Leistungsbereich	Aktuelle Regelungen in den AVB	Leistungspraxis
Leistungen für Heilmittel		
Werden Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie erstattet?	Nicht in den AVB geregelt	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien sind im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Leistet die HUK-COBURG auch für Ergotherapie?	Nicht in den AVB geregelt	Ergotherapeutische Behandlungen sind im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Leistungen für Hilfsmittel		
Werden auch über die Leistungen für einen elektronischen Kehlkopf hinaus Kosten für Sprechhilfen übernommen?	§ 4, Buchstabe f, Teil II Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 €, Bandagen, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, ferner die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, orthopädischen Schuhe und Einlagen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines Hilfsmittels. Sehhilfen siehe Ziffer n).	Kosten für Sprachausgabegeräte sind bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Welche Kosten werden für Stoma-/ Traccheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel übernommen?	Nicht in den AVB geregelt	Stoma-Artikel und – Tracheostoma-Artikel (Überwachungsmonitore, CPAP-Geräte, Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Sauerstoffkonzentratore, Babyüberwachungsgeräte) und – Inkontinenz-Artikel sind bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Wie sieht es mit der Leistung für Prothesen aus?	§ 4, Buchstabe f, Teil II Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 €, Bandagen, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, ferner die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, orthopädischen Schuhe und Einlagen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines Hilfsmittels. Sehhilfen siehe Ziffer n).	Körperersatzstücke und Prothesen sind bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Werden Kunstaugen erstattet?	§ 4, Buchstabe f, Teil II Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 €, Bandagen, Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, ferner die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, orthopädischen Schuhe und Einlagen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines Hilfsmittels. Sehhilfen siehe Ziffer n).	Körperersatzstücke und Kunstaugen sind bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Leistet die HUK-COBURG für Blindenhilfsmittel wie z.B. Blindenstock, Blindenleitgerät oder Blindenführhund?	Nicht in den AVB geregelt	Bei medizinischer Notwendigkeit sind Blindenhilfsmittel im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.

AP00170, Stand: 01.2012

HUK-COBURG
Krankenversicherung

Informationen zur Leistungspraxis in den Tarifen A0, A150, A300, A600, A1200, A2000, SE, SM

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

die medizinische Versorgung verbessert sich in einem rasanten Tempo. Permanent kommen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Einsatz, die zum Teil in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen* nicht explizit genannt werden, für die wir aber bei medizinischer Notwendigkeit trotzdem leisten. Mit diesem Schreiben zeigen wir Ihnen unsere Erstattungspraxis auf und konkretisieren damit unser Leistungsversprechen.

Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Rufen Sie uns an unter der Telefonnummer 09561 96-3333.

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihr Vertrauen in die HUK-COBURG Krankenversicherung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
HUK-COBURG-Krankenversicherung

*) Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB):
Musterbedingungen = Teil I; Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG = Teil II; Tarifbestimmungen: Krankheitskostentarife = Teil III

Leistungsbereich	Aktuelle Regelungen in den AVB	Leistungspraxis
Auslandsaufenthalte		
Besteht die Möglichkeit seinen Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland zu verlängern?	§ 1, Abs. 2, Teil II Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu 2 Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus, längstens aber für weitere 2 Monate.	Sie können Ihren Versicherungsschutz auf Antrag gegen Beitragszuschlag verlängern.
Verlängert sich auch der Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland?	Tarife A0, A300, A600, A1200, A2000 für ambulante Heilbehandlung, Abschnitt I, Buchstabe c, Teil III Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (bis zu 2 Monaten) übernehmen wir den medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus, wenn der Versicherte im Ausland akut und unvorhergesehen erkrankt oder im Ausland verunfallt. Dies gilt auch bei einer akuten und unvorhergesehenen Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung. Hierfür bieten wir einen 24-Stunden-Notrufservice an. Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde. Soweit für den Rücktransport ein Dritter leistungspflichtig ist, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.	Bei Verlängerung des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland wird auch der medizinisch notwendige Rücktransport für Sie mit verlängert.

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Werner Strohmayr.
Vorstand: Dr. Wolfgang Weiler, Wolfgang Flaßhoff, Stefan Gronbach, Klaus-Jürgen Heitmann, Dr. Hans Olav Herøy, Jörn Sandig.
Sitz der Aktiengesellschaft: Coburg; eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 1537; St.-Nr. 9212/101/00021

Leistungsbereich	Aktuelle Regelungen in den AVB	Leistungspraxis
Ambulante Leistungen		
Wird für ambulante Operationen geleistet, die eine stationäre Behandlung ersetzen?	Nicht in den AVB geregelt.	Sie erhalten die tariflichen Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Leistet die HUK-COBURG auch für alternative Heilmethoden, wie z.B. Akupunktur?	§ 4, Abs. 6, Teil I Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.	Auch die im Hufelandverzeichnis aufgeführten alternativen Behandlungsmethoden (Akupunktur, Akupressur, Ausleitende Verfahren, Bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie, Shiatsu) sind im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Sind Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel usw. in jedem Fall ausgeschlossen?	§ 4, Buchstabe d, Teil II Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und ähnliches.	Bei medizinischer Notwendigkeit sind Leistungen für Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, soweit sie zur gezielten Behandlung eingesetzt werden (z. B. von lebensbedrohlichen gesundheitlichen Schäden bei schweren Erkrankungen wie Morbus Chron und Mukoviszidose) im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.
Wann werden die Transportkosten zum Arzt oder ins Krankenhaus erstattet?	§ 4, Buchstabe a, Teil II Als ärztliche Leistungen gelten die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbaren Leistungen. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Arztes erstattet. Erstattet werden auch Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus.	Fahrten zu und von einer Dialysebehandlung/Chemo- oder Strahlentherapie zum nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus sind im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattungsfähig.

Leistungsbereich	Aktuelle Regelungen in den AVB	Leistungspraxis
Stationäre Leistungen		
Wird für Anschlussheilbehandlungen geleistet?	Nicht in den AVB geregelt	Sollte der Rentenversicherungsträger Leistungen für Anschlussheilbehandlungen ablehnen, werden die Kosten der Behandlung inklusive Unterkunft und Verpflegung im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattet. Des Weiteren bestehen auch kein Mindestaufenthalt und keine Vorgabe, wann die Anschlussheilbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt beginnen muss; ein allgemeiner zeitlicher Zusammenhang zum Akutaufenthalt muss jedoch nachvollziehbar sein.
Wann ist eine Leistungszusage für die Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten nicht erforderlich?	§ 4, Abs. 5, Teil I Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.	Sie erhalten die tariflichen Leistungen bei einer Notfalleinweisung und/oder wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in Ihrer Umgebung ist und ausschließlich eine medizinisch notwendige Heilbehandlung durchgeführt wird, die einen stationären Aufenthalt erfordert.
Ist auch eine nachträgliche Prüfung bzgl. der Erstattung von Aufwendungen in Heilstätten/gemischten Anstalten möglich?	Siehe oben	Prinzipiell ist auch eine nachträgliche Prüfung zur Kostenübernahme für Sie möglich, wenn es zuvor versäumt wurde, eine schriftliche Zusage einzuholen.
Wie lange erfolgt eine Leistung im Falle einer stationären Psychotherapie?	§ 4, Buchstabe c, Teil II Psychotherapie Aufwendungen für ambulante Psychotherapie werden nur erstattet, soweit sie von einem Arzt oder einem im Arztregister eingetragenen approbierten Psychotherapeuten durchgeführt wird. Diese Aufwendungen werden nur erstattet, wenn sie gemäß der jeweiligen Gebührenordnung berechnet werden und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten. Aufwendungen für Psychotherapie werden höchstens für 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.	Grundsätzlich prüft die HUK-COBURG zunächst, ob es sich um Psychiatrie oder Psychotherapie handelt. Im Falle einer Psychiatrie erhalten Sie die tarifliche Leistung ohne eine zeitliche Beschränkung. Bei stationärer Psychotherapie werden höchstens 30 Behandlungstage je Kalenderjahr berücksichtigt.
Wann und unter welchen Voraussetzungen werden Kosten einer Mitaufnahme im Krankenhaus erstattet, wenn Kinder stationär behandelt werden müssen (»Rooming-in«)?	Nicht in den AVB geregelt	Kosten werden für Sie im Rahmen der Tarifbestimmungen übernommen, sobald es sich um eine medizinisch notwendige Mitaufnahme handelt.
Gibt es Einschränkungen der Kostenübernahme bei der Mitaufnahme im Krankenhaus?	Nicht in den AVB geregelt	Es gibt für Sie keine Einschränkungen bzgl. des Alters, der Aufenthaltsdauer oder der maximalen Summe.
Werden Kosten für eine stationäre Entziehungs- oder Entwöhnungsmaßnahme übernommen?	§ 5, Abs. 1 b, Teil I Keine Leistungspflicht besteht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.	Leistungen für die Entgiftung werden im Rahmen der Tarifbestimmungen erstattet.