

Satzung
der
Krankenkasse für den Gartenbau

- Ausgabe 01.01.2001 -

in der durch den 15. Nachtrag
geänderten Fassung

Stand: 01.01.2011

INHALTSVERZEICHNIS

I. ALLGEMEINES

- § 1 Name, Sitz, Rechtsstellung
- § 2 Zweck, Aufgaben
- § 3 Örtliche Zuständigkeit, Verwaltungsstellen

II. VERFASSUNG

- § 4 Organe, Dienstsiegel

1. Organe der Selbstverwaltung

a) Gemeinsame Bestimmungen

- § 5 Vorsitz
- § 6 Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder

b) Vertreterversammlung

- § 7 Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung
- § 8 Aufgaben
- § 9 Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung
- § 10 Schriftliche Abstimmung

c) Vorstand

- § 11 Zahl der Mitglieder des Vorstandes
- § 12 Aufgaben

2. Ausschüsse

- § 13 Widerspruchsausschuss
- § 14 Rechnungsabnahmeausschuss

3. Geschäftsführer

§ 15 Dienstbezeichnung und Aufgaben

3 a. Vertrauenspersonen

§ 15 a Aufgaben

4. Vertretung, Willenserklärungen

§ 16 Vertretung der Krankenkasse

§ 17 Willenserklärungen

III. VERSICHERTER PERSONENKREIS UND MITGLIEDSCHAFT

§ 18 Kreis der Mitglieder

§ 19 Kreis der Familienversicherten

§ 20 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

IV. LEISTUNGEN

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

§ 21 Primärprävention

§ 22 Schutzimpfungen

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

§ 24 (nicht besetzt)

2. Leistungen bei Krankheit

§ 25 Häusliche Krankenpflege

§ 26 Stationäre Hospize

§ 27 Modellvorhaben

3. Betriebs- und Haushaltshilfe

- § 28 Betriebshilfe während stationärer Behandlung
- § 29 Betriebshilfe bei Arbeitsunfähigkeit
- § 30 Betriebshilfe während der Schwangerschaft und Mutterschaft
- § 31 Erstreckung der Betriebshilfe
- § 32 Abhängigkeit von der Grundleistung
- § 33 Haushaltshilfe
- § 34 Haushaltshilfe für sonstige in der LKV Versicherte mit eigenem Haushalt
- § 35 Gestellte Ersatzkräfte
- § 36 Selbstbeschaffte betriebsfremde Ersatzkräfte
- § 37 Antrag

4. Leistungsdaten

- § 38 Auskunft über Leistungsdaten

5. Geltung der auf Bundesebene abgeschlossenen Verträge, Richtlinien, Grundsätze und Empfehlungen

- § 39 Verträge, Richtlinien, Grundsätze und Empfehlungen

6. Kostenerstattung

- § 40 Kostenerstattung für Mitglieder und ihre familienversicherten Angehörigen

7. Wahltarife

- § 40a Selbstbehalt
- § 40b Beitragsrückzahlung
- § 40c Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten
- § 40d Teilnahme an besonderen Versorgungsformen
- § 40e Begrenzung der Prämienzahlungen

8. Ausschluss von Leistungen

- § 40g Leistungsausschluss

V. AUFBRINGUNG UND VERWALTUNG DER MITTEL

- § 41 Beitragsmaßstab
- § 42 Beitragsklassen
- § 43 Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige
- § 44 Beiträge für freiwillige Mitglieder
- § 44a Beiträge für bisher Nichtversicherte (Rückkehrer)
- § 45 Beiträge für Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte
- § 46 Beiträge für Schwangere bei Fortbestehen der Mitgliedschaft
- § 47 Zahlung der Beiträge, Beitragseinzug, Zeitpunkt der Beitragszahlung und Reihenfolge der Tilgung
- § 48 Erstattung von Beiträgen aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung
- § 49 Betriebsmittel
- § 50 Rücklage
- § 51 Betriebs- und Rechnungsprüfung
- § 51 a Vermittlung privater Zusatzverträge

VI. ZUSAMMENARBEIT, GEMEINSAMES RECHENZENTRUM, GENEHMIGUNGEN

- § 52 Zusammenarbeit
- § 53 Gemeinsames Rechenzentrum
- § 54 Genehmigungen

VII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

- § 55 Bekanntmachungen
- § 56 Inkrafttreten

Anhang

KK i.d. Fassung des 9. Satzungsnachtrages

Aufgrund des § 34 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) wird für die Krankenkasse für den Gartenbau nachstehende Satzung mit der Maßgabe beschlossen, dass – soweit in der Satzung die männliche Sprachform verwendet wird – die weibliche Form als miterfasst gilt.

I. ALLGEMEINES

§ 1

Name, Sitz, Rechtsstellung

- (1) Die Krankenkasse führt den Namen „Krankenkasse für den Gartenbau“ (Krankenkasse) und hat ihren Sitz in Kassel.
- (2) Die Krankenkasse ist eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

§ 2

Zweck, Aufgaben

Die Krankenkasse ist Träger der Krankenversicherung für Gärtner nach den Vorschriften des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989). Sie führt die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben nach Maßgabe von Gesetz und sonstigem für sie maßgebendem Recht durch.

§ 3

Örtliche Zuständigkeit, Verwaltungsstellen

(1) Der örtliche Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse für den Gartenbau erstreckt sich auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Die Krankenkasse unterhält die im folgenden aufgeführten Verwaltungsstellen:

- Berlin zuständig für die Länder Berlin und Brandenburg
- Hamburg zuständig für die Länder Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern
- Hannover zuständig für die Länder Niedersachsen und Bremen
- Dortmund zuständig für das Gebiet der Bezirksregierungen Arnsberg, Detmold, Münster
- Köln zuständig für das Gebiet der Bezirksregierungen Aachen, Düsseldorf, Köln
- Frankfurt zuständig für die Länder Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland
- Karlsruhe zuständig für das Land Baden-Württemberg
- Nürnberg zuständig für das Land Bayern
- Dresden zuständig für das Land Sachsen
- Erfurt zuständig für das Land Thüringen
- Magdeburg zuständig für das Land Sachsen-Anhalt

(3) Verwaltungsstellen können auch in Form eines Mobilen Betriebsbetreuungsdienstes geführt werden. Das Nähere hierzu bestimmt der Vorstand.

II. VERFASSUNG

§ 4

Organe, Dienstsiegel

(1) Die Aufgaben der Krankenkasse werden von den Selbstverwaltungsorganen (Vertreterversammlung und Vorstand), den Vertrauenspersonen und von dem Geschäftsführer durchgeführt.

(2) Für die Selbstverwaltungsorgane, die Vertrauenspersonen und für den Geschäftsführer gelten die Vorschriften über das Selbstverwaltungsrecht in der Sozialversicherung und die nachstehenden Satzungsbestimmungen.

(3) Die vertretungsberechtigten Organe der Krankenkasse haben die Eigenschaft einer Behörde. Sie führen das Dienstsiegel der Krankenkasse nach den bundesrechtlichen Bestimmungen.

1. Organe der Selbstverwaltung

a) Gemeinsame Bestimmungen

§ 5

Vorsitz

(1) Die Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkasse für den Gartenbau sind die Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane der Gartenbau-Berufsgenossenschaft. Ist ein Vertreter der Arbeitnehmer Vorsitzender eines Selbstverwaltungsorgans der Gartenbau-Berufsgenossenschaft, so ist Vorsitzender des gleichen Selbstverwaltungsorgans der Krankenkasse der stellvertretende Vorsitzende des Selbstverwaltungsorgans der Gartenbau-Berufsgenossenschaft. Der stellvertretende Vorsitzende ist von den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkasse zu wählen.

(2) Ist der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende eines Selbstverwaltungsorgans der Gartenbau-Berufsgenossenschaft aus der Gruppe der gärtnerischen Unternehmer kraft Gesetzes von der Mitwirkung in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkasse ausgeschlossen, so wird der Vorsitzende des entsprechenden Selbstverwaltungsorgans der Krankenkasse in der ersten Sitzung des betreffenden Selbstverwaltungsorgans aus dessen Mitte für die Dauer der Wahlzeit gewählt.

§ 6

Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und ehrenamtlich Tätigen werden nach Maßgabe der Vorschriften des Sozialgesetzbuches IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – entschädigt. Art und Höhe der Entschädigung ergeben sich aus dem einen Bestandteil dieser Satzung bildenden Anhang „Bestimmungen über die Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und der Ausschüsse der Krankenkasse für den Gartenbau“.

b) Vertreterversammlung

§ 7

Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung besteht aus 18 Mitgliedern.

KK i. d. Fassung des 3. Satzungsnachtrages

§ 8

Aufgaben

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Krankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Krankenkasse maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen.

(2) Die Vertreterversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Wahl ihres stellvertretenden Vorsitzenden
- b) Beschlußfassung über ihre Geschäftsordnung
- c) Wahl der Vertrauenspersonen
- d) Festsetzung der Entschädigung der Mitglieder der Organe der Selbstverwaltung und der sonst ehrenamtlich für die Krankenkasse Tätigen für ihre ehrenamtliche Tätigkeit auf Vorschlag des Vorstandes
- e) Feststellung des Haushaltsplanes und des Nachtragshaushaltsplanes
- f) Entlastung des Vorstandes und des Geschäftsführers wegen der Jahresrechnung
- g) Beschlußfassung über die Dienstordnung der Angestellten der Krankenkasse

§ 9

Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung

(1) Für die Beschlußfähigkeit und Beschlußfassung der Vertreterversammlung gilt, soweit Gesetz oder sonstiges für die landw. Krankenkasse maßgebendes Recht nichts anderes vorsehen, die im Sozialgesetzbuch IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – getroffene Regelung.

(2) Bei einer Satzungsänderung ist die Vertreterversammlung nur beschlußfähig, wenn sie gemäß der Geschäftsordnung einberufen ist und mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind. Die Satzungsänderung ist angenommen, wenn mindestens zwei Drittel der Anwesenden dafür stimmen.

(3) Ist die Vertreterversammlung nicht beschlußfähig, so kann durch Anordnung des Vorsitzenden in der nächsten Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder über die Satzungsänderung abgestimmt werden, wenn hierauf in der Einladung zur nächsten Sitzung ausdrücklich hingewiesen und die Einladung allen Mitgliedern rechtzeitig zugesandt worden ist. In diesem Falle ist die Satzungsänderung angenommen, wenn mehr als die Hälfte der Anwesenden dafür stimmt.

§ 10

Schriftliche Abstimmung

Die Vertreterversammlung kann nach näherer Bestimmung ihrer Geschäftsordnung in folgenden Fällen schriftlich abstimmen:

- a) Angleichung von Bestimmungen der Krankenkasse an geänderte gesetzliche Grundlagen oder höchstrichterliche Rechtsprechung,
- b) Angelegenheiten, in denen in einer Sitzung der Vertreterversammlung oder einer ihrer Ausschüsse bereits eine grundsätzliche Übereinstimmung erzielt worden ist,
- c) Änderungen von Bestimmungen der Satzung oder sonstigem autonomen Recht aufgrund von Anregungen der Aufsichtsbehörde im Genehmigungsverfahren,
- d) redaktionelle Änderungen von Beschlüssen der Vertreterversammlung, soweit sie nicht einem Erledigungsausschuß übertragen sind.

Eine schriftliche Abstimmung kann ferner in dringenden Fällen erfolgen, wenn dem Gegenstand nach eine mündliche Beratung nicht erforderlich ist.

c) Vorstand

§ 11

Zahl der Mitglieder des Vorstandes

Der Vorstand besteht aus 6 Mitgliedern.

KK i. d. Fassung des 3. Satzungsnachtrages

§ 12

Aufgaben

(1) Der Vorstand verwaltet die Krankenkasse, soweit § 16 nichts Abweichendes bestimmt. Der Vorstand beschließt über alle Angelegenheiten, die nicht der Vertreterversammlung (§ 8 der Satzung) oder dem Geschäftsführer (§ 15 der Satzung) vorbehalten sind.

(2) Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Wahl seines stellvertretenden Vorsitzenden
- b) Wahl von Mitgliedern und deren Stellvertretern zur Vertreterversammlung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- c) Beschlußfassung über seine Geschäftsordnung
- d) Beschlußfassung über die Veräußerung von Grundstücken und über die Verwaltungsgeschäfte der §§ 85, 86 SGB IV
- e) Erlaß von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte, soweit diese dem Geschäftsführer obliegen
- f) Aufstellung des Haushaltsplanes und des Nachtragshaushaltsplanes
- g) Einwilligung in über- und außerplanmäßige Ausgaben
- h) Feststellung und Vorlage der geprüften Jahresrechnung an die Vertreterversammlung
- i) Beschlußfassung über die Entnahme von Mitteln aus der Rücklage
- j) Einstellung, Anstellung, Beförderung, Entlassung und Versetzung in den Ruhestand von Bediensteten, soweit nicht nach der Satzung der Geschäftsführer zuständig ist
- k) Beschlußfassung über Disziplinarmaßnahmen nach Maßgabe der Dienstordnung

2. Ausschüsse

§ 13

Widerspruchsausschuss

(1) Der Erlass von Widerspruchsbescheiden obliegt dem Widerspruchsausschuss; er hat seinen Sitz am Sitz der Krankenkasse. Der Widerspruchsausschuss besteht aus zwei ehrenamtlichen Mitgliedern und dem Geschäftsführer oder einem von ihm Beauftragten. Die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses werden von der Vertreterversammlung gewählt. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall zu wählen. Der Geschäftsführer oder sein Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil. Der Widerspruchsausschuss nimmt auch die Aufgaben einer Einspruchsstelle nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten wahr.

(2) Für die ehrenamtlichen Mitglieder des Widerspruchsausschusses gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches über die Amtsdauer und den Verlust der Mitgliedschaft.

(3) Die Vorschriften des Sozialgesetzbuches über die Beschlussfassung in den Organen der Selbstverwaltung finden entsprechende Anwendung.

(4) Die Entscheidungen des Widerspruchsausschusses sind von den an der Entscheidung mitwirkenden Mitgliedern zu unterzeichnen.

(5) § 38 SGB IV gilt entsprechend.

§ 14

Rechnungsabnahmeausschuss

(1) Die Entlastung des Vorstandes und des Geschäftsführers bereitet ein Ausschuß der Vertreterversammlung vor. Der Ausschuß ist berechtigt, hierzu die Bücher, Bestandsverzeichnisse, Rechnungsbelege und andere zur Betriebs- und Rechnungsprüfung erforderliche Unterlagen der Krankenkasse einzusehen.

(2) Der Ausschuß der Vertreterversammlung besteht aus 2 Mitgliedern. Sie werden von der Vertreterversammlung gewählt. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall zu wählen.

3. Geschäftsführer

§ 15

Dienstbezeichnung und Aufgaben

(1) Der Geschäftsführer führt die Dienstbezeichnung „Direktor der Krankenkasse für den Gartenbau“.

(2) Der Geschäftsführer, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, führt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Krankenkasse. Insoweit vertritt er die Krankenkasse gerichtlich und außergerichtlich.

(3) Zu den laufenden Verwaltungsgeschäften gehören insbesondere:

- a) Leitung und Beaufsichtigung des gesamten Dienstes der Krankenkasse,
- b) Einstellung und Entlassung von Angestellten und Arbeitern zur vorübergehenden Beschäftigung sowie Einstellung, Eingruppierung, Höhergruppierung, Änderungskündigung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses von Angestellten der Vergütungsgruppen 1 bis 7 des Bundes-Angestelltentarifvertrages/LSV vom 1.09.1993,
- c) die Ausschreibung und der Einzug der Beiträge,
- d) Feststellung und Gewährung der gesetzlichen und der auf autonomem Recht beruhenden Leistungen,
- e) Verhängung von Geldbußen,
- f) Stundung, Niederschlagung und Erlaß von Ansprüchen der Krankenkasse soweit sie sich aus den laufenden Verwaltungsgeschäften ergeben,
- g) Anlage und Verwaltung des Vermögens, mit Ausnahme der Verwaltungsgeschäfte nach §§ 85, 86 SGB IV.

(4) Der Vorstand kann den Geschäftsführer mit der Erledigung weiterer Geschäfte beauftragen.

3 a. Vertrauenspersonen

§ 15 a

Aufgaben

(1) Zur Beratung und Betreuung der Versicherten und der Leistungsberechtigten wählt die Vertreterversammlung Vertrauenspersonen. Die Vertrauenspersonen vertreten sich nach näherer zu Beginn der Amtsperiode festzulegender Weisung des Vorstandes gegenseitig.

(2) Die Vertrauenspersonen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Beratung der Versicherten und Betreuten der Träger der gärtnerischen Sozialversicherung,
- b) Entgegennahme, Vorprüfung auf Vollständigkeit, Bestätigung und Weiterleitung von Anträgen auf Betriebs- und Haushaltshilfe an die Zentralstelle für Betriebs- und Haushaltshilfe,
- c) Mitwirkung bei Abrechnung der Kosten für selbstbeschaffte Ersatzkräfte.

(3) Im Falle des vorzeitigen Ausscheidens einer Vertrauensperson benennt die Organisation, welche die ausgeschiedene Vertrauensperson vorgeschlagen hatte, umgehend einen Nachfolger. Erfüllt der Vorgeschlagene die Voraussetzungen der Wählbarkeit, stellt der Vorstand durch Beschluß fest, daß der Vorgeschlagene als gewählt gilt.

4. Vertretung, Willenserklärungen

§ 16

Vertretung der Krankenkasse

(1) Die Krankenkasse wird unbeschadet des § 15 Abs. 2 Satz 2 durch den Vorstand, den Vorsitzenden des Vorstandes und im Falle der Verhinderung des Vorsitzenden durch den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes vertreten. Die Verhinderung braucht nicht nachgewiesen zu werden. Der Vorstand kann die Vertretungsbefugnis im Einzelfall auf andere Mitglieder des Vorstandes übertragen.

(2) Die Krankenkasse wird gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern durch den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung vertreten.

§ 17

Willenserklärungen

(1) Willenserklärungen des Vorstandes werden im Namen der Krankenkasse abgegeben. Soweit es sich um schriftliche Willenserklärungen handelt, sollen der Vertretungsberechtigte oder die Vertretungsberechtigten der Bezeichnung der Krankenkasse, die Bezeichnung „Der Vorstand“ sowie ihren Familiennamen als Unterschrift beifügen. Wird die Krankenkasse durch den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes vertreten, so zeichnet dieser mit dem Zusatz „In Vertretung“ oder „I.V.“.

(2) Bei schriftlicher Abgabe einer Willenserklärung durch den Geschäftsführer innerhalb seines Aufgabenbereiches fügt er der Bezeichnung der Krankenkasse die Bezeichnung „Der Geschäftsführer“ sowie seinen Familiennamen als Unterschrift bei. Dies gilt im Verhinderungsfall entsprechend für den stellvertretenden Geschäftsführer mit der Maßgabe, daß er bei der Unterschrift auf das Vertretungsverhältnis mit dem Zusatz „In Vertretung“ oder „I.V.“ verweist.

(3) Soweit der Geschäftsführer, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, innerhalb des Aufgabenbereichs des Vorstandes in dessen Auftrag handelt, fügt er der Bezeichnung der Krankenkasse, die Bezeichnung „Der Vorstand“ und seinen Familiennamen als Unterschrift mit der Maßgabe bei, daß er auf das Auftragsverhältnis mit dem Zusatz „Im Auftrage“ oder „I.A.“ verweist.

III. VERSICHERTER PERSONENKREIS UND MITGLIEDSCHAFT

§ 18

Kreis der Mitglieder

Mitglieder der Krankenkasse sind, wenn und solange die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind:

1. gärtnerische Unternehmer,
2. mitarbeitende Familienangehörige eines gärtnerischen Unternehmers,
3. Personen, die eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte / Gärtner beantragt haben oder beziehen,
4. ehemalige gärtnerische Unternehmer oder mitarbeitende Familienangehörige, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,
5. eingeschriebene Studenten der staatlichen und der staatlich anerkannten Hochschulen,
6. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten,
7. Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld nach Maßgabe des § 2 Abs. 1 Nr. 6 i.V.m. § 3 Abs. 2 Nr. 6 und § 20 KVLG 1989,
8. bisher Nichtversicherte (Rückkehrer) nach Maßgabe des § 2 Abs. 1 Nr. 7 i.V.m. § 3 Abs. 2 Nr. 7 und § 20 KVLG 1989,
9. Schwangere, deren Mitgliedschaft erhalten bleibt,
10. freiwillige Mitglieder.

§ 19

Kreis der Familienversicherten

Familienversichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner, die Kinder und die sonstigen Angehörigen von Mitgliedern, wenn und solange die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 20

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Kündigung wirksam wird. Sofern ohne das Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft die Voraussetzungen für die Familienversicherung (§ 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989) erfüllt wären, kann das Mitglied seine Mitgliedschaft mit sofortiger Wirkung kündigen.

IV. LEISTUNGEN

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

§ 21

Primärprävention

(1) Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Krankenkasse auf Basis des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leitfadens „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.06.2000“ Leistungen zur primären Prävention nach dem Settingansatz und / oder nach dem individuellen Ansatz mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten

- Maßnahmen zur Förderung der Herz-Kreislauffunktion (präventives Herz-Kreislauf-Training)
- Maßnahmen zur Förderung des Muskel-Skelettsystems (präventives Muskelaufbau-Training)

Ernährung

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung (Kurs zur ausgewogenen Ernährung)
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht (Gewichtsreduktionskurs)

Stressreduktion / Entspannung

- Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten (Stressreduktionstraining)

Genuss- und Suchtmittelkonsum

- Maßnahmen zur Reduktion des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs (Kurs zur Nikotin-Entwöhnung, Kurs zur Alkoholreduktion, Kurs zum verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten, Kurs zur Prävention des Drogenmissbrauchs)

KK i. d. Fassung des 3. Satzungsantrages

(2) Die Teilnahme an Kursen, die die Krankenkasse oder eine andere gesetzliche Krankenkasse durchführt, ist für Versicherte kostenfrei. Wird eine von der Krankenkasse anerkannte Maßnahme von Dritten durchgeführt, erstattet die Krankenkasse 80 v.H. der Kosten, wenn der Kurs in dem notwendigen Umfang abgeschlossen ist.

§ 22

Schutzimpfungen

Zur Verhütung von Krankheiten gewährt die Krankenkasse ihren Versicherten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, die wegen eines durch einen nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind und von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und insoweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20d Abs. 1 SGB V besteht.

§ 23

Medizinische Vorsorgeleistungen

Die Krankenkasse gewährt zu den Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe und Reisekosten im Rahmen ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten einen Zuschuß in Höhe von kalendertäglich 13,00 Euro. Für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuß kalendertäglich 21,00 Euro.

§ 24

(nicht besetzt)

2. Leistungen bei Krankheit

§ 25

Häusliche Krankenpflege

Die Krankenkasse gewährt als Mehrleistung Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für längstens drei Monate.

KK i. d. Fassung des 3. Satzungsnachtrages

§ 26

Stationäre Hospize

(1) Die Krankenkasse gewährt einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

(2) Der Zuschuß beträgt kalendertäglich sechs von Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Abweichend von Satz 1 beträgt für Versicherte, die bei Beginn der Maßnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, der Zuschuss 6,6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch. Er darf unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nicht überschreiten.

§ 27

Modellvorhaben

(1) Die Krankenkasse kann für ihre Versicherten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach dem SGB V oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder vereinbaren.

(2) Weggefallen

3. Betriebs- und Haushaltshilfe

§ 28

Betriebshilfe während stationärer Behandlung

Während der Krankenhausbehandlung oder der stationären Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung gewährt die Krankenkasse dem versicherten gärtnerischen Unternehmer als Mehrleistung Betriebshilfe über die Dauer von drei Monaten hinaus, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

§ 29

Betriebshilfe bei Arbeitsunfähigkeit

(1) Während der Arbeitsunfähigkeit gewährt die Krankenkasse dem versicherten gärtnerischen Unternehmer Betriebshilfe bis zur Dauer von vier Wochen, sofern

1. die Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt,
2. die Hilfe zur Aufrechterhaltung des gärtnerischen Unternehmens erforderlich ist und
3. keine stationäre Behandlung durchgeführt wird.

(2) Dauert die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit länger an, so kann Betriebshilfe für einen längeren Zeitraum gewährt werden, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3) Liegt bei wiederholter Erkrankung dieselbe Krankheitsursache zugrunde, wird Betriebshilfe für längstens 16 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des ersten Einsatzes an, bewilligt. Der Anspruch erneuert sich jeweils mit Beginn eines neuen Drei-Jahres-Zeitraumes.

§ 30

Betriebshilfe während der Schwangerschaft und Mutterschaft

Während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Früh- oder Mehrlingsgeburten bis zum Ablauf von 12 Wochen nach der Entbindung, gewährt die Krankenkasse dem versicherten gärtnerischen Unternehmer Betriebshilfe, wenn ohne die Hilfe die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen nach Satz 1 zusätzlich um den Zeitraum, für den Betriebshilfe in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnte. Während der Schwangerschaft bis zum Beginn von sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung ist weitere Voraussetzung, daß Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist.

§ 31

Erstreckung der Betriebshilfe

Die Betriebshilfe wird als Mehrleistung erstreckt auf

1. den versicherten mitarbeitenden Ehegatten des versicherten gärtnerischen Unternehmers,
 - 1a. den versicherten mitarbeitenden Lebenspartner des versicherten gärtnerischen Unternehmers mit Ausnahme von Betriebshilfe während Schwangerschaft und Mutterschaft,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern sie die Aufgaben des versicherten gärtnerischen Unternehmers oder seines Ehegatten oder des Lebenspartners des Unternehmers ständig wahrnehmen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige Familienangehörige ständig beschäftigt werden, wenn die Weiterführung des Unternehmens ohne Einsatz einer Ersatzkraft nicht sichergestellt ist.

§ 32

Abhängigkeit von der Grundleistung

Betriebshilfe wird nur gewährt, wenn die Krankenkasse auch die Grundleistung erbringt.

§ 33

Haushaltshilfe

Als Mehrleistung gewährt die Krankenkasse Haushaltshilfe unter den gleichen Voraussetzungen und im gleichen Umfang wie Betriebshilfe,

1. wenn die Weiterführung des gärtnerischen Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist und
2. sofern nicht Betriebshilfe gewährt wird.

§ 34

Haushaltshilfe für sonstige in der LKV Versicherte mit eigenem Haushalt

(1) Als Mehrleistung gewährt die Krankenkasse den sonstigen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherten mit eigenem Haushalt Haushaltshilfe nach den Absätzen 2 bis 4, wenn wegen Krankheit des Mitglieds oder seines familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartners die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, Krankenbehandlung zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt wird und soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(2) Haushaltshilfe nach Abs. 1 wird gewährt, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf die Hilfe angewiesen ist und

1. die erkrankte Person Bettruhe einhalten muß oder wegen der Art der Erkrankung auf Hilfe angewiesen ist,
2. für die erkrankte Person Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird,
3. die erkrankte Person durch die Inanspruchnahme der Krankenbehandlung mehr als sechs Stunden von ihrem Haushalt abwesend sein muß.

(3) Haushaltshilfe nach Abs. 1 wird auch gewährt, wenn sie ergänzend zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V notwendig ist.

(4) Anspruch auf Haushaltshilfe nach Abs. 2 und 3 besteht für die Dauer der ärztlicherseits nachgewiesenen Grundleistung ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall derselben Krankheit jedoch für höchstens 180 Tage innerhalb von je zwölf Monaten, gerechnet vom ersten Tag des Einsatzes an. Der Anspruch erneuert sich jeweils mit Beginn eines neuen 12-Monats-Zeitraumes.

§ 35

Gestellte Ersatzkräfte

(1) Als Betriebs- und Haushaltshilfe stellt die Krankenkasse Ersatzkräfte, die nach ihrer Eignung und Ausbildung in der Lage sind, den gärtnerischen Unternehmer oder dessen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner zu vertreten, insbesondere während der Vertretung aller im gärtnerischen Unternehmen/ Haushalt notwendigen Arbeiten selbständig zu verrichten.

(2) Ersatzkräfte im Sinne dieser Vorschrift sind

- a) hauptberuflich bei den Sozialversicherungsträgern des Gartenbaues,
- b) nebenberuflich aufgrund eines Arbeitsvertrages bei den Sozialversicherungsträgern des Gartenbaues,
- c) hauptberuflich bei anderen Stellen und
- d) nebenberuflich bei anderen Stellen

beschäftigte Ersatzkräfte. Als bei anderen Stellen beschäftigt gelten auch Ersatzkräfte, wenn sie wiederkehrend für Einsätze zur Verfügung stehen und die Beteiligung der anderen Stellen über eine bloße Vermittlung im Einzelfalle hinausgeht.

(3) Bei anderen Stellen beschäftigte Ersatzkräfte können von der Krankenkasse nur in Anspruch genommen werden, sofern eine Ersatzkraft der Alterskasse, Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft nicht zur Verfügung steht.

(4) Die Krankenkasse kann nur Ersatzkräfte von solchen anderen Stellen in Anspruch nehmen, mit denen ein Vertrag besteht. Verträge mit anderen Stellen müssen mindestens Regelungen über

- a) die Eignung der Ersatzkräfte und
- b) die Vergütung in Abhängigkeit von der Eignung der Ersatzkräfte enthalten.

In den Verträgen ist festzulegen, dass ein Ersatz nur vergütet wird, wenn ihm die Krankenkasse vorher zugestimmt hat und dass die Vergütung ausschließlich zwischen der Krankenkasse und der anderen Stelle abgerechnet wird. Die andere Stelle muss sich mit einer stichprobenweisen Prüfung des Einsatzes der Ersatzkräfte einverstanden erklären.

(5) Die gestellte Ersatzkraft führt das gärtnerische Unternehmen oder den gärtnerischen Haushalt des Unternehmens eigenverantwortlich. Entscheidungen von wesentlicher wirtschaftlicher Bedeutung sind von den Ersatzkräften stets im Einvernehmen mit dem versicherten gärtnerischen Unternehmer zu treffen.

§ 36

Selbstbeschaffte betriebsfremde Ersatzkräfte

(1) Der Einsatz haupt- oder nebenberuflicher Ersatzkräfte hat Vorrang vor dem Einsatz selbstbeschaffter Ersatzkräfte. Erlauben die betrieblichen oder familiären Verhältnisse den Einsatz einer haupt- oder nebenberuflichen Ersatzkraft, so kommt die Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft nicht in Betracht.

Kann eine haupt- oder nebenberufliche Ersatzkraft von der Krankenkasse nicht gestellt werden oder besteht Grund von ihrer Gestellung abzusehen, so erstattet die Krankenkasse die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe. Dies gilt insbesondere, wenn eine Ersatzkraft nur stundenweise benötigt wird, wenn in dem Unternehmen Sonderkulturen vorhanden sind, mit deren Pflege die Ersatzkraft nicht vertraut ist oder wenn die Krankenkasse aus Gründen, die in der Person des gärtnerischen Unternehmers, seiner Familienangehörigen oder der Ersatzkraft liegen, vom Einsatz einer haupt- oder nebenberuflichen Ersatzkraft absehen will.

(2) Die Erstattung der Kosten einer selbstbeschafften Ersatzkraft ist nur zulässig, wenn die Ersatzkraft betriebsfremd ist. Zu den betriebsfremden Ersatzkräften zählen Personen, die sonst nicht im Betrieb tätig sind oder aushelfen; eine – nicht wesentliche – Aushilfe bleibt außer Betracht. Betriebsfremdheit liegt nicht vor, wenn auch sonst im Betrieb mithelfende Angehörige die Arbeit des gärtnerischen Unternehmers übernehmen und eine zusätzliche Arbeitskraft nicht eingestellt wird. Die Krankenkasse kann dem Einsatz selbstbeschaffter betriebsfremder Ersatzkräfte auf Vorschlag des gärtnerischen Unternehmers, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder der Stellen und Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung mit der Krankenkasse beim Einsatz von Ersatzkräften mitwirken, zustimmen; für den Einsatz erforderliche Tatsachenangaben und Gründe sind der Krankenkasse mitzuteilen.

(3) Voraussetzung für die Zustimmung zum Einsatz einer selbstbeschafften Ersatzkraft ist, daß

1. eine haupt- oder nebenberufliche Ersatzkraft nicht zur Verfügung gestellt werden kann oder ein Grund besteht, von der Gestellung einer solchen Ersatzkraft abzusehen,
2. der Ersatztatbestand nachgewiesen ist,
3. der Krankenkasse die erforderlichen Unterlagen vor Beginn des Einsatzes vorliegen.

Sofern dies nicht möglich ist, der alsbaldige Einsatz einer selbstbeschafften Ersatzkraft aus betrieblichen Gründen erforderlich ist, sind die notwendigen Unterlagen nach mündlicher oder fernmündlicher Abstimmung unverzüglich, spätestens jedoch 14 Tage nach Einsatzbeginn, vorzulegen. Die Kosten für den Einsatz einer selbstbeschafften betriebsfremden Ersatzkraft werden für Einsatzzeiten vor Eingang der Unterlagen bei der Krankenkasse nicht erstattet, wenn die notwendigen Unterlagen der Krankenkasse nicht innerhalb der 14-Tage-Frist vorliegen.

(4) Nach Abschluß der Tätigkeit ist der Krankenkasse ein Arbeitsnachweis nach Vordruck vorzulegen, der von der Ersatzkraft, dem gärtnerischen Unternehmer oder seinem Ehegatten oder Lebenspartner unterzeichnet sein muß.

Die Krankenkasse kann sich die Zahlung für die selbstbeschaffte Ersatzkraft durch Vorlage von Zahlungsbelegen nachweisen lassen. Die Krankenkasse prüft den Einsatz selbstbeschaffter Ersatzkräfte stichprobenweise.

(5) Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für den Einsatz einer selbstbeschafften betriebsfremden Ersatzkraft gehören grundsätzlich alle Kosten, die dem gärtnerischen Unternehmer durch die Selbstbeschaffung der Ersatzkraft entstehen, insbesondere Vergütung für die Tätigkeit und Fahrkosten. Die Aufwendungen sind in angemessener Höhe und für eine angemessene Stundenzahl je Einsatztag zu erstatten.

(6) Als angemessen werden die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 2,95 v.H. der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag angesehen, bei einem acht Stunden täglich umfassenden Einsatz der Ersatzkraft. Als Höchstbetrag je Stunde ist ein Betrag von 1/8 des täglichen Erstattungsbetrages zugrunde zu legen. Sind im Ausnahmefall an einzelnen Tagen mehr als 8 Einsatzstunden erforderlich, kann die Höchsteinsatzdauer unter Anrechnung auf die Höchsteinsatzdauer anderer Einsatztage überschritten werden. Durch die Höchstbeträge sind alle erforderlichen Aufwendungen einschließlich etwa entstehender Fahrtkosten abgegolten.

§ 37

Antrag

Der Antrag auf Betriebs- oder Haushaltshilfe ist vor Beginn des Einsatzes zu stellen. Nach mündlicher Antragstellung müssen der Krankenkasse die erforderlichen Nachweise bei dem Einsatz

1. eigener Ersatzkräfte umgehend und
2. selbstbeschaffter Ersatzkräfte spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Einsatzbeginn

vorliegen.

4. Leistungsdaten

§ 38

Auskunft über Leistungsdaten

Die Krankenkasse erteilt dem Versicherten auf Antrag einmal jährlich jeweils für abgeschlossene Quartale Auskunft über die Art und die Kosten der gewährten Leistungen. Ausgenommen sind solche Leistungen, über die der Versicherte auf andere Weise Kenntnis erhält. Der Versicherte hat in dem Antrag die in Anspruch genommenen Leistungserbringer anzugeben. In begründeten Fällen wird die Auskunft in kürzeren Zeitabständen gewährt.

5. Geltung der auf Bundesebene abgeschlossenen Verträge, Richtlinien, Grundsätze und Empfehlungen

§ 39

Verträge, Richtlinien, Grundsätze und Empfehlungen

Die auf gesetzlicher Grundlage vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und Richtlinien sind verbindlich. Ferner sind die vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen erarbeiteten Grundsätze und Empfehlungen zu beachten.

6. Kostenerstattung

§ 40

Kostenerstattung für Versicherte

(1) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung im Inland nach Maßgabe der Ziffern 1 bis 3 und Absatz 3 wählen.

1. Über die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren ist die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen in Kenntnis zu setzen. Soweit das Kostenerstattungsverfahren für minderjährige Versicherte durchgeführt werden soll, ist unter Berücksichtigung des § 36 SGB I eine besondere Erklärung erforderlich.
2. Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden; eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
3. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden; sie kann nur für die Zukunft zum Ablauf eines Kalendervierteljahres widerrufen werden.
4. Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die der Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung oder Dienstleistung entstanden wären. Dieser Betrag ist zu mindern um
 - a) einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5,5 v. H., mindestens 3 Euro, höchstens jedoch 40 Euro,
 - b) einen Abschlag wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung in Höhe von 2 v. H., bei Vorlage eines Behandlungsplans in Höhe von 1 v. H. sowie
 - c) die vorgesehenen Zuzahlungen.

Der Erstattungsanspruch ist auf den Betrag begrenzt, den der Versicherte tatsächlich aufgewandt hat.

KK i. d. Fassung des 9. Satzungsantrages

(2) Versicherte können auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung nach Maßgabe der Ziffern 1 und 2 sowie Absatz 3 in Anspruch nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

1. Im Rahmen der Kostenerstattung dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
2. Die Aufwendungen des Versicherten werden bis zur Höhe der Kosten erstattet, die der Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung oder Dienstleistung im Inland entstanden wären. Dieser Betrag ist zu mindern um
 - a) einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 7,3 v. H., mindestens 4 Euro, höchstens jedoch 55 Euro,
 - b) einen Abschlag wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung in Höhe von 2 v.H., bei Vorlage eines Behandlungsplans in Höhe von 1 v. H.. sowie
 - c) die vorgesehenen Zuzahlungen.

Der Erstattungsanspruch ist auf den Betrag begrenzt, den der Versicherte tatsächlich aufgewandt hat. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(3) Abweichend von Absatz 2 können Versicherte in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch nehmen. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(4) Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt. Für die Festsetzung der Kostenerstattung gelten die Vorschriften über das Verwaltungsverfahren im SGB X.

7. Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung

§ 40 a

Selbstbehalt

(1) Freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen (§ 40), können jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten bis zur Höhe von 300,00 EUR übernehmen. Der Selbstbehalt umfasst nur die Aufwendungen des Mitgliedes. Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:

- Prävention und Selbsthilfe,
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe),
- die zahnärztliche Untersuchung nach § 55 SGB V,
- medizinische Vorsorgeleistungen mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
- Gesundheitsuntersuchungen,
- Kinderuntersuchungen.

(2) Der Selbstbehalt ist der Krankenkasse schriftlich zu erklären. Die Erklärung wirkt frühestens vom Beginn des auf den Eingang der Erklärung bei der Krankenkasse folgenden Kalenderjahres an, wenn sie der Krankenkasse spätestens einen Monat davor zugegangen ist. Die Erklärung kann jeweils zum Ablauf des Kalenderjahres aufgehoben werden.

(3) Die mit dem Selbstbehalt verbundene Beitragsermäßigung beträgt 240,00 EUR jährlich und wird am 15. Januar des folgenden Kalenderjahres dem Mitglied gezahlt.

(4) Endet die freiwillige Mitgliedschaft vor Ablauf des Kalenderjahres entfallen die Voraussetzungen für den Selbstbehalt vom Beginn des Kalenderjahres an.

(5) Sofern eine Kostenerstattung mit Selbstbehalt gewählt wird, ist eine Beitragsrückzahlung nach § 40 b ausgeschlossen.

KK i. d. Fassung des 8. Satzungsantrages

§ 40 b

Beitragsrückzahlung

(1) Freiwillige Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate bei der Krankenkasse freiwillig versichert waren, erhalten ein Zwölftel der im Kalenderjahr an die Krankenkasse auf Grund der freiwilligen Mitgliedschaft gezahlten Beiträge zurück, wenn sie und ihre nach § 7 KVLG 1989 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr aus der freiwilligen Mitgliedschaft Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben und zum Zeitpunkt der Beitragsrückzahlung bei der Krankenkasse versichert sind.

(2) Für die Beitragsrückzahlung sind die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen unschädlich:

- Prävention und Selbsthilfe (§ 8 Absatz 1 KVLG 1989 i. V. m. § 20 SGB V),
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe, § 8 Abs. 1 KVLG 1989 i. V. m. § 21 SGB V, Individualprophylaxe, § 8 Absatz 1 KVLG 1989 i. V. m. § 22 SGB V),
- die zahnärztliche Untersuchung nach § 8 Abs. 1 KVLG 1989 i. V. m. § 55 SGB V,
- medizinische Vorsorgeleistungen mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 8 Absatz 1 KVLG 1989 i. V. m. § 23 SGB V),
- Gesundheitsuntersuchungen (§ 8 Absatz 1 KVLG 1989 i. V. m. § 25 SGB V),
- Kinderuntersuchungen (§ 8 Absatz 1 KVLG 1989, i. V. m. § 26 SGB V).

Außerdem bleibt für die Beitragsrückzahlung die Inanspruchnahme von Leistungen durch Familienversicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unberücksichtigt.

(3) Der Rückzahlungsbetrag wird im letzten Quartal eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt.

(4) Eine Beitragsrückzahlung ist ausgeschlossen, wenn das freiwillige Mitglied für das abgelaufene Kalenderjahr eine Kostenerstattung mit Selbstbehalt nach § 40 a gewählt hat.

KK i. d. Fassung des 8. Satzungsnachtrages

§ 40 c

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Versicherte erhalten einen Bonus, wenn sie oder ihre nach § 7 KVLG 1989 versicherten Angehörigen sich gesundheitsbewusst verhalten. Voraussetzung für die Gewährung ist die regelmäßige Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und von qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention.

(2) Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig und erfordert eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters, mit der die Satzungsbestimmungen in der jeweils geltenden Fassung anerkannt werden. Mit dem Ende der Versicherung endet auch die Teilnahme am Bonusprogramm. Die Teilnahmeerklärung wirkt frühestens ab dem Kalenderjahr ihres Eingangs.

(3) Ein Bonus kommt für die nachfolgenden Leistungen in Betracht, sofern sie jeweils im gesetzlichen Rahmen durchgeführt werden. Diese Leistungen werden mit Bonuspunkten wie folgt bewertet:

1. Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V
 - 10 Bonuspunkte je in Anspruch genommener Untersuchung –
2. Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Abs. 2 SGB V
 - 10 Bonuspunkte je in Anspruch genommener Untersuchung –
3. Leistungen zur Primärprävention
 - 10 Bonuspunkte je in Anspruch genommener Leistung –
4. Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V
 - 4 Bonuspunkte je durchgeführter Schutzimpfung –
5. Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V
 - 10 Bonuspunkte für die vollständige Durchführung U3 bis U7 –
 - 10 Bonuspunkte je durchgeführte Untersuchung U 7a, U8, U9 und J1 –
 - 5 Bonuspunkte je durchgeführte zahnärztliche Kinderfrüherkennungsuntersuchung –

KK i. d. Fassung des 11. Satzungsnachtrages

(4) Die Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen ist vom Arzt oder Anbieter der Gesundheitsleistung im LKK-Bonusheft zu quittieren oder durch Einzelbelege nachzuweisen. Für Kinderuntersuchungen kann der Nachweis durch Vorlage des Vorsorgepasses erfolgen.

(5) Voraussetzung für den Bonus ist, dass die Maßnahmen regelmäßig in Anspruch genommen werden. Regelmäßigkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen den einzelnen anrechenbaren Maßnahmen ein Zeitraum von nicht mehr als 24 Monaten liegt. Wird dieser Zeitraum überschritten, verfallen die bis dahin angesammelten Bonuspunkte.

(6) Der Bonus wird als Geldprämie gewährt. Ein Bonuspunkt entspricht einem Gegenwert von 1 EUR. Der Bonus wird frühestens mit Erreichen von 30 Punkten fällig und kann höchstens einmal pro Kalenderjahr beansprucht werden. Bei Erreichen von 50 Bonuspunkten wird ein Sonderbonus von zusätzlich 10 EUR gezahlt. Der Bonus wird ausgezahlt, wenn der Versicherte dies beantragt, den Nachweis über die Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 3 erbringt und zu diesem Zeitpunkt an dem Bonusprogramm teilnimmt.

(7) Die Bonuspunkte werden grundsätzlich dem jeweiligen Versicherten zugeordnet. Bei Kindern vor dem vollendeten 15. Lebensjahr werden die Bonuspunkte dem Elternteil zugeordnet, bei dem die Familienversicherung besteht.

§ 40 d

Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

(1) Versicherte können sich nach § 8 Abs. 3 KVLG i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V entscheiden. Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Dieses enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme des Versicherten und die teilnehmenden Leistungserbringer. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Krankenkasse stellt ihm auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung. Voraussetzung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters, in der er sich gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Die Überweisungspflicht gilt nicht für Augenärzte, Frauenärzte, Kinderärzte und Notfälle. Der Versicherte ist an die Wahl und an diese Verpflichtung ein Jahr gebunden. Werden die Verpflichtung oder die Wahl nicht mit einer Frist von vier Wochen vor Ablauf des Jahres schriftlich gekündigt, gelten sie für ein weiteres Jahr. Ein Wechsel des gewählten Hausarztes oder eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme darf nur in Abstimmung mit der Krankenkasse und bei Vorliegen eines wichtigen Grundes erfolgen. Verstößt der Versicherte gegen seine Verpflichtungen aus seiner Erklärung nach Satz 6, so wird er schriftlich auf die Folgen bei einem weiteren Verstoß hingewiesen. Die Teilnahme beginnt frühestens mit Abgabe der Erklärung.

(2) Versicherte können nach § 8 Abs. 3 KVLG i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V an einer mit der Krankenkasse vereinbarten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V teilnehmen. Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Dieses enthält insbesondere Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme des Versicherten und die teilnehmenden Leistungserbringer. Der Versicherte hat das Recht, das Verzeichnis einzusehen. Die Krankenkasse stellt ihm auf Wunsch Inhalte des Verzeichnisses in schriftlicher Form zur Verfügung.

Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters, in der er sich gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Überweisungspflicht gilt nicht für Augenärzte, Frauenärzte, Kinderärzte und Notfälle. Der Versicherte ist an die Wahl und an diese Verpflichtung ein Jahr gebunden. Werden die Verpflichtung oder die Wahl nicht mit einer Frist von vier Wochen vor Ablauf des Jahres schriftlich widerrufen, gelten sie für ein weiteres Jahr. Ein Wechsel des Leistungserbringers oder eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme darf nur in Abstimmung mit der Krankenkasse und bei Vorliegen eines wichtigen Grundes erfolgen. Bei einem erneuten Verstoß kann er von der weiteren Teilnahme für einen Zeitraum von zwölf Monaten ausgeschlossen werden. Die Teilnahme beginnt frühestens mit Abgabe der Erklärung.

KK i. d. Fassung des 15. Satzungsnachtrages

§ 40e

Begrenzung der Prämienzahlungen

Die Prämienzahlung nach § 40d an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach § 40d wählen.

§ 40f

[nicht genehmigt]

KK i. d. Fassung des 10. Satzungsnachtrages

8. Ausschluss von Leistungen

§ 40g Leistungsausschluss

(1) Vorbehaltlich des Absatzes 2 besteht auf Leistungen kein Anspruch, wenn Personen den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland lediglich deshalb begründen, um in einer Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 7 KVLG 1989 missbräuchlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Werden trotz des Leistungsausschlusses Leistungen in Anspruch genommen, sind die zu Unrecht erbrachten Leistungen vom Versicherten zu erstatten.

(2) Von dem Leistungsausschluss ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind.

V. AUFBRINGUNG UND VERWALTUNG DER MITTEL

§ 41

Beitragsmaßstab

(1) Der Beitrag für die in § 18 Nr. 1 der Satzung genannten Personen bemißt sich entsprechend den dafür geltenden Bestimmungen der Satzung der Gartenbau-Berufsgenossenschaft nach dem der Beitragsberechnung der Berufsgenossenschaft zugrunde gelegten Jahresarbeitswert des Unternehmens. Dabei ist der Anteil für den Unternehmer und seinen Ehegatten oder Lebenspartner mit dem Faktor 0,6 und der Anteil der Beschäftigten im Unternehmen mit dem Faktor 0,2 zu multiplizieren.

(2) Kann der Unternehmer nachweisen, daß der der Beitragsberechnung zugrunde zu legende Jahresarbeitswert aufgrund von Änderungen in den Unternehmensverhältnissen im laufenden Kalenderjahr um mehr als 20 v.H. niedriger sein wird und würde sich daraus eine günstigere Beitragsklasse ergeben, so wird der Jahresarbeitswert und die Beitragsklasse auf Antrag herabgesetzt. Die Herabsetzung wird mit dem auf den Antragseingang folgenden Monat wirksam. Sie steht unter dem Vorbehalt der abschließenden Festsetzung des Jahresarbeitswertes gemäß Absatz 1.

§ 42

Beitragsklassen

(1) Für die Beiträge der gärtnerischen Unternehmer werden folgende Beitragsklassen bestimmt:

- | | |
|----------------|---|
| Beitragsklasse | 1 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989 (Kleinunternehmer, die keine Existenzgrundlage bilden) |
| Beitragsklasse | 2 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert bis 4.500 Euro |
| Beitragsklasse | 3 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 4.500 Euro bis 6.500 Euro |
| Beitragsklasse | 4 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 6.500 Euro bis 8.500 Euro |
| Beitragsklasse | 5 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 8.500 Euro bis 10.500 Euro |
| Beitragsklasse | 6 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 10.500 Euro bis 13.000 Euro |
| Beitragsklasse | 7 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 13.000 Euro bis 15.500 Euro |
| Beitragsklasse | 8 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 15.500 Euro bis 18.000 Euro |
| Beitragsklasse | 9 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 18.000 Euro bis 20.500 Euro |
| Beitragsklasse | 10 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 20.500 Euro bis 26.000 Euro |

KK i. d. Fassung des 4. Satzungsnachtrages

- Beitragsklasse 11 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 26.000 Euro bis 31.000 Euro
- Beitragsklasse 12 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 31.000 Euro bis 36.000 Euro
- Beitragsklasse 13 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 36.000 Euro bis 41.000 Euro
- Beitragsklasse 14 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 41.000 Euro bis 46.000 Euro
- Beitragsklasse 15 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 46.000 Euro bis 51.500 Euro
- Beitragsklasse 16 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 51.500 Euro bis 64.000 Euro
- Beitragsklasse 17 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 64.000 Euro bis 77.000 Euro
- Beitragsklasse 18 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 77.000 Euro bis 90.000 Euro
- Beitragsklasse 19 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 90.000 Euro bis 103.000 Euro
- Beitragsklasse 20 = Unternehmen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 mit einem Jahresarbeitswert von mehr als 103.000 Euro

(2) Der monatliche Beitrag in den nach Abs. 1 bestimmten Beitragsklassen wird wie folgt festgesetzt:

Beitragsklasse 1 =	60 Euro
Beitragsklasse 2 =	75 Euro
Beitragsklasse 3 =	90 Euro
Beitragsklasse 4 =	114 Euro
Beitragsklasse 5 =	139 Euro
Beitragsklasse 6 =	170 Euro
Beitragsklasse 7 =	186 Euro
Beitragsklasse 8 =	214 Euro
Beitragsklasse 9 =	240 Euro
Beitragsklasse 10 =	261 Euro
Beitragsklasse 11 =	277 Euro
Beitragsklasse 12 =	290 Euro
Beitragsklasse 13 =	302 Euro
Beitragsklasse 14 =	315 Euro
Beitragsklasse 15 =	327 Euro
Beitragsklasse 16 =	357 Euro
Beitragsklasse 17 =	380 Euro
Beitragsklasse 18 =	406 Euro
Beitragsklasse 19 =	446 Euro
Beitragsklasse 20 =	533 Euro

(3) Die Beitragsklassen und Beiträge nach den Absätzen 1 bis 2 gelten auch für Mitunternehmer, die nicht Ehegatten oder Lebenspartner des Unternehmers sind. Betreiben Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam ein gärtnerisches Unternehmen, so gilt nur derjenige Ehegatte oder Lebenspartner als Unternehmer, der das Unternehmen überwiegend leitet. Bei der Einstufung der Mitunternehmer in die Beitragsklassen bleiben die anteiligen persönlichen Jahresarbeitswerte der übrigen Mitunternehmer und der ihrer Ehegatten oder Lebenspartner außer Ansatz. Die Fremdlöhne sind bei zwei bei der Krankenkasse für den Gartenbau versicherten Mitunternehmern mit jeweils 70 v.H., bei drei Mitunternehmern mit 60 v.H. und bei vier und mehr Mitunternehmern mit 50 v.H. zu berücksichtigen.

KK i. d. Fassung des 15. Satzungsnachtrages

§ 43

Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige

Der Beitrag für mitarbeitende versicherungspflichtige Familienangehörige beträgt 50 v.H. des Beitrages, den der gärtnerische Unternehmer, in dessen Unternehmen der Familienangehörige tätig ist, selbst zu zahlen hat oder zu zahlen hätte, wenn er nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre. Für mitarbeitende versicherungspflichtige Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder die als Auszubildende beschäftigt sind, beträgt der Beitrag die Hälfte des in Satz 1 genannten Vomhundertsatzes.

§ 44

Beiträge für freiwillige Mitglieder

- (1) Die Beiträge für freiwillige Mitglieder werden nach Beitragsklassen festgesetzt.
- (2) Für die Zuordnung in die Beitragsklasse sind alle Einnahmen und Geldmittel heranzuziehen, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerrechtliche Behandlung. Es sind mindestens die Einnahmen zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde zu legen sind. Soweit Sachbezüge gewährt werden, sind diese nach der Sachbezugsverordnung zu bewerten. Einmalige Einnahmen sind für die Berechnung der Beiträge gleichmäßig auf die Beitragsperiode zu verteilen, für die die Einkommenserhebung durchgeführt wird. Tritt an die Stelle von beitragspflichtigen Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Hundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate
- (3) Für freiwillige Mitglieder, deren nicht getrennt lebender Ehegatte oder Lebenspartner die überwiegenden Einnahmen erzielt und nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, gelten als monatliche beitragspflichtige Einnahmen mindestens die Hälfte der Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners. Bei der Ermittlung der Einnahmen des Ehegatten oder des Lebenspartners wird für jedes unterhaltsberechtigten Kind, das in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert ist, ein Betrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße abgesetzt.
- (4) Wird dem freiwilligen Mitglied Unterhalt von seinem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten geleistet, gelten die Unterhaltsleistungen in tatsächlicher Höhe als beitragspflichtige Einnahmen. Dies gilt entsprechend, wenn der Unterhalt von dem getrennt lebenden oder früheren Lebenspartner geleistet wird.
- (5) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten für den Monat mindestens der dritte Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder familienversichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, sind für den Monat Einnahmen in Höhe der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Krankenversicherung zugrunde zu legen, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen jedoch mindestens 75 v.H. der monatlichen Bezugsgröße.

Abweichend von Satz 3 werden auf Antrag die Beiträge für das Mitglied nach den tatsächlichen monatlichen Einnahmen, mindestens jedoch nach 50 v. H. der monatlichen Bezugsgröße, festgesetzt. Die Beitragsbemessung nach Satz 4 ist ausgeschlossen, wenn

1. die Hälfte der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V der Bedarfsgemeinschaft 75 v. H. der monatlichen Bezugsgröße entspricht oder 75 v. H. der monatlichen Bezugsgröße übersteigt oder
2. die Bedarfsgemeinschaft steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt oder
3. die Bedarfsgemeinschaft positive oder negative Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung erzielt oder
4. [nicht genehmigt]
5. das Mitglied im Zusammenhang mit seiner hauptberuflich selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens mehr als einen geringfügig beschäftigten oder mehrere nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer beschäftigt, deren Arbeitsentgelt aus diesem Beschäftigungsverhältnis regelmäßig 400,00 Euro im Monat übersteigt.

Zur Bedarfsgemeinschaft im Sinne des Satzes 5 gehören das hauptberuflich selbständig tätige Mitglied sowie als dessen Partner

1. der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
2. der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner,
3. die Person, die mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft im Sinne des § 7 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. c und Abs. 3a SGB II lebt.

Bei der Berücksichtigung der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 5 Nummer 1 wird für jedes in der Bedarfsgemeinschaft lebende Kind des Mitglieds oder des Partners ein Freibetrag von 484 Euro abgesetzt, wenn für das Kind eine Familienversicherung aus der Versicherung des Mitglieds oder des Partners besteht oder geltend gemacht werden könnte.

Als Vermögen nach Satz 5 Nummer 4 sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände mit ihrem Verkehrswert zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt werden die in § 12 Abs. 3 Satz 1 SGB II genannten Vermögensgegenstände, soweit sie angemessen sind; § 12 Abs. 3 Satz 2 SGB II gilt entsprechend.

Für freiwillige Mitglieder, die Anspruch auf einen monatlichen Gründungszuschuss nach § 57 SGB III oder einen monatlichen Existenzgründerzuschuss nach § 4211 SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II haben, gilt mindestens 50 v. H. der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahme.

(6) Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Student im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gelten die für versicherungspflichtige Studenten maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlagen und der sich daraus ergebende Beitrag. Dies gilt entsprechend für Studenten, deren Mitgliedschaft als Student endete, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, längstens jedoch für sechs Monate.

(6a) Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger können die beitragspflichtigen Einnahmen auch durch eine Vereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger festgesetzt werden. Dies gilt auch für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger, die in Heimen leben.

(7) Soweit die beitragspflichtigen Einnahmen nicht oder nur unzureichend nachgewiesen sind, sind die Einnahmen zu schätzen. Die danach festgelegte Beitragsklasse bleibt solange maßgebend, bis sich die Schätzungsgrundlagen ändern oder das freiwillige Mitglied den konkreten Nachweis über die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen geführt hat.

8) Folgende Beitragsklassen werden festgesetzt:

Beitragsklasse 1	= Einnahmen bis 851,67 Euro
Beitragsklasse 2	= Einnahmen von mehr als 851,67 Euro
Beitragsklasse 3	= Einnahmen von mehr als 950 Euro
Beitragsklasse 4	= Einnahmen von mehr als 1.050 Euro
Beitragsklasse 5	= Einnahmen von mehr als 1.150 Euro
Beitragsklasse 6	= Einnahmen von mehr als 1.250 Euro
Beitragsklasse 7	= Einnahmen von mehr als 1.370 Euro
Beitragsklasse 8	= Einnahmen von mehr als 1.500 Euro
Beitragsklasse 9	= Einnahmen von mehr als 1.650 Euro
Beitragsklasse 10	= Einnahmen von mehr als 1.800 Euro
Beitragsklasse 11	= Einnahmen von mehr als 1.960 Euro
Beitragsklasse 12	= Einnahmen von mehr als 2.120 Euro
Beitragsklasse 13	= Einnahmen von mehr als 2.280 Euro
Beitragsklasse 14	= Einnahmen von mehr als 2.460 Euro
Beitragsklasse 15	= Einnahmen von mehr als 2.640 Euro
Beitragsklasse 16	= Einnahmen von mehr als 2.820 Euro
Beitragsklasse 17	= Einnahmen von mehr als 3.000 Euro
Beitragsklasse 18	= Einnahmen von mehr als 3.200 Euro
Beitragsklasse 19	= Einnahmen von mehr als 3.430 Euro
Beitragsklasse 20	= Einnahmen von mehr als 3.712,49 Euro

KK i. d. Fassung des 15. Satzungsnachtrages

(9) Der monatliche Beitrag in den nach Absatz 7 bestimmten Beitragsklassen wird wie folgt festgesetzt:

Beitragsklasse 1	=	78 Euro
Beitragsklasse 2	=	89 Euro
Beitragsklasse 3	=	100 Euro
Beitragsklasse 4	=	116 Euro
Beitragsklasse 5	=	133 Euro
Beitragsklasse 6	=	151 Euro
Beitragsklasse 7	=	171 Euro
Beitragsklasse 8	=	190 Euro
Beitragsklasse 9	=	209 Euro
Beitragsklasse 10	=	225 Euro
Beitragsklasse 11	=	244 Euro
Beitragsklasse 12	=	267 Euro
Beitragsklasse 13	=	288 Euro
Beitragsklasse 14	=	308 Euro
Beitragsklasse 15	=	328 Euro
Beitragsklasse 16	=	348 Euro
Beitragsklasse 17	=	370 Euro
Beitragsklasse 18	=	390 Euro
Beitragsklasse 19	=	411 Euro
Beitragsklasse 20	=	427 Euro

(10) Die beitragspflichtigen Einnahmen der freiwilligen Mitglieder werden mit Wirkung vom 1. Januar eines Jahres für dieses Kalenderjahr neu festgestellt. Maßgebend sind die Verhältnisse jeweils am 01.10. des Jahres für das folgende Kalenderjahr. Soweit hierbei Arbeitseinkommen (Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft oder selbständiger Tätigkeit) zu berücksichtigen ist, wird – vorbehaltlich § 15 Abs. 2 SGB IV – der letzte vorliegende Einkommenssteuerbescheid zugrundegelegt; sofern im Einkommensteuerbescheid Einkünfte nicht ausgewiesen sind, werden insoweit die vom Versicherten dargelegten Einkünfte für die Beitragsfestsetzung herangezogen. Dies gilt auch für die Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung. Im Übrigen gilt das Einkommen zum Zeitpunkt der Feststellung. Während eines Kalenderjahres ist eine Änderung der Beitragsbemessungsgrundlage zulässig, wenn die Grundlage für diese Einkunftsart entfällt oder ein Antrag nach Absatz 5 Satz 4 gestellt wurde. Die Berichtigung erfolgt in diesem Fall vom Ersten des auf das Bekanntwerden folgenden Kalendermonats an.

KK i. d. Fassung des 15. Satzungsnachtrages

(11) Die Beiträge für freiwillige Mitglieder berechnen sich aus

1. einer beitragspflichtigen monatlichen Einnahme in Höhe von einem Zehntel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV

und

2. dem jeweils zum 01.01. des Vorjahres festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 SGB V) zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten (§ 21 Abs. 2 KVLG 1989 i. V. m. § 241a Abs. 1 Satz 1 SGB V), wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 7 KVLG 1989 versicherten Angehörigen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist oder wenn sie nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst i. S. des § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V leisten. Satz 1 gilt entsprechend, wenn nach § 16 Abs. 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund für länger als 3 Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich des SGB.

Für die Dauer der Beitragsfestsetzung nach Sätzen 1 und 2 bestehen keine Ansprüche auf Leistungen.

§ 44a
Beiträge für bisher Nichtversicherte (Rückkehrer)

(1) Die Beiträge für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 versicherungspflichtigen bisher Nichtversicherten (Rückkehrer) werden entsprechend § 44 festgesetzt.

(2) Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 nach den in § 20 und § 22 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 i.V.m. § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag des Versicherten unter der Voraussetzung, dass aus der Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht und der daraus abgeleiteten Familienversicherung keine Leistungen in der Zwischenzeit in Anspruch genommen wurden, nicht zu erheben.

§ 45

Beiträge für Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte

Die Beiträge für Antragsteller auf eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte (§ 18 Nr. 3) werden entsprechend § 44 festgesetzt.

§ 46

Beiträge für Schwangere bei Fortbestehen der Mitgliedschaft

Die Beiträge für Schwangere, deren Mitgliedschaft bei zulässiger Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses oder bei Beurlaubung unter Wegfall des Arbeitsentgeltes erhalten bleibt, werden entsprechend § 44 festgesetzt.

§ 47

Zahlung der Beiträge, Beitragseinzug, Zeitpunkt der Beitragszahlung und Reihenfolge der Tilgung

- (1) Die Beiträge sind ohne besondere Aufforderung bis zum drittletzten Bankarbeitstag des Monats an die Krankenkasse zu zahlen, für den sie zu entrichten sind.
- (2) Von den versicherungspflichtigen Studenten ist der Beitrag monatlich zu zahlen; Abs. 1 gilt entsprechend.
- (3) Schuldet der Zahlungspflichtige Auslagen, Gebühren, Beiträge, Säumniszuschläge, Zinsen, Geldbußen oder Zwangsgelder, kann er bei der Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft der Zahlungspflichtige keine Bestimmung, wird die Schuld in der in Satz 1 genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart wird die einzelne Schuld nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.
- (4) Die Zahlungen der Zahlungspflichtigen sind an die Krankenkasse zu leisten. Als Tag der Zahlung gilt
1. bei Barzahlung der Tag des Geldeingangs,
 2. bei Zahlung durch Scheck, bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der Krankenkasse der Tag der Wertstellung zugunsten der Krankenkasse. Bei rückwirkender Wertstellung gilt als Buchungstag das Datum des elektronischen Kontoauszuges des Geldinstituts der Krankenkasse,
 3. bei Vorliegen einer Einzugsermächtigung der Tag der Fälligkeit.

Zahlungen in fremder Währung und durch Wechsel sind nicht zugelassen.

§ 48

Erstattung von Beiträgen aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung

Soweit Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu erstatten sind, erfolgt die Beitragserstattung nachträglich für das abgelaufene Kalenderjahr, der Erstattungsbetrag wird am 31. März des auf den Erstattungszeitraum folgenden Jahres fällig.

§ 49

Betriebsmittel

Der Durchschnittsbetrag der Betriebsmittel wird auf den zweifachen Monatsbetrag der Ausgaben nach dem Haushaltsplan festgesetzt.

§ 50

Rücklage

Das Rücklagesoll wird auf das Einfache des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben festgesetzt. Die Leistungsausgaben für die Altenteiler bleiben außer Ansatz.

§ 51

Betriebs- und Rechnungsführung

(1) Die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb; sie umfaßt die Prüfung der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

(2) Die Prüfung wird von einem sachverständigen Verbandsprüfer vorgenommen.

(3) Der Bericht über die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung ist mit einer Stellungnahme des Geschäftsführers und des Vorstandes dem Rechnungsabnahmeausschuss der Vertreterversammlung im Entlastungsverfahren vorzulegen.

§ 51 a

Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge

Zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes bietet die Krankenkasse die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen auf Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarungen an.

VI. ZUSAMMENARBEIT, GEMEINSAMES RECHENZENTRUM, GENEHMIGUNGEN

§ 52

Zusammenarbeit

Die Krankenkasse ist verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben und bei der Betreuung und Beratung der Versicherten eng mit den übrigen landwirtschaftlichen Krankenkassen, den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, den landwirtschaftlichen Alterskassen (Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) sowie dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) zusammen zu arbeiten, soweit dies einer wirtschaftlichen und sparsamen Aufgabenerfüllung dient und gesetzliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Werden hierzu gemeinsame Einrichtungen geschaffen oder unterhalten oder werden in sonstiger Weise Mittel und Kräfte der Krankenkasse oder des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen für die Erfüllung von Aufgaben anderer Träger oder Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eingesetzt, ist im Einvernehmen mit den jeweiligen Aufsichtsbehörden durch geeignete Verfahren eine sachgerechte Kostenaufteilung sicherzustellen.

KK i. d. Fassung des 3. Satzungsnachtrages

§ 53

Gemeinsames Rechenzentrum

(1) Zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben unterhält die Krankenkasse mit den übrigen Trägern und den Spitzenverbänden der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ein gemeinsames Rechenzentrum, das vom Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen verwaltet wird.

(2) Die Kosten des Rechenzentrums werden in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme anteilig von den einzelnen Trägern und den Spitzenverbänden der landwirtschaftlichen Sozialversicherung getragen, wobei die Verteilung der Kosten der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft bestimmt.

§ 54

Genehmigungen

- (1) Der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan ist der Aufsichtsbehörde bis zum 15. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, zur Genehmigung vorzulegen und von der Vertreterversammlung festzustellen.
- (2) Über- und außerplanmäßige Ausgaben der Krankenkasse, die den Betrag von 50.000 € überschreiten, bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

VII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

§ 55

Bekanntmachungen

(1) Die Satzung sowie das sonstige autonome Recht der Krankenkasse für den Gartenbau werden vom Vorstand in dem Mitteilungsblatt „LSV kompakt“ und im Internet unter www.gartenbau.lsv.de veröffentlicht, soweit Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt. Zu der Veröffentlichung nach Absatz 2 erfolgt eine Hinweisbekanntmachung in dem Mitteilungsblatt „LSV kompakt“ mit den Angaben, an welcher Stelle und zu welcher Zeit die Vorschriften des autonomen Rechts während der Dienstzeit in den Geschäftsräumen der Krankenkasse für den Gartenbau eingesehen werden können.

(2) Die dienstrechtlichen Regelungen, insbesondere die Dienstordnung und die ergänzenden Vorschriften, werden durch zweiwöchigen Aushang in den Geschäftsräumen der Krankenkasse für den Gartenbau öffentlich bekanntgemacht. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 56

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt an die Stelle der am 13. Januar 1982 genehmigten Satzung in der Fassung des am 17. November 1999 genehmigten 22. Nachtrages.

Sie tritt am 01. Januar 2001 in Kraft.

Beschlossen von der Vertreterversammlung der Krankenkasse für den Gartenbau am 15. November 2000.

gez. Schnier
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Genehmigung

Die vorstehende Satzung wird mit Ausnahme der §§ 22 Absatz 1 Satz 2 bis 3 und Absatz 2, 24 a, 42 Absatz 2 und 50 Absatz 1 Satz 1 gemäß § 195 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches V und § 41 Absatz IV des Sozialgesetzbuches IV in Verbindung mit § 17 Absatz 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte 1989 genehmigt.

Bonn, 19. Dezember 2000
II 3 - 59804.0 - 1719/2000

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag:
gez. Heinrichs

Genehmigung

Die Satzung der Krankenkasse für den Gartenbau vom 15. November 2000 wird auch hinsichtlich des § 50 Abs. 1 Satz 1 gemäß § 195 Absatz 1 des SGB V in Verbindung mit § 17 Absatz 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte 1989 genehmigt.

Bonn, 20. April 2001
II 3 - 59804.0 - 1719/2000

Bundesversicherungsamt
Im Auftrag:
gez. Pfohl

In die vorstehende Satzung - Ausgabe 01.01.2001 - ist der von der Vertreterversammlung der Krankenkasse für den Gartenbau am 9. Dezember 2010 beschlossene und vom Bundesversicherungsamt mit Schreiben vom 28. Dezember 2010 genehmigte 15. Nachtrag eingearbeitet. Der 15. Nachtrag tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

ANHANG

BESTIMMUNGEN ÜBER DIE ENTSCHÄDIGUNG DER EHRENAMTLICHEN MITGLIEDER DER SELBSTVERWALTUNGSORGANE UND DER AUSSCHÜSSE DER KRANKENKASSE FÜR DEN GARTENBAU

Gemäß § 41 SGB IV und § 6 der Satzung sowie unter Berücksichtigung der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Neufassung vom 14. Februar 2006 gilt für die Krankenkasse für den Gartenbau folgende Entschädigungsregelung:

I. Erstattung barer Auslagen und Pauschbetrag für bare Auslagen (§ 41 Abs. 1 SGB IV)

Die Regelungen des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) finden Anwendung, soweit nachstehend nichts Abweichendes bestimmt ist.

1. Reisekostenvergütungen

Reisekostenvergütungen werden nach den für den Geschäftsführer geltenden Bestimmungen des BRKG mit folgender Maßgabe gewährt:

- a) Das Tagegeld wird auch für eine am Wohnort eines Mitglieds stattfindende Sitzung der Selbstverwaltungsorgane gewährt.
- b) Höhere Aufwendungen für Übernachtungen und Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, wenn sie unvermeidbar oder notwendig waren.
- c) Bei Vorliegen eines erheblichen Interesses für die Benutzung eines privaten Kraftwagens wird eine Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 2 Satz 1 BRKG gewährt.
- d) Unterkunfts- und Verpflegungskosten für einen Kraftfahrer werden dann erstattet, wenn das Fahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst geführt werden kann oder sonstige zwingende Gründe vorliegen.

2. Sonstige bare Auslagen

Sonstige bare Auslagen werden in Höhe der tatsächlichen Kosten erstattet. Bei nicht oder nur schwer nachzuweisenden Kosten (z.B. Telefongespräche) genügt Glaubhaftmachung durch Einzelaufstellung und schriftliche Erklärung.

3. Pauschbetrag für bare Auslagen außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB IV)

Die Auslagen der Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen werden außerdem, sofern keine Einzelaufstellung erfolgt, mit einem Pauschbetrag abgegolten. Der Pauschbetrag für die stellvertretenden Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane beträgt jeweils 75 v. H. des Pauschbetrages für die Vorsitzenden.

Danach werden die monatlichen Pauschbeträge durch Aufrundung auf volle EURO wie folgt festgesetzt:

für den Vorsitzenden des Vorstandes	=	26,00 EURO
für den stellv. Vorsitzenden des Vorstandes	=	19,50 EURO **)
für den Vorsitzenden der Vertreterversammlung	=	13,00 EURO
für den stellv. Vorsitzenden der Vertreterversammlung	=	9,75 EURO **)

Wird der Vorsitz oder der stellvertretende Vorsitz bei mehreren Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, nicht aber bei der Pflegekasse für den Gartenbau, von demselben Vorsitzenden oder demselben stellvertretenden Vorsitzenden geführt, so ist der jeweilige Pauschbetrag um ein Drittel zu kürzen und auf volle Euro aufzurunden.

II. Ersatz des Bruttoverdienstes und von Beiträgen zur Rentenversicherung (§ 41 Abs. 2 SGB IV)

1. Verdienstauffallersatz und Beiträge zur Rentenversicherung

Für den Verdienstauffallersatz und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung.

2. Regelmäßige Arbeitszeit der selbständigen Gärtner

Für die regelmäßige Arbeitszeit im Sinne von § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB IV ist in Anbetracht der besonderen Verhältnisse der selbständigen Gärtner die Zeit von 7 bis 19 Uhr täglich zugrunde zu legen.

3. Entschädigung für Ersatzkraft

Soweit von einem gärtnerischen Unternehmer für die Dauer der Ausübung seines Ehrenamtes eine Ersatzkraft in Anspruch genommen wird, werden die dafür aufgewendeten Kosten als der entgangene Bruttoverdienst erstattet.

III. Pauschbeträge für Zeitaufwand (§ 41 Abs. 3 SGB IV)

1. Pauschbetrag für Zeitaufwand je Sitzungs-Kalendertag

- a) Für jeden Kalendertag einer Sitzung oder mehrerer Sitzungen, unabhängig von der Zeitdauer, wird ein auf volle Euro aufgerundeter Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von **52,00 EURO** gezahlt. Dies gilt insbesondere auch für Vorbereitungen der Gruppen, die der Vorbereitung der Sitzungen dienen.

- b) Die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Ausschüsse der Selbstverwaltungsorgane erhalten für jeden Kalendertag einer Ausschusssitzung oder mehrerer Ausschusssitzungen, unabhängig von der Zeitdauer, einen auf volle Euro aufgerundeten Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von **104,00 EURO**.

2. Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen (§ 41 Abs. 3 Satz 2 SGB IV)

- a) Die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane erhalten außerdem für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen einen Pauschbetrag. Der Pauschbetrag für die stellvertretenden Vorsitzenden der Selbstverwaltungsorgane beträgt jeweils 75 v. H. des Pauschbetrages für die Vorsitzenden.

Danach werden die monatlichen Pauschbeträge durch Aufrundung auf volle EURO wie folgt festgesetzt:

für den Vorsitzenden des Vorstandes	=	130,00 EURO	*)
für den stellv. Vorsitzenden des Vorstandes	=	154,00 EURO	**)
für den Vorsitzenden der Vertreterversammlung	=	52,00 EURO	
für den stellv. Vorsitzenden der Vertreterversammlung	=	39,00 EURO	**)

Wird der Vorsitz oder der stellvertretende Vorsitz bei mehreren Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, nicht aber bei der Pflegekasse für den Gartenbau, von demselben Vorsitzenden oder demselben stellvertretenden Vorsitzenden geführt, so ist der jeweilige Pauschbetrag um ein Drittel zu kürzen und auf volle EURO aufzurunden.

Die monatlichen Pauschbeträge erhöhen sich in dem Monat, in dem Tätigkeiten in gesetzlich vorgesehenen Gremien wahrgenommen werden, für außergewöhnliche Inanspruchnahme um jeweils 52,00 EURO je Kalendertag einer Gremiensitzung oder mehrerer Gremiensitzungen.

- b) Andere Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane erhalten bei außergewöhnlicher Inanspruchnahme einen Pauschbetrag für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen, sofern sie im Einzelfall aufgrund eines besonderen Auftrages tätig werden. Dieser Pauschbetrag wird je Kalendertag auf 52,00 EURO festgesetzt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.
- c) Für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen für Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane (z.B. Seminare Selbstverwaltung) werden keine Pauschbeträge für Zeitaufwand gewährt.

*) Diese Beträge verringern sich ggf. im Rahmen der Anwendung der Höchstbetragsregelung nach der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner

***) Die Pauschbeträge werden in dieser Höhe gewährt, solange der stellvertretende Vorsitz nur bei der Alterskasse und der Krankenkasse sowie der Pflegekasse geführt wird.

(Stand 01.01.2007)