

# Vorarlberger Gebietskrankenkasse

## RICHTLINIEN 2010

für die Leistungen der Krankenversicherung zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG sowie Abschnitt 7 der Krankenordnung 2007) und zur Krankheitsverhütung (§ 156 ASVG)

### Sprachliche Gleichbehandlung

**§ 1.** Wenn in dieser Richtlinie personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, gelten sie für Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

### Allgemeines

**§ 2.** (1) Die Kasse erbringt im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel als freiwillige Leistungen gem. § 155 ASVG Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und gem. § 156 ASVG Maßnahmen der Krankheitsverhütung nach Maßgabe dieser Richtlinien. Ziel dieser Leistungen ist es, die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, nachhaltig zu festigen oder zu bessern.

(2) Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit umfassen:

1. Einweisungen in Kuranstalten und Genesungseinrichtungen bzw. Zuschüsse, wenn eine Einweisung nicht möglich ist.
2. Zuschüsse für Kinder (§ 123 ASVG) und Waisenpensionisten zu Genesungs- und Meeresaufenthalten.
3. Zuschüsse zu Aufenthalten am Toten Meer.

(3) Maßnahmen der Krankheitsverhütung umfassen Zuschüsse

1. zur Versiegelung von kariesfreien Fissuren an bleibenden Backenzähnen (Molaren) und
2. zu Erholungsaufenthalten für pflegende Angehörige.

(4) Auf diese Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Krankheitsverhütung besteht kein Rechtsanspruch.

(5) Fallen solche Leistungen grundsätzlich bzw. auch in den Zuständigkeitsbereich eines Pensions- bzw. Unfallversicherungsträgers (Richtlinien des Hauptverbandes für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge (RRK)) oder des Bundessozialamtes, so hat die Kasse diesbezügliche Anträge entweder an den (auch) zuständigen Rechtsträger weiterzuleiten oder den Antragsteller dorthin zu verweisen.

(6) Ist die Maßnahme nach dem Urteil des Vertrauensarztes im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder als rehabilitative Maßnahme notwendig, so erfolgt - nach Maßgabe der verfügbaren Kapazität - eine Einweisung. Bei fehlender Kapazität und in allen anderen Fällen medizinischer Notwendigkeit wird ein Zuschuss zu den Aufenthalts- und Behandlungskosten bezahlt.

Voraussetzungen für eine Leistung sind

- ein Antrag des Versicherten mit begründeter ärztlicher Stellungnahme,
- eine vertrauensärztliche Befürwortung und
- eine Bewilligung seitens der Kasse.

(7) Die Bewilligung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit kann von Bedingungen abhängig gemacht werden und gilt längstens bis zum Ablauf des darin festgelegten Zeitraumes.

(8) Leistungen zur Festigung der Gesundheit werden in der Regel innerhalb von fünf Jahren nur zweimal erbracht. In medizinisch begründeten Fällen können innerhalb des genannten Zeitraumes von 5 Jahren weitere unbedingt notwendige und dringende Maßnahmen bewilligt werden.

(9) Zuschüsse für Kur-, Genesungs- und Meeresaufenthalte werden in der Regel nur geleistet, wenn die in den Richtlinien angeführte Mindestaufenthaltsdauer nicht unterschritten bzw. ein von der genehmigten Aufenthaltsdauer abweichender Zeitraum vertrauensärztlich bestätigt wird.

(10) Die Auszahlung der Zuschüsse erfolgt nach Beendigung des Aufenthaltes gegen Vorlage der bezahlten Originalrechnung. Die Aufenthaltsdauer ist durch geeignete Nachweise zu belegen (z.B. Bescheinigung der Kurverwaltung oder des Meldeamtes). Bei Kurkostenzuschüssen ist darüber hinaus eine Bescheinigung der jeweiligen Kureinrichtung über die verabreichten Kuranwendungen erforderlich.

(11) In Fällen medizinischer Notwendigkeit kann bei einer Maßnahme zur Festigung der Gesundheit eine Begleitperson bewilligt werden. Gegebenenfalls werden für diese die Aufenthaltskosten (Unterkunft, Ver-

pflege, Kurtaxe) bis höchstens zum Ausmaß der für den Aufenthalt des Leistungsempfängers erwachsenen Kosten ersetzt.

### **Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

#### **§ 3. (1) Einweisungen**

Bei einer Einweisung in eine Vertragseinrichtung werden von der Kasse die gesamten Kosten eines mindestens 12-tägigen Aufenthaltes übernommen. In begründeten Fällen kann über Befürwortung des Vertrauensarztes eine Verlängerung des bewilligten Aufenthaltes bis zu max. 28 Tagen erfolgen. Soweit gemäß § 155 Abs. 3 ASVG bzw. nach den einschlägigen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (§ 31 Abs. 5 Z 27 ASVG) Zuzahlungen vorgesehen sind, sind diese vor Antritt des Aufenthaltes an die Kasse zu entrichten.

##### 1. Kuraufenthalt

Es sind die Kosten des Aufenthaltes, der Kuranwendungen, die kurärztlichen Leistungen sowie sonstige Leistungen (zB Kurtaxe) im vertraglich geregelten Ausmaß abgedeckt.

##### 2. Genesungsaufenthalt

Die Kasse übernimmt die Aufenthaltskosten (Unterkunft und Verpflegung).

#### **(2) Zuschüsse**

Ist eine Unterbringung in einer Vertragseinrichtung nicht möglich bzw. nicht sinnvoll, so kann die Kasse statt dessen einen täglichen Zuschuss leisten. Die Dauer des Aufenthaltes muss in der Regel mindestens 11 Tage (höchstens jedoch 28 Tage) betragen, wobei An- und Abreisetag bei Zuschüssen nach Z 1. bis 4. als 1 Tag gerechnet wird.

Sofern die Kur- bzw. Genesungseinrichtung umsatzsteuerpflichtig ist, erhöhen sich die Zuschüsse nach Z 1. und 3. um die anteilige Umsatzsteuer.

Für die Bemessung der Zuschüsse nach Z 1 und 2 sind die wirtschaftlichen Verhältnisse (Familieneinkommen unter Ausgleichzulagenrichtsatz) zu berücksichtigen.

In medizinisch besonders berücksichtigungswürdigen Einzelfällen können Zuschüsse nach Z.2 und 3 bis zu 80 Prozent der jeweiligen täglichen Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung geleistet werden.

##### 1. Genesungsaufenthalt

Zuschüsse in Höhe von € 11,-- oder € 15,-- werden für Kinder (§ 123 ASVG) und Waisenpensionisten im Inland geleistet.

##### 2. Meeresaufenthalt

Zuschüsse in Höhe von € 11,-- oder € 15,-- werden für Kinder (§ 123 ASVG) und Waisenpensionisten geleistet.

Für Aufenthalte am Toten Meer leistet die Kasse bei entsprechender medizinischer Begründung auch Zuschüsse für Erwachsene.

##### 3. Kurkostenzuschuss

Kurkostenzuschüsse werden in der Regel nur für Kuraufenthalte im Inland geleistet. Der tägliche Zuschuss beträgt € 27,--. Damit sind sämtliche anfallenden Kosten abgegolten.

##### 4. Zuschuss zu Kuranwendungen im Inland (Inlandskurpauschale)

Für Kuranwendungen im Inland leistet die Kasse einen Zuschuss von € 15,-- pro Tag, an dem tatsächlich Anwendungen in Anspruch genommen wurden.

Die Inlandskurpauschale gebührt jedoch nur, sofern kein Zuschuss gem. Z 1 bis 3 geleistet wird.

##### 5. Zuschuss zu Kuranwendungen im Ausland (Auslandskurpauschale)

Für Kuranwendungen, die im Ausland in Anspruch genommen werden, leistet die Kasse pro Anwendung einen Zuschuss von € 4,20 maximal jedoch für 20 Anwendungen. Kein Zuschuss wird geleistet, wenn die für die Krankenversicherung maßgebende Beitragsgrundlage des Versicherten den doppelten Einzelausgleichszulagenrichtsatz übersteigt.

Zu kurärztlichen Leistungen wird kein Zuschuss geleistet.

### **Fahrt- und Transportkosten**

**§ 4.** Fahrt- und Transportkosten werden weder bei Einweisungen noch bei Zuschüssen übernommen.

### **Krankheitsverhütung**

#### **§ 5. (1) Zahnprophylaxe**

Für die Versiegelung von kariesfreien Fissuren an bleibenden Backenzähnen (Molaren) leistet die Kasse einen Zuschuss. Dieser beträgt – pro behandeltem Zahn – € 15,12 (2009). Der Zuschuss verändert sich entsprechend der durchschnittlichen Änderung der Tarife nach der jeweils geltenden Bundeshonorarordnung für die Vertragszahnärzte.

(2) Erholungsaufenthalte für pflegende Angehörige

Die Kasse übernimmt für die gemeinsam mit dem Land Vorarlberg und der Arbeiterkammer für Vorarlberg durchgeführten Erholungsaufenthalte für pflegende Angehörige die Unterbringungskosten. Diese werden maximal jährlich für eine Dauer von sieben Tagen bezahlt.

**Wirksamkeitsbeginn**

**§ 6.** Diese Richtlinien treten mit 01.01.2010 in Kraft und treten an die Stelle der bisher geltenden Richtlinien. Die neuen Richtlinien gelten für alle Fälle mit Antragstellung ab 01.01.2010.

\*

Diese Richtlinien wurden vom Vorstand der Vorarlberger Gebietskrankenkasse in der Sitzung vom 13. Oktober 2009 beschlossen.

Der Obmann:

**Brunner**

Der leitende Angestellte:

**iV Simma**