

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Schleswig-Holstein und
Hamburg**

Schulstraße 29
24143 Kiel
Tel. 0431 7024-0
Fax 0431 7024-6120
post@kiel.lsv.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Niedersachsen-Bremen**

Im Haspelfelde 24
30173 Hannover
Tel. 0511 8073-0
Fax 0511 8073-498
info@nb.lsv.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Nordrhein-Westfalen**

Hoher Heckenweg 76-80
48147 Münster
Tel. 0251 2320-0
Fax 0251 2320-554
mailbox@nrw.lsv.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Hessen, Rheinland-Pfalz und
Saarland**

Bartningstraße 57
64289 Darmstadt
Tel. 06151 702-0
Fax 06151 702-1260
info.da@hrs.lsv.de

**Land- und forstwirtschaftliche
Alterskasse Franken und
Oberbayern**

Dammwäldchen 4
95444 Bayreuth
Tel. 0921 603-0
Fax 0921 603-386
kontakt@fob.lsv.de

**Land- und forstwirtschaftliche
Alterskasse Niederbayern/
Oberpfalz und Schwaben**

Dr.-Georg-Heim-Allee 1
84036 Landshut
Tel. 0871 696-0
Fax 0871 696-488
lsv@landshut.lsv.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Baden-Württemberg**

Vogelrainstraße 25
70199 Stuttgart
Tel. 0711 966-0
Fax 0711 966-2140
post@bw.lsv.de

**Landwirtschaftliche Alterskasse
Mittel- und Ostdeutschland**

OT Hönnow
Hoppegartener Straße 100
15366 Hoppegarten
Tel. 03342 36-0
Fax 03342 36-1230
mail@mod.lsv.de

Alterskasse für den Gartenbau

Frankfurter Straße 126
34121 Kassel
Tel. 0561 928-0
Fax 0561 928-2486
info@gartenbau.lsv.de



Herausgeber:
Spitzenverband der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung
Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
www.lsv.de

Stand: 1/2009



Medizinische Rehabilitation
Betriebs- und Haushaltshilfe
Richtlinien des Spitzenverbandes der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung

**Richtlinien
des Spitzenverbandes
der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
für die landwirtschaftlichen Alterskassen
über die Durchführung von Leistungen
zur medizinischen Rehabilitation
und Betriebs- und Haushaltshilfe
zur Aufrechterhaltung des Unternehmens
der Landwirtschaft
(AR)**

Abschnitt I	5
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	
Abschnitt II	11
Anschlussheilbehandlungen	
Abschnitt III	13
Kinderheilbehandlungen	
Abschnitt IV	19
Nach- und Festigungskuren	
Abschnitt V	22
Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen, Schwangerschaft und Mutterschaft	
Abschnitt VI	24
Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen	
Abschnitt VII	26
Reisekosten	
Abschnitt VIII	26
Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe	
Abschnitt IX	28
Rehabilitationssport und Funktionstraining	
Abschnitt X	29
Verfahren	
Abschnitt XI	34
Betriebs- und Haushaltshilfe	
Abschnitt XII	46
Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche Leistungserbringung	
Abschnitt XIII	49
Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze	
Abschnitt XIV	51
In-Kraft-Treten	

Abschnitt I Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 1 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Alterssicherung der Landwirte erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie sonstige und ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind (§ 7 ALG).

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich durch die Leistungen
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren

§ 2 Persönliche Voraussetzungen

§ 3 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann (§ 8 Abs. 1 ALG i. V. m. § 10 SGB VI).

(1) Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die

1. bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. bei Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen oder
3. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt haben oder
4. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
5. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

§ 17 Abs. 1 Satz 2 ALG ist hierbei nicht anzuwenden.

(2) Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten für die Vorschriften dieses Abschnitts als Versicherte (§ 8 Abs. 2 ALG i. V. m. § 11 SGB VI).

(1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Arznei- und Verbandmittel,
3. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
4. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
5. Hilfsmittel,
6. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz wird nur erbracht, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich und soweit sie nicht als Leistung der Krankenversicherung oder als Hilfe nach Abschnitt 3 Unterabschnitt 4 BSHG zu erbringen ist (§ 10 ALG i. V. m. § 15 Abs. 1 SGB VI, § 26 SGB IX).

(2) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal betrieben werden und mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der

§ 4 Umfang der Leistung

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein (§ 10 ALG i. V. m. § 15 Abs. 2 SGB VI).

(2a) Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (§ 10 ALG i. V. m. § 15 Abs. 3 SGB VI).

(3) Als ergänzende Leistungen zur Teilhabe erbringt die Alterskasse

1. Reisekosten nach Abschnitt VII,
2. Rehabilitationssport und Funktionstraining nach Abschnitt IX,
3. Betriebs- und Haushaltshilfe nach Abschnitt XI.

(4) Als sonstige Leistungen zur Teilhabe erbringt die Alterskasse

1. Kinderheilbehandlungen nach Abschnitt III
2. Nach- und Festigungskuren nach Abschnitt IV
3. Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe nach Abschnitt VIII.

(5) Die Alterskasse erbringt nicht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein,

2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung,

3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen (§ 10 ALG i. V. m. § 13 Abs. 2 SGB VI).

(6) Die Alterskasse erbringt nach Absatz 5 Nr. 1 im Benehmen mit dem Träger der Krankenversicherung für diesen Krankenbehandlung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Alterskasse kann von dem Träger der Krankenversicherung Erstattung der hierauf entfallenden Aufwendungen verlangen (§ 10 ALG i. V. m. § 13 Abs. 3 SGB VI).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht für Versicherte erbracht, die

1. wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können,
2. eine Rente wegen Alters aus der Alterssicherung der Landwirte beziehen oder beantragt haben,
3. eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist,
4. als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei sind,
- 4a. eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird oder

§ 5 Ausschluss von Leistungen

5. sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.

§ 6 Wiederholung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind (§ 9 ALG i. V. m. § 12 Abs. 2 SGB VI).

§ 7 Leistungsort

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden grundsätzlich im Inland erbracht. Sie können auch im Ausland erbracht werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können.

§ 8 Urlaub

(1) Urlaub während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann nur in dringenden Ausnahmefällen von der durchführenden Stelle und nur mit Zustimmung der Alterskasse erteilt werden. Er ist auf die unbedingt notwendige Dauer beschränkt.

(2) Durch Urlaub entstehende Reisekosten werden nicht erstattet.

Die Alterskasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch als Anschlussheilbehandlungen, soweit die medizinische Notwendigkeit einer Anschlussheilbehandlung während einer vorausgehenden Krankenhausbehandlung festgestellt wird.

Die Alterskasse erbringt Anschlussheilbehandlungen nach Abschluss der Akutphase, insbesondere bei folgenden Indikationen:

1. Herzkrankheiten,
2. Gefäßkrankheiten,
3. entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
4. degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Bewegungsorganen,
5. Krankheiten und Zustand nach Operationen an Verdauungsorganen,
6. Stoffwechselkrankheiten,
7. Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen,
8. Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata,
9. neurologische Krankheiten,
10. bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen,
11. Gynäkologische Erkrankungen.

**Abschnitt II
Anschlussheilbehandlungen
§ 9 Grundsatz**

§ 10 Indikationen

§ 11 Einleitung einer Anschlussheilbehandlung

Die Einleitung einer Anschlussheilbehandlung setzt voraus, dass

1. die Voraussetzungen des Abschnitts I für Leistungen der medizinischen Rehabilitation gegeben sind,
2. die Anschlussheilbehandlung beantragt ist und
3. die Alterskasse der Durchführung der Anschlussheilbehandlung zugestimmt hat; die Zustimmung ist grundsätzlich vor Beginn der Anschlussheilbehandlung zu erteilen.

§ 12 Durchführung der Anschlussheilbehandlung

(1) Für die Durchführung der Anschlussheilbehandlung kommen nur anerkannte Behandlungsstätten in Betracht, mit denen ein Vertrag i. S. d. § 10 Abs. 1 ALG i. V. m. §§ 15 Abs. 2 SGB VI, 21 SGB IX besteht. Die Alterskasse kann Verträgen und Regelungen beitreten, die zur Durchführung der Anschlussheilbehandlung mit anderen Sozialversicherungsträgern bestehen.

(2) Anschlussheilbehandlungen werden nur in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht. Die Unterbrechung der Behandlung zwischen Ende der Krankenhausbehandlung und Beginn der Anschlussheilbehandlung soll 14 Tage nicht überschreiten.

Die Alterskasse kann als sonstige Leistung zur Teilhabe für nicht versicherte Kinder von Versicherten und von Beziehern einer Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie für Bezieher einer Waisenrente stationäre Kinderheilbehandlungen erbringen (§ 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI).

(1) Kinderheilbehandlungen werden erbracht, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

(2) Das ist insbesondere der Fall bei folgenden Erkrankungen:

1. Krankheiten der Atemwege,
2. allergische Krankheiten,
3. Hautkrankheiten,
4. Herz- und Kreislaufkrankheiten,
5. Leber-, Magen-Darmkrankheiten,
6. Nieren- und Harnwegskrankheiten,
7. Stoffwechselkrankheiten,
8. entzündliche und nichtentzündliche Krankheiten des Bewegungsapparates,
9. neurologische Erkrankungen,
10. psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen,

Abschnitt III Kinderheilbehandlungen § 13 Grundsatz

§ 14 Persönliche Voraussetzungen

11. Übergewicht in Verbindung mit weiteren Risikofaktoren und anderen Erkrankungen.

(3) Kinderheilbehandlungen werden grundsätzlich nicht erbracht

1. bei akuten Krankheiten und Infektionskrankheiten (z. B. Diphtherie und Scharlach) sowie
2. in den Fällen, in denen die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann.

(4) Kinderheilbehandlungen sollen in der Regel nicht vor Vollendung des vierten Lebensjahres des Kindes durchgeführt werden.

(5) Auf Kinder und Waisenrentenbezieher mit malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen findet Abschnitt IV Anwendung.

(6) Kinder i. S. d. § 13 sind auch

- in den Haushalt aufgenommene Stief- und Pflegekinder,
- Enkel und Geschwister von Versicherten oder Rentenbeziehern, die in deren Haushalt aufgenommen sind oder von ihnen überwiegend unterhalten werden.

Kinder werden über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres berücksichtigt, wenn sie

1. sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr i. S. d. Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen

ökologischen Jahres leisten oder

2. wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

(7) In den Fällen des Abs. 6 Nr. 1 erhöht sich die Altersbegrenzung bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst um die Zeit dieser Dienstleistung, höchstens jedoch um einen der Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum.

Für Kinderheilbehandlungen haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wenn sie

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung mindestens sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt haben,
2. die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben,
3. eine Versichertenrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Alters beziehen oder
4. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind.

(1) Kinderheilbehandlungen umfassen insbesondere die Gewährung von ärztlicher und nichtärztlicher Therapie, Pflege und Versorgung mit Medikamenten, Unterkunft und Verpflegung in geeigneten Rehabilita-

§ 15 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

§ 16 Umfang der Leistungen

tionseinrichtungen sowie Übernahme von Reisekosten und sonstigen notwendigen Nebenkosten.

(2) Die Unterbringung einer Begleitperson im Rahmen der Durchführung von Kinderheilbehandlungen zu Lasten der Alterskasse kann erfolgen, wenn die Begleitung des Kindes aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Kindern, deren Heilbehandlung vor Vollendung ihres 5. Lebensjahres beginnt, kann die Notwendigkeit der Begleitung unterstellt werden.

(3) Die Kosten der Begleitung zur An- und Abreise und sonstige notwendige Nebenkosten sollen übernommen werden, wenn die Begleitung wegen geringer Mobilität oder geringer Selbständigkeit des Kindes zwingend erforderlich ist.

(4) Kinderheilbehandlungen sollen für vier Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

§ 17 Ausschluss von Leistungen

(1) Kinderheilbehandlungen werden nicht erbracht für Kinder von Versicherten oder Rentenbeziehern, wenn die Versicherten oder Rentenbezieher

1. eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder
2. als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze versicherungsfrei sind.

(2) Darüber hinaus werden Kinderheilbehandlungen nicht erbracht für Kinder und für Bezieher einer Waisenrente, wenn die Kinder oder die Waisenrentenbezieher selbst

1. wegen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können oder
2. eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder
3. sich in Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilen nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.

(3) Die Alterskasse übernimmt vorbehaltlich § 15 Abs. 1 SGB IX die Kosten einer Kinderheilbehandlung nicht, wenn diese ohne ihre vorherige Zustimmung begonnen wurde.

Weitere Kinderheilbehandlungen werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer solchen oder ähnlichen Leistung zur Teilhabe erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

Der Antrag auf Kinderheilbehandlung kann abgelehnt werden, wenn

1. der Gesundheitszustand des Kindes oder Waisenrentenbeziehers seine Rehabilitationsfähigkeit ausschließt,
2. vorzusehen ist, dass sich das Kind oder der

§ 18 Wiederholung von Kinderheilbehandlungen

§ 19 Ablehnung des Antrags

§ 20 Zuständigkeit

Waisenrentenbezieher nicht in die Gemeinschaft mit anderen Kindern einordnen wird oder

3. eine früher durchgeführte Heilbehandlung ohne triftigen Grund abgebrochen worden ist oder aus disziplinarischen Gründen vorzeitig beendet werden musste.

Welche Alterskasse zuständig ist, richtet sich nach § 56.

§ 21 Ergänzende Leistungen

Als ergänzende Leistungen erbringt die Alterskasse

1. Reisekosten nach Abschnitt VII,
2. Rehabilitationssport und Funktionstraining nach Abschnitt IX,
3. Betriebs- oder Haushaltshilfe für ein Elternteil des Kindes nach Abschnitt XI.

§ 22 Zuzahlung

Bei Kinderheilbehandlungen ist keine Zuzahlung zu leisten. Dies gilt auch für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Die Alterskasse kann als sonstige Leistungen zur Teilhabe Nach- und Festigungskuren bei malignen Geschwulst- oder Systemerkrankungen erbringen (§ 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI). Die Vorschriften über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bleiben unberührt.

Persönliche Voraussetzungen sind:

1. Die Diagnose muss geklärt sein; § 23 findet bei Vorliegen von Frühformen von Oberflächenkrebs und grundsätzlich bei Krebsvorstufen keine Anwendung.
2. Hat eine operative Behandlung oder eine Strahlenbehandlung stattgefunden, so muss die operative Behandlung abgeschlossen, die Strahlenbehandlung vorläufig abgeschlossen sein. Eine noch laufende Chemotherapie ist kein Hinderungsgrund für Nach- und Festigungskuren.
3. Die durch die Geschwulsterkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen oder beruflichen Behinderungen sollen positiv beeinflussbar sein. Eine ausreichende Belastbarkeit für die Nach- und Festigungskur muss gegeben sein. Der Betreute soll in der Regel allein reisefähig sein.

(1) Leistungen nach § 23 können erhalten:

1. Versicherte, soweit sie die Voraussetzungen des Abs. 2 erfüllen,
2. Rentenbezieher, sofern sie eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte beziehen,

Abschnitt IV Nach- und Festigungskuren § 23 Grundsatz

§ 24 Persönliche Voraussetzungen

§ 25 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

3. nicht versicherte Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder als Angehörige von Versicherten oder Rentenbeziehern nach Nr. 1 oder 2.
- (2) Versicherte im Sinne des Absatz 1 sind Personen, die
1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen belegt haben oder
 2. die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben oder
 3. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind.
- (3) Kinder im Sinne dieser Vorschrift sind auch die unter Abschnitt III § 14 Abs. 6 und 7 aufgezählten Personen.

§ 26 Umfang der Leistungen

- (1) Die Leistungen nach § 23 umfassen gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die geeignet sind, zur Stabilisierung oder Besserung des Gesundheitszustandes beizutragen und insbesondere Funktionsstörungen zu beseitigen oder auszugleichen. Sie können auch als Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden.
- (2) Die Unterbringung einer Begleitperson im Rahmen der Durchführung von Nach- und Festigungskuren zu Lasten der Alterskasse kann aus medizinischen Gründen erfolgen.
- (3) Die Leistungen nach § 23 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen län-

geren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

(1) Leistungen nach § 23 werden nicht erbracht für Versicherte oder Rentenbezieher sowie deren nicht versicherte Angehörige soweit diese selbst

1. eine Beschäftigung ausüben, aus der ihnen nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder
2. als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens der Altersgrenze versicherungsfrei sind.

(2) Leistungen nach § 23 werden ebenfalls nicht erbracht für Versicherte, Rentenbezieher sowie nichtversicherte Angehörige, wenn diese selbst

1. aufgrund einer Berufskrankheit bzw. eines Arbeitsunfalles oder einer Schädigung i. S. d. sozialen Entschädigungsrechts gleichartige Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erhalten können oder
2. sich in der Untersuchungshaft oder im Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befinden oder einstweilen nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.

(3) Die Alterskasse übernimmt vorbehaltlich § 15 Abs. 1 SGB IX die Kosten der Nach- und Festigungskur nicht, wenn diese ohne ihre vorherige Zustimmung begonnen wurde.

§ 27 Ausschluss von Leistungen

§ 28 Wiederholung von Nach- und Festigungskuren

Leistungen nach § 23 erbringt die Alterskasse bis zum Ablauf eines Jahres nach beendeter Primärbehandlung. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Leistungen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

§ 29 Zuständigkeit

Welche Alterskasse zuständig ist, richtet sich nach § 56.

§ 30 Ergänzende Leistung

Als ergänzende Leistungen erbringt die Alterskasse:

1. Reisekosten nach Abschnitt VII,
2. Rehabilitationssport und Funktionstraining nach Abschnitt IX,
3. Betriebs- und Haushaltshilfe nach Abschnitt XI.

Abschnitt V
Leistungen bei interkurrenten
Erkrankungen, Schwangerschaft und Mutterschaft
§ 31 Grundsatz

Die Alterskasse kann Krankenbehandlung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft erbringen, soweit solche Leistungen während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Alterskasse erforderlich werden.

§ 32 Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen

(1) Interkurrente Erkrankungen sind Erkrankungen, die während einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation auftreten und einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedürfen.

(2) Die Kosten der Behandlung von interkurrenten Erkrankungen, die mit den Mitteln der Rehabilitationsseinrichtung mitbehandelt werden können, werden

von der Alterskasse getragen, soweit keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

(1) Die Alterskasse kann im Benehmen mit dem Träger der Krankenversicherung für diesen

1. Krankenbehandlung im Falle einer interkurrenten Erkrankung oder
2. Leistungen, die wegen Schwangerschaft und Mutterschaft während Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich werden,

erbringen.

(2) Die Alterskasse erbringt nicht Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung.

Es gilt die Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs. 4 SGB VI zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger und dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen vom 21. Januar 1993 in ihrer jeweils geltenden Fassung, insbesondere hinsichtlich der Bestimmungen über die Zuständigkeitsabgrenzung unter den Leistungsträgern sowie der Übernahme der Reisekosten.

§ 33 Zuständigkeit**§ 34 Vereinbarung zur Leistungsabgrenzung**

Abschnitt VI Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen § 35 Grundsatz

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 40 Abs. 5 SGB V ergebenden Betrag (§ 10 ALG i. V. m. § 32 Abs. 1 SGB VI).

(2) Absatz 1 gilt auch für Versicherte oder Bezieher einer Rente, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und für sich oder ihre Ehegatten oder Lebenspartner sonstige stationäre Leistungen in Anspruch nehmen (§ 10 ALG i. V. m. § 32 Abs. 2 SGB VI).

(3) Die Zuzahlung steht der Annahme einer vollen Übernahme der Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe im Sinne arbeitsrechtlicher Vorschriften nicht entgegen (§ 10 ALG i. V. m. § 32 Abs. 5 SGB VI).

§ 36 Begrenzte Zuzahlung

Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage und in Höhe des sich nach § 40 Abs. 6 SGB V ergebenden Betrages zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation); als unmittelbar gilt auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Hierbei ist eine innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen (§ 10 ALG i. V. m. § 32 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB VI).

§ 37 Unzumutbare Belastung

(1) Auf Antrag ist von der Zuzahlung abzusehen, wenn das Jahreseinkommen des Versicherten 40 v. H. der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht übersteigt. Das Jahreseinkommen ist nach § 32 Abs. 2 bis 6 ALG zu ermitteln; auf Antrag ist das nachgewiesene niedrigere Einkommen zum Zeitpunkt des Leistungsantrags zu berücksichtigen. Es gilt die Bezugsgröße des Jahres,

welches für die Ermittlung des Einkommens nach § 32 Abs. 3 ALG maßgebend ist.

(2) Der Versicherte kann auf seinen Antrag auch von der Zuzahlung befreit werden,

1. gestrichen
2. wenn der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII bezieht und zwar unabhängig von Art und Höhe dieser Leistung oder
3. wenn er aus anderen Gründen unzumutbar belastet würde.

(3) Eine Zuzahlung ist nicht mehr zu erbringen, wenn der Versicherte bei länger andauernden stationären Heilbehandlungen bereits eine Zuzahlung für 42 Kalendertage erbracht hat. Dies gilt auch für eine über das Ende eines Kalenderjahres hinausgehende stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistung.

Die Bewilligung und die Durchführung einer stationären Heilbehandlung wird nicht von der Zuzahlung abhängig gemacht.

§ 38 Einleitung der stationären Heilbehandlung

Abschnitt VII Reisekosten

§ 39 Grundsatz

Die Alterskasse erbringt als ergänzende Leistung zu medizinischen und sonstigen Leistungen die aus Anlass der Vorbereitung und der Inanspruchnahme solcher Leistungen entstehenden erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten (Reisekosten) nach den Gemeinsamen Grundsätzen der landwirtschaftlichen Alterskassen und der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zur Erstattung von Reisekosten in der jeweils geltenden Fassung.

§ 40 - 46 gestrichen

§ 47 Grundsatz

Die Alterskasse kann als sonstige Leistungen zur Rehabilitation nach § 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere in Form nachgehender Leistungen erbringen.

Abschnitt VIII Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe

§ 48 Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe

(1) Zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe erbringt die Alterskasse weitere Leistungen, die erforderlich sind,

1. eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistung vorzubereiten und
2. um das Ziel der Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistung zu erreichen oder es zu sichern.

(2) Die Leistungen werden in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistungen erbracht und setzen insofern das Erfüllen der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe voraus.

(1) Aufgabe der Rehabilitationsvorbereitung ist es, bereits im Vorfeld einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistung deren Erfolgsaussicht zu fördern.

(2) Die Vorbereitung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistung umfasst insbesondere

1. Informationen über den geplanten Ablauf der Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistung,
2. Steigerung der Motivation und
3. den Abbau von Risikoverhalten des Versicherten.

(1) Aufgabe der Rehabilitationsnachsorge ist es, den durch die Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistung eingetretenen Erfolg weiter zu verbessern oder nachhaltig zu sichern.

(2) Als weitere Maßnahmen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen, die der Erhaltung der erzielten Funktionsverbesserung und
2. der Stabilisierung eingeleiteter Verhaltensänderungen dienen, sowie
3. Beratung bei der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Behandlungen.

(3) Die Maßnahmen kommen in Betracht, soweit Leistungen zur Nachsorge nicht bereits aufgrund geschlossener Vereinbarungen erbracht werden z. B.

§ 49 Rehabilitationsvorbereitung

§ 50 Rehabilitationsnachsorge

- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen,
- Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining.

Abschnitt IX Rehabilitationssport und Funktionstraining § 51 Grundsatz

(1) Rehabilitationssport und Funktionstraining erbringt die Alterskasse, soweit solche Leistungen erforderlich sind, den Erfolg der Leistungen zur Teilhabe zu gewährleisten, zu erhalten oder zu sichern.

(2) Rehabilitationssport und Funktionstraining sind ergänzende Leistungen zur Teilhabe nach § 10 Abs. 1 ALG i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX.

§ 52 Zuständigkeit

Die Alterskasse erbringt Rehabilitationssport und Funktionstraining sowohl während als auch unmittelbar im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistung. Das Erbringen der anschließenden ergänzenden Leistung setzt voraus, dass die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining von dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und die ergänzende Leistung innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder sonstigen Leistung beginnt.

§ 53 Umfang der Leistung

Die Verordnung über den Rehabilitationssport oder das Funktionstraining soll sich auf ein oder zwei Übungsbehandlungen pro Woche erstrecken. In Ausnahmefällen können bis höchstens drei Übungsbehandlungen pro Woche erbracht werden. Die Gesamtdauer der anschließenden ergänzenden Leistungen beträgt in der Regel sechs Monate.

Es gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.10.2003 in ihrer jeweils geltenden Fassung.

(1) Leistungen zur Teilhabe werden auf Antrag oder von Amts wegen mit Zustimmung des Betreuten erbracht.

(2) Der Antrag ist bei der Alterskasse zu stellen. Er wird auch von den gemeinsamen Servicestellen, allen Sozialleistungsträgern, Gemeinden und bei Personen die sich im Ausland aufhalten von der amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.

(3) Für Anträge soll der von der Alterskasse zur Verfügung gestellte Vordruck verwendet werden. Für einen Betreuten, der das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist der Antrag vom gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen.

(4) Für das Tätigwerden einer gemeinsamen Servicestelle gilt die Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen in der jeweils geltenden Fassung.

(1) Für die Entscheidung über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe und für das Erbringen der Leistungen ist die Alterskasse zuständig, bei der der Betreute versichert ist. Wird zum Zeitpunkt der Antragstellung eine versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt, richtet sich die Zuständigkeit der Alterskasse – mit Ausnahme der Alterskasse für den Gartenbau – nach dem

1. Wohnsitz
2. gewöhnlichen Aufenthalt

des Versicherten im Inland. Die Alterskasse für den Gartenbau bleibt zuständig, wenn an sie zuletzt Beiträge

§ 54 Rahmenvereinbarung

Abschnitt X Verfahren § 55 Antrag

§ 56 Zuständigkeit

gezahlt worden sind. Liegt der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt nicht im Inland, ist die Alterskasse zuständig, die zuletzt nach Satz 2 und 3 zuständig war. Für das Verfahren der Zuständigkeitsklärung gilt die Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die sich auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften oder Vereinbarungen ergebenden Zuständigkeiten bleiben unberührt. Besteht ein Gleichrang mit Ansprüchen gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern, leistet die Alterskasse nur, wenn der Antrag zuerst bei ihr gestellt wird.

(3) Kosten für medizinische Leistungen, für die ein Träger der Krankenversicherung zuständig wäre, erbringt die Alterskasse auch dann nicht, wenn der Betreute nicht oder nicht ausreichend gegen Krankheit versichert ist.

§ 57 Mitwirkung der Betreuten

(1) Wer Leistungen zur Teilhabe beantragt oder erhält, hat die Alterskasse im Rahmen der ihm nach dem Sozialgesetzbuch obliegenden Mitwirkungspflichten zu unterstützen.

(2) Der Entscheidung der Alterskasse über das Erbringen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, sofern sich der Anspruch nicht bereits aus Untersuchungsbefunden eines anderen Sozialleistungsträgers zweifelsfrei ergibt, in der Regel eine gutachtliche ärztliche Stellungnahme über das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen zugrunde zu legen.

(3) Zur Erfüllung seiner Mitwirkungspflichten hat der Betreute der Alterskasse vorhandene Untersuchungsergebnisse sowie Beweisunterlagen zugänglich zu machen. Er soll sich auf Verlangen der Alterskasse ärztlichen oder

psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind. Der Betreute soll auf Verlangen der Alterskasse zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

Die Alterskasse übernimmt die notwendigen Auslagen

1. die den Betreuten für das Beschaffen von der Alterskasse benötigter Unterlagen entstehen,
2. für die von ihr angeforderten Befundberichte und
3. für ambulante oder stationäre Begutachtungen, die von ihr veranlasst wurden.

(1) Die Alterskasse bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 13 Abs. 1 SGB VI).

(2) Die Alterskasse entscheidet durch Verwaltungsakt über

1. das Erbringen der Leistung und
2. die Zuzahlung sowie
3. die Ablehnung des Antrags.

Muss für die Feststellung zu 1 und 3 ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet die Alterskasse innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.

§ 58 Aufwendungsersatz

§ 59 Entscheidung der Alterskasse

(3) Der Betreute soll die Heilbehandlung zu dem festgesetzten Zeitpunkt beginnen. Kommt er dieser Verpflichtung aus einem in seiner Person liegenden Grund nicht nach, so erlischt die Bewilligung nach Ablauf von sechs Monaten vom Tage der Bewilligung an. Der Zeitpunkt des Beginns der Heilbehandlung kann ausnahmsweise aus triftigen Gründen mit Zustimmung der Alterskasse verlegt werden.

(4) Für Maßnahmen der Heilbehandlung, die ohne vorherige Zustimmung der Alterskasse begonnen oder durchgeführt worden sind, übernimmt die Alterskasse vorbehaltlich § 15 Abs. 1 SGB IX grundsätzlich keine Kosten.

§ 60 Kur- und Hausordnung

Die gewissenhafte Einhaltung der Kur und Hausordnung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der stationären Heilbehandlung. Verletzt der Betreute in grober Weise diese Ordnung, so verstößt er gegen die ihm obliegenden Mitwirkungspflichten.

§ 61 Reisekosten bei Begutachtung

(1) Reisekosten, die dem Betreuten aus Anlass der von der Alterskasse veranlassten ambulanten oder stationären Begutachtung entstehen, können entsprechend den Regelungen des Abschnittes VII übernommen werden.

(2) Dies gilt entsprechend für eine Begleitperson, wenn nachgewiesen ist, dass die Begleitung des Betreuten aus medizinischen Gründen erforderlich war.

§ 62 Ablehnung von Leistungen

Anträge auf Leistungen zur Teilhabe können wegen mangelnder Mitwirkung des Betreuten abgelehnt werden. Mangelnde Mitwirkung liegt insbesondere vor, wenn

1. erkennbar ist, dass es dem Betreuten an dem Willen oder an der Fähigkeit fehlt, sich in die Gemeinschaft einzufügen,
 2. der Betreute bereits früher eine Leistung oder deren Erfolg durch sein Verhalten schuldhaft vereitelt hat oder
 3. eine Heilbehandlung gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen hat.
- (2) Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation kann nicht entsprochen werden
1. bei fehlender Reise- und Rehabilitationsfähigkeit,
 2. wenn der mit der Leistung bezweckte Erfolg auch durch medizinische Vorsorgeleistungen erreicht werden kann oder
 3. die Leistung ausschließlich der Beseitigung von Übergewicht dienen soll.

Abschnitt XI Betriebs- und Haushaltshilfe

§ 63 Grundsatz

- Die Alterskasse erbringt Betriebs- oder Haushaltshilfe
1. bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und
 2. bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und Kuren sowie bei Tod des Landwirts.

Betriebs- oder Haushaltshilfe dient der Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft.

§ 64 Betriebs- und Haushaltshilfe bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Betriebshilfe kann erbracht werden, wenn
1. dem Landwirt wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, einer sonstigen Leistung oder während der Dauer einer ärztlich verordneten Schonungszeit die Weiterführung des Betriebs nicht möglich ist,
 2. die Leistung zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erforderlich ist und
 3. in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden.

Haushaltshilfe kann erbracht werden, wenn dem Landwirt wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, einer sonstigen Leistung oder während der Dauer einer ärztlich verordneten Schonungszeit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist und

1. die Leistung zur Aufrechterhaltung des Haushalts erforderlich ist und
2. im Haushalt keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden.

Während einer Kinderheilbehandlung oder einer Ca-Heilbehandlung für ein Kind kann Betriebs- oder Haushaltshilfe für ein Elternteil erbracht werden, wenn die Begleitung des Kindes aus medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 10 Abs. 2 Satz 1 und 2 ALG).

(2) Betriebs- oder Haushaltshilfe kann auch erbracht werden, wenn der Landwirt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistungen gegenüber der Alterskasse erfüllt hat, diese jedoch nicht von der Alterskasse erhält, weil

1. die Leistungen aufgrund eines Arbeitsunfalles, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechtes von einem anderen Rehabilitationsträger erbracht werden,
2. dem Landwirt aufgrund einer Beschäftigung Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet ist oder er eine Versorgung bezieht oder
3. ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die Leistungen erbringt

und der zuständige Rehabilitationsträger die Leistung nicht in eigener Zuständigkeit erbringen kann (§ 10 Abs. 2 Satz 3 ALG).

(3) Die Betriebs- oder Haushaltshilfe wird grundsätzlich für die Dauer von höchstens drei Monaten erbracht. Dauert die Heilbehandlung länger an, so kann Betriebs- oder Haushaltshilfe für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn besondere Verhältnisse im Unternehmen dies erfordern. Der Einsatzzeitraum umfasst auch die Tage der Anreise und der Rückkehr zum und vom Ort der Heilbehandlung.

§ 65 Betriebs- und Haushaltshilfe bei Schonungszeit

Während der Schonungszeit wird dem Landwirt Betriebs- oder Haushaltshilfe für längstens zwei Wochen erbracht, soweit die Schonungszeit

1. ärztlich verordnet wurde und
2. sich unmittelbar an eine stationäre Heilbehandlung anschließt.

Der Berechtigte darf sich während der Schonungszeit nicht oder nicht wesentlich im Unternehmen betätigen.

§ 66 Betriebs- und Haushaltshilfe bei Arbeitsunfähigkeit

(1) Während der Arbeitsunfähigkeit wird dem Landwirt, der im Zeitpunkt der Antragstellung pflichtversichert ist, Betriebshilfe in der Regel bis zur Dauer von vier Wochen erbracht, sofern

1. die Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist und
2. die Hilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist.

Haushaltshilfe kann in entsprechender Anwendung des Satzes 1 erbracht werden, wenn die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und dies auf andere Weise nicht sicherzustellen ist. Eine Leistung nach den Sätzen 1 und 2 ist ausgeschlossen, wenn sie durch eine LKK oder LBG erbracht oder nur deshalb nicht erbracht wird, weil diese Träger in ihrer Satzung die Möglichkeiten zur Ausweitung der Leistungsansprüche nicht ausgeschöpft haben oder soweit sie im Falle einer Leistung nach Satz 2 von anderen als diesen Trägern der Sozialversicherung kraft Gesetzes oder infolge satzungsmäßiger Ausweitung der Leistungsverpflichtung erbracht wird. Eine Leistung nach den Sätzen 1 und 2 ist auch ausgeschlossen, wenn sie von einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur deshalb nicht erbracht wird, weil der

Anspruch auf Leistungen nach § 8 Abs. 2a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte oder nach § 16 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruht.

(2) Dauert die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit länger an, so kann Betriebs- oder Haushaltshilfe für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn besondere Verhältnisse im Unternehmen dies erfordern.

(3) Liegt bei wiederholter Erkrankung dieselbe Krankheitsursache zugrunde, wird Betriebs- oder Haushaltshilfe 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.

(4) Erfordert die Arbeitsunfähigkeit eines versicherten Landwirts stationäre Behandlung, wird Betriebs- oder Haushaltshilfe unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 in dem gleichen zeitlichen Umfang erbracht, den die Satzung der örtlich zuständigen LKK für ihre Versicherten bei der gleichen stationären Behandlung vorsieht.

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 wird Betriebs- oder Haushaltshilfe dem versicherten landwirtschaftlichen Unternehmer erbracht, wenn die Hilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen nach Satz 1 zusätzlich um den Zeitraum, für den Betriebs- oder Haushaltshilfe 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 Vorausset-

§ 67 Betriebs- und Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft

zung, dass Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist. § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 Nr. 2 gilt.

Unter den Voraussetzungen des § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Sätze 2 bis 4 kann Betriebs- oder Haushaltshilfe

1. während der Dauer von medizinischen Vorsorgeleistungen nach §§ 23 und 24 SGB V und
2. medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 40 und 41 SGB V

erbracht werden.

(1) Nach dem Tod des Landwirts kann Betriebshilfe dem überlebenden Ehegatten erbracht werden, sofern

1. er das Unternehmen des Verstorbenen als versicherungspflichtiger Landwirt weiterführt,
2. die Leistung zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist und
3. in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden.

Haushaltshilfe kann in entsprechender Anwendung des Satzes 1 erbracht werden, wenn die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.

(2) Betriebs- oder Haushaltshilfe kann innerhalb von zwei Jahren nach dem Tode des Landwirts für 12 Monate erbracht werden. Die Leistung kann unter Anrechnung auf die Höchstesatzdauer auch für den Todes- tag erbracht werden (§ 37 Abs. 1 und 2 ALG).

(3) Der Leistungsberechtigte beteiligt sich angemessen an den entstehenden Aufwendungen unter Berücksichtigung seines Einkommens (Selbstbeteiligung).

(4) Die Höhe der Selbstbeteiligung bestimmt sich nach der Höhe des landwirtschaftlichen und außerlandwirtschaftlichen Einkommens des Berechtigten i. S. d. § 32 ALG im Verhältnis zu der jeweils geltenden Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) nach Maßgabe der folgenden Tabelle

Selbstbeteiligung pro Arbeitsstunde:

Einkommen in v. H. der jährl. Bezugsgröße	bis 40	bis 60	bis 80	bis 100	bis 120	über 120
Selbstbeteiligung in v. H. der mtl. Bezugsgröße	0,06	0,09	0,12	0,15	0,18	0,21

Das Rechenergebnis ist auf volle 10 Cent abzurunden. Der errechnete Betrag der Selbstbeteiligung darf 50 v. H. der der Alterskasse entstehenden Aufwendungen nicht überschreiten.

(1) Betriebshilfe kann für den pflichtversicherten Landwirt erbracht werden, wenn

1. eine Person, die die Aufgaben eines pflichtversicherten Landwirts oder seines Ehegatten außerhalb eines rentenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ständig wahrgenommen hat, gestorben ist,
2. die Leistung zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erforderlich ist und

§ 70 Betriebs- und Haushaltshilfe bei Tod anderer Personen

3. in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden (§ 39 Abs. 1 ALG).

Haushaltshilfe kann in entsprechender Anwendung des Satzes 1 erbracht werden, wenn die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.

(2) § 69 Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

§ 71 Betriebs- und Haushaltshilfe bei Tod in anderen Fällen

(1) Betriebs- oder Haushaltshilfe kann in entsprechender Anwendung des § 70 Abs. 1 auch erbracht werden, wenn

1. ein alleinstehender pflichtversicherter Landwirt gestorben ist oder
2. der pflichtversicherte Landwirt und sein Ehegatte gestorben sind (§ 39 Abs. 2 ALG).

(2) § 69 Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

§ 72 gestrichen

§ 73 Betriebs- und Haushaltshilfe nur im Inland

Betriebs- oder Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft wird nur im Inland erbracht.

§ 74 Ersatzkräfte

Als Betriebs- oder Haushaltshilfe wird eine Ersatzkraft gestellt. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund davon abzusehen, werden die Kosten für eine selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkraft in angemessener Höhe erstattet. Für Verwandte und Verschwägere bis zum zweiten Grad werden Kosten nicht erstattet; die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausschlag können jedoch erstattet werden,

wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht (§ 10 Abs. 3 ALG).

(1) Als Betriebs- oder Haushaltshilfe wird von der Alterskasse eine Ersatzkraft gestellt, die nach ihrer Eignung und Ausbildung in der Lage ist, den Landwirt zu vertreten, insbesondere während der Vertretung alle im landwirtschaftlichen Unternehmen und landwirtschaftlichen Haushalt notwendigen Arbeiten selbständig zu verrichten.

(2) Ersatzkräfte sind

1. hauptberuflich bei einem Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,
2. nebenberuflich bei einem Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,
3. hauptberuflich bei anderen Stellen und
4. 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 Stelle über eine bloße Vermittlung im Einzelfalle hinaus geht.

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

(4) gestrichen

§ 75 Von der Alterskasse gestellte Ersatzkräfte

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

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

enthalten.

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

(6) Die gestellte Ersatzkraft führt das landwirtschaftliche Unternehmen oder den landwirtschaftlichen Haushalt des Unternehmens eigenverantwortlich. Entscheidungen von wesentlicher wirtschaftlicher Bedeutung sind von den Ersatzkräften stets im Einvernehmen mit dem versicherten Landwirt zu treffen.

§ 76 Selbst beschaffte betriebsfremde Ersatzkräfte

(1) Der Einsatz haupt- oder nebenberuflicher Ersatzkräfte hat grundsätzlich Vorrang vor dem Einsatz selbst beschaffter Ersatzkräfte. Kann eine haupt- oder nebenberufliche Ersatzkraft von der Alterskasse nicht gestellt werden oder besteht Grund von ihrer Gestellung abzusehen, so erstattet die Alterskasse die Kosten für eine selbst beschaffte 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 Alterskasse aus Gründen, die in der Person des versicherten Land-

wirts, seiner Familienangehörigen oder der Ersatzkraft liegen, vom Einsatz einer haupt- oder nebenberuflichen Ersatzkraft absehen will.

(2) Die Erstattung der Kosten einer selbst beschafften 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 Landwirts übernehmen und eine zusätzliche Arbeitskraft nicht eingestellt wird. Die Alterskasse kann dem Einsatz selbst beschaffter betriebsfremder Ersatzkräfte auf Vorschlag des Landwirts, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder der Stellen und Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung mit der Alterskasse beim Einsatz von Ersatzkräften mitwirken, zustimmen; für den Einsatz erforderliche Tatsachengaben und Gründe sind der Alterskasse mitzuteilen.

(3) Voraussetzung für die Zustimmung zum Einsatz einer selbst beschafften 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 Einsatztatbestand nachgewiesen ist,
3. der Alterskasse die erforderlichen Unterlagen vor Beginn des Einsatzes vorliegen.

Sofern dies nicht möglich, der alsbaldige Einsatz einer selbst beschafften Ersatzkraft aus betrieblichen Gründen aber erforderlich ist, sind die notwendigen Unterlagen nach mündlicher oder fernmündlicher Abstimmung unverzüglich, spätestens jedoch 14 Tage nach Einsatz-

beginn, vorzulegen. Die Kosten für den Einsatz einer selbst beschafften betriebsfremden Ersatzkraft werden für Einsatzzeiten vor Eingang der Unterlagen bei der Alterskasse nicht erstattet, wenn die notwendigen Unterlagen der Alterskasse nicht innerhalb der 14-Tage-Frist vorliegen.

(4) Nach Abschluss der Tätigkeit ist der Alterskasse ein Arbeitsnachweis nach Vordruck vorzulegen, der von der Ersatzkraft, dem versicherten Landwirt, seinem Ehegatten oder Lebenspartner unterzeichnet sein muss. Die Alterskasse lässt sich die Zahlung für die selbst beschaffte Ersatzkraft durch Vorlage von Zahlungsbelegen nachweisen. Die Alterskasse prüft den Einsatz selbst beschaffter Ersatzkräfte stichprobenweise.

(5) Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für den Einsatz einer selbst beschafften betriebsfremden Ersatzkraft gehören grundsätzlich alle Kosten, die dem Landwirt 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 jeweils geltenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag, angesehen. Bei einem weniger als acht Stunden täglich umfassenden Einsatz der Ersatzkraft ist als Höchstbetrag je Stunde ein Betrag von 1/8 des täglichen Höchstbetrages zugrunde zu legen. Sind im Ausnahmefall an einzelnen Tagen mehr als acht Einsatzstunden erforderlich, kann die Höchsteinsatzdauer unter Anrechnung auf die Höchsteinsatzdauer anderer Einsatzstage überschritten werden. Durch die Höchstbeträge sind alle anfallenden Aufwendungen, einschließlich etwa entstehender Fahrkosten, abgegolten.

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

1. gestellter Ersatzkräfte umgehend und
2. selbst beschaffter Ersatzkräfte spätestens innerhalb von 14 Tagen nach dem Einsatzbeginn

vorliegen. Die Kosten für den Einsatz einer Ersatzkraft werden für Einsatzzeiten vor Antragstellung nicht erstattet.

(2) Während der Dauer einer zu ihren Lasten durchgeführten stationären Heilbehandlung kann die Alterskasse Betriebs- oder Haushaltshilfe auch von Amts wegen erbringen.

§ 77 Antrag

**Abschnitt XII
Maßstäbe und Grundsätze für
eine wirtschaftliche
Leistungserbringung
1. Unterabschnitt Grundsatz
§ 78 Grundsatz**

(1) Die Gesamtaufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie für Betriebs- und Haushaltshilfe müssen unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit angemessen und aufgrund der Umstände des Einzelfalles erforderlich sein.

(2) Die Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit darf die notwendige Qualität der Leistung nicht beeinträchtigen.

**2. Unterabschnitt Leistungen
zur medizinischen
Rehabilitation
§ 79 Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation**

(1) Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit verpflichtet die Alterskasse, bei der Entscheidung über Auswahl und Durchführung von Rehabilitationsleistungen finanziellen Aufwand und Rehabilitationsziel gegeneinander abzuwägen. Der Grundsatz der Sparsamkeit gebietet der Alterskasse, zum Erreichen des Rehabilitationsziels unter mehreren Leistungen mit gleicher Qualität und Effektivität die kostengünstigere zu wählen.

(2) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das Maß des Notwendigen ist medizinisch zu beurteilen. Neben den gesundheitlichen sind jedoch auch die persönlichen und betrieblichen Verhältnisse des Berechtigten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen.

(3) Die Zuweisung in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung erfolgt unter Nutzung der gemeinsamen Einrichtung i. S. v. § 58 Nr. 1 ALG.

§ 80 Gutachten

Bereits vorliegende Befunde, die im Rahmen der bisherigen Behandlung erhoben wurden, sind soweit möglich im Rahmen der Rehabilitationsleistung zu berücksichtigen, um u. a. unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

**§ 81 Verträge mit
Rehabilitationseinrichtungen**

(1) Die Durchführung von Rehabilitationsleistungen wird zwischen der Alterskasse und den Rehabilitationseinrichtungen vertraglich geregelt. Dabei können die mit einer anderen Alterskasse vereinbarten Bedingungen zugrunde gelegt werden. Vor Vertragsabschluss lässt sich die Alterskasse von der Rehabilitationseinrichtung insbesondere folgende Angaben und Unterlagen vorlegen, soweit diese nicht bereits dem hauptbelegenden Leistungsträger vorliegen:

- allgemeine Angaben zum Betrieb (insbesondere Zahl der Betten und Pflagetage),
- eine Personalübersicht,
- eine Investitionsübersicht,
- eine Beschreibung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die die Einrichtung erbringen kann.

Im Vertrag ist sicherzustellen, dass der Alterskasse wesentliche Änderungen nach Vertragsabschluss unverzüglich mitgeteilt werden.

(1a) Die Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationseinrichtungen enthalten insbesondere Regelungen über

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
2. Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
3. Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und der Alterskasse besteht,

4. Angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen,
5. Geheimhaltung personenbezogener Daten sowie
6. die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen (§ 21 Abs. 1 SGB IX).

(2) Bei Abschluss und Durchführung der Vereinbarungen über die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten.

(1) Als Entgelt für die ordnungsgemäße Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen vereinbaren die Alterskassen mit der Einrichtung einen Pflegesatz, der den mit dem hauptbelegenden Leistungsträger vereinbarten Pflegesatz nicht überschreiten darf.

(2) Der Pflegesatz wird als durchschnittliche Tagespauschale pro Patient vereinbart. Mit dem Pflegesatz sind alle Leistungen abgegolten, die die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Vertragsverhältnisses zu erbringen hat, insbesondere Unterbringung, Verpflegung und die erforderlichen medizinischen Leistungen. Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird insgesamt ein Pflergetag zugrunde gelegt. Zusatzkosten können nur ausnahmsweise nach vorheriger Vereinbarung mit der Alterskasse abgegolten werden.

(3) Es können auch Fallpauschalen vereinbart werden. Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2 und 4 gelten entsprechend.

§ 82 Pflegesatz

(1) Die Gestellung von Ersatzkräften anderer Stellen ist unter Beachtung des Ziels der Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft möglichst kostengünstig auszugestalten.

(2) Das Recht, die Qualität und Rechtzeitigkeit der Leistung auch durch Beschäftigung eigener Ersatzkräfte sicherzustellen, bleibt unberührt.

(1) Die Alterskasse überprüft die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der Betriebs- und Haushaltshilfe mindestens kalenderjährlich auf der Grundlage der vom LSV-SpV zur Verfügung gestellten statistischen Auswertungen.

(2) Erreicht der Mehraufwand eine erheblich über dem Durchschnitt liegende Größenordnung, ist die Ursache festzustellen. Unwirtschaftlich ist die Leistung insbesondere dann, wenn die Mehraufwendungen sich nicht mehr durch strukturelle Unterschiede oder abweichendes Antragsverhalten erklären lassen. Die Alterskasse hat unverzüglich ihre Verwaltungspraxis zu überprüfen und die erforderlichen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Wirtschaftlichkeit einzuleiten.

Nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres prüfen die Alterskassen, ob die Inanspruchnahme anderer Stellen für die Gestellung von Ersatzkräften bei der Erbringung von Betriebs- oder Haushaltshilfe wirtschaftlich ist. Die Vereinbarungen mit anderen Stellen sind unter der Einschränkung zu schließen, dass die Vereinbarungen mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden können, wenn die Aufgabenübertragung unwirtschaftlich ist.

3. Unterabschnitt Betriebs- und Haushaltshilfe § 83 Gestellung von Ersatzkräften

Abschnitt XIII Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze § 84 Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 85 Vereinbarungen mit anderen Stellen

§ 86 Meldepflichten

(1) Die Alterskassen sind verpflichtet, die vom LSV-SpV-geforderten statistischen Daten zeitnah zu melden.

(2) Die Alterskassen legen dem LSV-SpV ihren Haushaltsplan in der von der Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft genehmigten Fassung vor, soweit die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der Betriebs- und Haushaltshilfe betroffen sind.

(3) Der LSV-SpV erhält die Prüfberichte der Aufsichtsbehörden über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Betriebs- und Haushaltshilfe von den Alterskassen ohne Aufforderung zur Kenntnisaufnahme.

§ 87 Sicherstellung einer einheitlichen Leistungserbringung

(1) Der LSV-SpV hat im Rahmen des § 80 Abs. 3 ALG sicherzustellen, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der Betriebs- und Haushaltshilfe dem Umfang und den Kosten nach einheitlich erbracht werden.

(2) Der LSV-SpV bestimmt den zu seiner Aufgabenerfüllung notwendigen Umfang der zu meldenden statistischen Daten.

Die Richtlinien wurden nach § 10 Abs. 4, § 36 Abs. 4, § 37 Abs. 5 und § 39 Abs. 3 ALG von der Vertreterversammlung des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen am 11. November 1994 beschlossen.

Sie treten am 1. Januar 1995 in Kraft.

Beschlossen von der Vertreterversammlung des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen am 11. November 1994.

Die Richtlinien gelten ab 01.01.2009 in der Fassung des am 28. Januar 2009 von der Vertreterversammlung des LSV-SpV beschlossenen Zehnten Nachtrages.

**Abschnitt XIV
In-Kraft-Treten
§ 88**