. 6. dort vorliegt.

B. Erläuterungen zum Inhalt des Vordrucks

1. In dem Kopf einer jeden Seite des Vordrucks sind die vorgesehenen Ordnungsangaben, einschließlich der von der BA zugeteilten Betriebsnummer, anzugeben.

2. Sofern Positionen des Kontenrahmens nur für einzelne Kassenarten gelten, müssen diese Positionen in der Jahresrechnung einer anderen Kassenart nicht als Leerpositionen geführt werden. Das gleiche gilt für Positionen des Kontenrahmens, die ausschließlich dem Gesundheitsfonds zuzuordnen sind.

3. Währungsbeträge sind jeweils in EUR centgenau anzugeben; dies gilt nicht für die Schlüssel-Nr. 9992 bis 9995 und 9998 bis 9999.

4. Vergleichbarkeit von Vorjahresergebnissen

Bei Kontenrahmenänderungen/-Umstrukturierungen sind bei den davon betroffenen Positionen Vergleichswerte für das Vorjahr nur in den Fällen anzugeben, bei denen eine inhaltliche Übereinstimmung gegeben ist.

5. Vermögensrechnung
- a) Es ist der Bestand der Aktiva und der Passiva aus den Konten des Sachbuches am Ende des Geschäftsjahres zu übernehmen.
Bei kameralistischer Buchführung ist für die Kontengruppe 00 dieser Bestand aus den Einnahme- und Ausgabesummen der Spalten für bare und unbare Zahlungen des Zeitbuches zu ermitteln.
- b) Werden nach den Bestimmungen im Kontenrahmen zu 19 Nr. 4 die Konten unter 09 und 19 nicht laufend geführt, sind die unter 19 und/oder 09 nachzuweisenden Endbestände nach den Bestimmungen zu 19 Nr. 1 bis 3 zu errechnen und in den Vordruck einzusetzen.
Unter Position „190/090 Netto-Reinvermögen der Krankenversicherung“ ist die Summe aus Kontenart 190 einzutragen. Ergibt sich für die Betriebsmittel und/oder das Verwaltungsvermögen ein passives Reinvermögen, ist das Netto-Reinvermögen entsprechend der Bestimmung im Kontenrahmen zu 19 Nr. 2 darzustellen.
- c) Wenn in Ausnahmefällen ein Konto der Kontengruppe 00 am Jahresende einen passiven Saldo aufweist, so ist dieser im Vordruck nicht bei dem entsprechenden Konto unter 00, sondern unter 10 „Zahlungsmittelkredite“ einzusetzen.
- d) Grds. dürfen die Einzelbeträge nicht mit einem Vorzeichen z. B. Minus (-) versehen werden.
Im Ausnahmefall ist jedoch ein Betrag mit einem Minuszeichen (-) zu kennzeichnen, wenn
- ein Sachbuchkonto „umschlägt“ (d. h. Ausgabenüberschuss auf einem Einnahmekonto [z. B. Konto 2027] oder Einnahmeüberschuss auf einem Ausgabenkonto),
 - es sich beim Saldierungswert der Schlüsselnummer 9499 um einen Überschuss der Ausgaben handelt.
- Die Ausnahmeregelung gilt für die Konten der Kontenklassen 0 und 1 nicht.
6. Erfolgsrechnung
- a) Aus dem Sachbuch sind die Salden der Konten der Klassen 2 bis 7 zu entnehmen. Es müssen in den Einnahmen- und den Ausgabensummen alle für das Geschäftsjahr zu erfassenden Erträge und Aufwendungen enthalten sein, wenn sie dem Grunde und der Höhe nach längstens bis zum 30. 4. des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres feststehen bzw. in ihrer Höhe zuverlässig eingeschätzt werden können, auch dann, wenn tatsächlich Zahlungen noch nicht geleistet wurden.
Für die Schlüssel-Nr. 5980 sind aus dem Sachbuch die Salden der Konten 5980 und 5982, für die Schlüssel-Nr. 5985 die Salden der Konten 5985 und 5987 zu übernehmen.
- b) Die Aufwendungen für Mitglieder ohne Rentner, für Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner und die Aufwendungen für Rentner und ihre Familienangehörigen sind unter der jeweiligen Kontengruppe oder Kontenart in die Betragsspalte 1 (Mitglieder ohne Rentner), die Betragsspalte 2 (Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner) und in die Betragsspalte 3 (Rentner und ihre Familienangehörigen) einzutragen.
- c) Es ist der Krankenkasse freigestellt, ob sie Pro-Kopf-Werte meldet. Meldet sie diese, hat sie wie folgt zu verfahren:
Für die Errechnung von Einnahmen- und Ausgabenwerten je Mitglied (Pro-Kopf-Werte) sind die der Zweckbestimmung der Einnahmen und der Ausgaben entsprechenden Mitgliederzahlen aus dem zusätzlichen Vordruck KM 1 (KM 1 13. Meldung, ▸ Zu § 1 KSVwV □ Mitgliederstatistik ○ Ausfüllanleitung KM 1), der die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder enthält, heranzuziehen. Das gilt nicht für Kassen, die nicht das ganze Jahr tätig waren. Für diese Kassen sind zur Berechnung der Pro-Kopf-Werte die Summe der Stichtagszahlen für die Monate ihrer Tätigkeit durch die Zahl der Monate ihrer Tätigkeit zu teilen.

Meldet die Krankenkasse Pro-Kopf-Werte, sind diese in der Kontenklasse 2 für folgende Positionen zu errechnen. Dabei sind folgende Mitgliederzahlen heranzuziehen:

Für die Kontenart/ -gruppe/-klasse	Position des zusätzlichen Vordrucks KM 1	
	Alle Krankenkassen ohne landwirtschaftliche Krankenkassen	Landwirtschaftliche Krankenkassen
200		10050 + 10051 + 10150 Sp. 3
201		10030 + 10031 + 10032 Sp. 3
202		10599 Sp. 3
205		10170 Sp. 3
20 – Pflichtmitglieder (ohne Rentner)		10199 Sp. 3 abzgl. 10060, 10110 und 10130 Sp. 3
– Rentner		10599 Sp. 3
210		10299 abzgl. 10250 Sp. 3
21		10299 Sp. 3
23		10060 Sp. 3
25	10999 Sp. 3	
2 – Mitglieder (ohne Rentner)		10399 Sp. 3
– Rentner		10599 Sp. 3

Kontenklassen 4/5

Wenn die Krankenkasse Pro-Kopf-Werte ermittelt, sind die nachfolgenden Mitglieder heranzuziehen:

Für die Beträge der Mitglieder ohne Rentner und für die Familienangehörigen der Mitglieder ohne Rentner die Mitgliederzahlen aus der Position (Schlüssel-Nr.) 10399 Sp. 3, für die Beträge der Rentner und ihrer Familienangehörigen die Mitgliederzahlen aus der Position (Schlüssel-Nr.) 10499 Sp. 3 bei allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen und 10599 Sp. 3 bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

- d) Korrespondenz der Leistungsaufwendungen mit den Leistungsfällen
Die Leistungsaufwendungen stehen mit der Nachweisung über die Leistungsfälle im Zusammenhang. Es ist daher zu beachten, dass den Beträgen der Jahresrechnung entsprechende Leistungsfälle in den Geschäftsergebnissen (KG 2, KG 3 und KG 5, ▷ Zu § 5 KSVwV □ Vordrucke ○ Geschäftsergebnisse KG 2, Zu § 6 KSVwV □ Vordrucke ○ Geschäftsergebnisse KG 3, Zu § 7 KSVwV □ Vordrucke ○ Geschäftsergebnisse KG 5) gegenüberstehen.
- e) In den Kontenklassen 3, 6, 7 und 9 kann die Krankenkasse die freigelassenen Spalten 2 und 3 für eigene Zwecke verwenden.
7. Investitionshaushalt: Erfolgswirksame Einnahmen und Ausgaben

Es sind die Salden der Kontenarten/Konten der Kontengruppen 90 und 91 am Ende des Geschäftsjahres vor der Übernahmebuchung in die Vermögensrechnung zu übernehmen. Ist dies auf Grund des angewandten Buchungsverfahrens in der Weise nicht möglich, sind die Investitionsbestände am Ende des Geschäftsjahres auf andere Weise sicherzustellen.

8. Einnahmen und Ausgaben nach dem AAG

Es sind die Salden der Konten der Kontengruppe 94 aus dem Sachbuch zu übernehmen.

9. Vermögensbestände und Vermögensentwicklung sowie Angaben über die Rücklage

a) Unter den Schlüssel-Nr. 9965/9966 ist in Spalte 2 des Vordrucks das Netto-Reinvermögen der Krankenversicherung (Saldierungswert der Kontenarten 190/090) einzutragen. Dabei ist ein aktives Netto-Reinvermögen unter der Schlüssel-Nr. 9965, ein passives Netto-Reinvermögen unter der Schlüssel-Nr. 9966 nachzuweisen; die gleichzeitige Belegung beider Schlüssel-Nr. innerhalb von Spalte 2 ist auszuschließen. Entsprechendes gilt für Spalte 3.

b) Das unter a Gesagte gilt für die Schlüssel-Nr. 9900/9910 entsprechend.

c) Rücklage-Soll

Unter der Schlüssel-Nr. 9970 ist das Rücklage-Soll nach § 261 SGB V/§ 51 Abs. 1 KVLG 1989 für das abzuschließende Geschäfts-(Haushalts-)Jahr anzugeben.

d) Rücklage-Ist

Hier ist der unter der Schlüssel-Nr. 1902 der Vermögensrechnung nachgewiesene Betrag einzutragen. Er darf nicht größer als der unter der Schlüssel-Nr. 9970 angegebene Betrag sein.

10. Angaben zum Gesundheitsfonds

Angaben zu den Schlüssel-Nr. 9992 bis 9996 und 9998 bis 9999 sind vom Gesundheitsfonds und allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu machen. Mit Ausnahme der Versichertenzahlen der Schlüssel-Nr. 9996 sind alle Eintragungen in Euro-Beträgen anzugeben. Centbeträge bleiben unberücksichtigt. Die

- zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (ohne LKK) – Schlüssel-Nr. 9992,
- berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben – Schlüssel-Nr. 9995 und
- zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (ohne Wahltarife) – Schlüssel-Nr. 9999

ergeben sich aus den Anlagen zur Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

a) Schlüssel-Nr. 9993

In Spalte 1 weist einerseits der Gesundheitsfonds ab dem 1. 1. 2009 die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen aus, andererseits auch die Krankenkassen zu Beiträgen für Zeiträume vor dem 1. 1. 2009. Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen setzt sich zusammen aus

1. den beitragspflichtigen Einnahmen des Geschäftsjahres gemäß § 8 Abs. 2 und 3 RSAV. Hierunter zählen auch Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen nach § 229 Abs. 1 SGB V. Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen von Pflichtversicherten mit Rentenbezug sind ab 1995 zu berücksichtigen (§ 24 RSAV),
2. nachträglich festgestellten Korrekturen, die vom BVA in einem Jahresausgleich noch nicht berücksichtigt wurden und aus Unrichtigkeiten im laufenden Geschäftsjahr bzw. in früheren Geschäftsjahren herrühren.

b) Schlüssel-Nr. 9994

In Spalte 1 weist einerseits der Gesundheitsfonds ab dem 1. 1. 2009 die Renten aus, andererseits weisen auch die Krankenkassen für Zeiträume vor dem 1. 1. 2009 hier die Renten aus. Die Summe der Renten setzt sich zusammen aus:

1. der Summe der Renten gemäß § 8 Abs. 4 RSAV für das Geschäftsjahr. Dabei ist die Summe der der Krankenkasse vom Postrentendienst der Deutschen Post AG im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherungsträger und ggf. der Knappschaft mitgeteilten monatlichen Rentensummen für das Geschäftsjahr anzugeben. Bei der Berechnung für das Geschäftsjahr ist auch die Summe der Renten aus den nachschüssig gezahlten Renten im Januar des Folgejahres für den Monat Dezember des Berichtsjahres zu berücksichtigen,
2. nachträglich festgestellten Korrekturen (vgl. Schlüssel-Nr. 9993).

c) Schlüssel-Nr. 9995

In Spalte 1 ist die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben von Spalte 2 und der Korrekturen aus Vorjahren von Spalte 3 anzugeben.

In Spalte 2 ist die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gemäß § 4 Abs. 1 RSAV für das Geschäftsjahr abzüglich der in § 4 Abs. 3 RSAV genannten und im Geschäftsjahr zu buchenden Erstattungen und Einnahmen einzusetzen.

In Spalte 3 sind nachträglich festgestellte Korrekturen aus Vorjahren gemäß § 266 Abs. 6 [jetzt] Satz 6 SGB V auszuweisen. Dabei handelt es sich insbesondere um Rechen- und Kontierungsfehler, nicht jedoch um solche Abweichungen, die dadurch entstanden sind, dass gebuchte Beträge auf Grund von Buchungsbestimmungen von den tatsächlich angefallenen Beträgen abweichen (z. B. Schätzungen bei der zeitlichen Rechnungsabgrenzung).

d) Schlüssel-Nr. 9996

In Spalte 2 ist die Gesamtzahl der Versicherten aus Satzart 111 Januar bis Dezember des Berichtsjahres auszuweisen.

Die Gesamtzahl der Versicherten ist wie folgt zu ermitteln:

Die Summe aller Versicherungszeiten ist durch die Zahl 365 – in einem Schaltjahr durch 366 – zu teilen und auf ganze Zahlen aufzurunden, wenn die 1. Stelle nach dem Komma größer als 4 ist, ansonsten abzurunden (ein Versicherungsjahr gleich ein Versicherter).

e) Schlüssel-Nr. 9998

In Spalte 2 ist die Summe der Krankengeldnachzahlungen nach § 47 a Abs. 3 SGB V und die darauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge (Kontenart 476) nachzuweisen.

f) Schlüssel-Nr. 9999

In Spalte 2 ist die Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (ohne Wahltarife) einschließlich der Ausgaben für Telematik nachzuweisen.

12. Plausibilitätsprüfungen

(1) Nach § 14 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 letzter Satz KSVwV sind folgende Plausibilitätsprüfungen durchzuführen:

(2) Vor Weiterleitung sind die Daten insbesondere auf Vollständigkeit/Vollzähligkeit, inhaltliche und formale Richtigkeit sowie auf plausible Entwicklung zu prüfen.

Vordrucke

Jahresrechnung KJ 1

▷ auch: Zu § 27 SVHV Vordrucke

Vordruck KJ 1
Stand: Februar 2010
Erlass: 22.12.2009

Belegart	X	Jahr	X	X	Betriebs-(Kassen-)Nr.
1—2	3	4—5	6—7	8—15	
2	1	X	X	X	

Rechnungsergebnisse
für das Jahr 2009

der

Bezeichnung und Sitz der Krankenkasse

A.	Vermögensrechnung	Seiten	2 bis 14
B.	Erfolgsrechnung.....	Seiten	15 bis 67
C.	Investitionshaushalt	Seiten	68 bis 70
D.	Einnahmen und Ausgaben des Ausgleichs nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz.....	Seite	71
E.	Zusammenfassende Übersicht.....	Seiten	72 bis 73

Die richtige Übernahme der Beträge aus den Büchern (Konten) wird hiermit bescheinigt.

An

Hiermit werden die Rechnungsergebnisse für das oben angegebene Jahr vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift

Belegart	X	Jahr	X	X	Betriebs-(Kassen-)Nr.
1—2	3	4—5	6—7	8—15	
2	1	X	X	X	

A. Vermögensrechnung: Kontenklasse 0 - Aktiva

Schl. Nr.	Bestand am		Bestandsveränderung im Geschäftsjahr Zunahme (+) Abnahme (-) Euro	Konten- gruppe, -art, Konto	Bezeichnung
	Ende (31. Dezember) des Geschäftsjahres	Anfang (1. Januar) des Geschäftsjahres			
	Euro	Euro			
	1	2	3		
				00	Barmittel und Giroguthaben
0000				0000	Barer Kassenbestand
0002				0002	Giroguthaben bei Kreditinstituten
0009				0009	Sonstige sofort verfügbare Zahlungsmittel
				00	insgesamt
				01	Kurzfristige Geldanlagen
0100				0100	Termineinlagen
0101				0101	Spareinlagen
0102				0102	Schatzwechsel und unverzinsliche Schatzanweisungen
0109				0109	Sonstige kurzfristige Geldanlagen
				01	insgesamt
				02	Forderungen
0200				0200	Beitragsforderungen für die Krankenversicherung (Gesundheitsfonds und LKKen)
0201				0201	Beitragsforderungen für die Krankenversicherung für Zeiträume bis 31.12.2008 (ohne LKKen)
				021	Forderungen auf Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen
0210				0210 und 0211	Forderungen auf Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen nach § 242 SGB V
0220				022	Forderungen an Krankenkassen aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen
				023	Forderungen an die Unfall- und die Rentenversicherungs- träger aus Versicherungs- und Betreuungsleistungen
0230				0230	Forderungen an Unfallversicherungsträger
0231				0231	Forderungen an Träger der allgemeinen Rentenversicherung
0233				0233	Forderungen an Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung
0234				0234	Forderungen an Träger der Alterssicherung der Landwirte
				023	zusammen
				024	Forderungen an Andere aus Versicherungsleistungen
0241				0241	Forderungen an den Bund aus Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989
0242				0242	Forderungen an den Bund gemäß § 19 BVG
0243				0243	Forderungen aus Versicherungsleistungen aufgrund von Ersatzansprüchen gegen Dritte
0249				0249	Forderungen an Sonstige aus Versicherungsleistungen
				024	zusammen

Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds

i. d. F. vom 22. 12. 2009 (Erlass des BMG vom 22. 12. 2009 – LG 5-18110-2/18910-2/18121-2)

(Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV)

hier: unter Berücksichtigung der Bestimmungen zum Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

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 (1-stellig), Gruppen (2-stellig), Arten (3-stellig) und Konten (4-stellig); 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 ggf. eingerichteten 5- bzw. 6-stelligen Buchungsstellen als Unterkonten bzw. Hilfskonten zu bezeichnen sind.
2. Die LKKen können intern die für das Bundesmittelnachweisverfahren (§ 4 Abs. 3, § 37 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989) benötigten Konten einrichten, soweit und solange unbesetzte Kontenstellen zur Verfügung stehen. Die Regelungen des § 77 Abs. 1 a SGB IV gelten nicht für die LKKen.
3. Die Klassen, Gruppen und Arten sind Positionen der Systematik. Buchungsstellen sind allein die Konten sowie die etwa vorhandenen Unterkonten und Hilfskonten; sie sind in einem Kontenverzeichnis (Kontenplan) nachzuweisen.
4. Auf die besonderen Bestimmungen für die Klasse 4/5 unter 40 bis 59 Nr. 5 und auf die Bestimmungen zu 900 bis 907 wird verwiesen.

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 [richtig] 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.

0109 Sonstige kurzfristige Geldanlagen

02 Forderungen

Zu 02

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. Wird bei der Ermittlung von Forderungen von diesen Bestimmungen abgewichen, ist dies begründet im Anhang zur Jahresrechnung zu dokumentieren. Dabei sind auch die finanziellen Auswirkungen der abweichenden Verfahrensweise darzustellen. Dies gilt nicht für die LKKen.

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.

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.

020 Forderungen auf Beiträge für die Krankenversicherung

Zu 020

1. 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.

2. Die Forderungen brauchen nur am Ende des Geschäftsjahres gebucht zu werden.

0200 Beitragsforderungen für die Krankenversicherung (Gesundheitsfonds und LKKen)

0201 Beitragsforderungen für die Krankenversicherung für Zeiträume bis 31. 12. 2008 (ohne LKKen)

021 Forderungen auf Zusatzbeiträge und Prämienauszahlungen

Zu 021

1. Krankenkassen buchen hier die Forderungen auf den Zusatzbeitrag auf der Grundlage der Aufzeichnungen in den Beitragsbüchern nach § 26 SRVwV.

2. Die Forderungen brauchen nur am Ende des Geschäftsjahres gebucht zu werden.

0210 Forderungen auf Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 1 SGB V

0211 Forderungen auf Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V

**022 Forderungen an Krankenkassen aus Versicherungs- und
Betreuungsleistungen**

Zu 022

Bei pauschalem Ersatz ausländischer Versicherungsträger für Aushilfsleistungen werden Forderungen nicht gebucht; siehe 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: Zu 022 bis 024

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

Zu 024 ▷ Zu 022 bis 024

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 auf Grund 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 IfSG, 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 Ausgaben bzw. der Sollbeträge aus den zutreffenden Konten der Kontenklasse 8 auf; vgl. auch zu 125.

0250 Forderungen an Gemeinden (Sozialhilfeempfänger)

0251 Forderungen nach dem BVG, BVFG, MuSchG, IfSG, AntiDHG, OEG, BEG und dem SFHG

0259 Forderungen an Sonstige aus Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute

026 Forderungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige

0260 Forderungen aus dem Beitragseinzug für andere Versicherungszweige

Zu 0260

Die Bestimmung zu 025 gilt auch hier.

0261 Forderungen aus dem Beitragseinzug für den 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 in Verb. mit § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989

0292 Forderungen aus dem Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V)

Zu 0292

Gebucht werden hier ausschließlich die Forderungen aus dem Risikostrukturausgleich, die als voraussichtliche Einnahmen unter Konto 3741 bzw. 3749 zu buchen sind. Nach Durchführung des RSA-Jahresausgleichs für 2008 sich ergebende Korrekturen sind nicht hier, sondern unter 3743 im Jahr der Feststellung durch das BVA zu berücksichtigen. Dies gilt jedoch erst dann, wenn das obligatorische Korrekturverfahren für die Jahre 2004 bis 2008 jeweils abgeschlossen ist.

0293 Forderungen aus dem Risikopool-Ausgleich (§ 269 SGB V)

Zu 0293

Gebucht werden hier ausschließlich die Forderungen aus dem Risikopool-Ausgleich, die als voraussichtliche Einnahmen unter Konto 3761 bzw. 3769 zu buchen sind. Nach Durchführung des Risikopool-Jahresausgleichs für 2008 sich ergebende Korrekturen sind nicht hier, sondern unter 3763 im Jahr der Feststellung durch das BVA zu berücksichtigen. Dies gilt jedoch erst dann, wenn das obligatorische Korrekturverfahren für das Jahr 2008 abgeschlossen ist.

0294 Übrige Forderungen aus Risikostrukturausgleich und Risikopool

Zu 0294

Gebucht werden hier insbesondere Forderungen nach § 17 Abs. 3 a RSAV und alle anderen nicht unter 0292 und 0293 zu buchenden Forderungen.

0295 Forderungen an den Gesundheitsfonds

Zu 0295

1. Forderungen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds, die als Zuweisungen unter den Kontenarten 377, 378 und 379 zu buchen sind.
2. Mit Eingang des Zuweisungsbescheides ist der darin ausgewiesene Gesamtbeitrag 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.

0296 Forderungen an die Krankenkassen (Gesundheitsfonds)

Zu 0296

Forderungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen aus überzahlten Zuweisungen, die unter den Kontenarten 677, 678 und 679 ausgewiesen werden. Gebucht werden alle Forderungen, die nicht unter 0200 fallen.

0299 Übrige Forderungen

Zu 0299

Z. B. fällige aber noch nicht eingegangene Vermögenserträge, sowie gewährte Zahlungsmittelkredite der Krankenversicherung an die AAG-Ausgleichskassen bei Krankheit und Mutterschaft.

03 Forderungen aus Wahlтарifen nach § 53 SGB V

Zu 03

Die Bestimmungen zu 02 gelten entsprechend.

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