



Anlage SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser (GN312060_202301)

Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Versicherungsbedingungen. Wir listen Ihnen damit die versicherten schweren Erkrankungen sowie die sonstigen versicherten Leistungsauslöser auf.

Bei den derzeit praxisrelevantesten schweren Erkrankungen, nämlich

- invasiv wachsender Krebs (Ziffer I.2.),
- Herzinfarkt (Ziffer II.9.),
- Schlaganfall (Ziffer II.14.) und
- Multiple Sklerose (Ziffer IV.29.)

stellen wir Ihnen einen 2-stufigen Versicherungsschutz zur Verfügung: Unter jeweils näher bezeichneten Voraussetzungen (siehe Ziffern I.3., II.10., II.15. und IV.30.) besteht gegebenenfalls Anspruch auf eine versicherte Teilsumme (50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR), obwohl der eigentliche Versicherungsfall nicht bzw. noch nicht vorliegt. Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer Teilsumme nicht beendet, sondern mit der restlichen Versicherungssumme fortgeführt. Bitte beachten Sie: Teilsummen für Kinder und Jugendliche gelten nur dann, wenn das Kind selbst versicherte Person ist (§ 1 AVB), nicht hingegen im Rahmen einer automatischen Mitversicherung des Kindes (§ 2 AVB).

Nur für folgende Erkrankungen bzw. Leistungsauslöser besteht eine Wartezeit im Sinne von § 1 Absatz 4 AVB:

- Invasiv wachsender Krebs (Ziffern I.2. u. I.3.): 6 Monate
- Angioplastie (Ziffer II.4.): 3 Monate
- Bypass-Operation (Ziffer II.5.): 3 Monate

Im Rahmen der automatischen Mitversicherung von Kindern (§ 2 AVB) besteht eine Wartezeit von jeweils 6 Monaten. Diese Wartezeit kommt dann nicht zum Tragen, wenn ein leibliches Kind erst später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird. Denn wir bieten für mitversicherte Kinder schon ab der Geburt Versicherungsschutz. Und die Wartezeit beginnt bei leiblichen Kindern nicht erst mit der Geburt, sondern bereits mit Versicherungsbeginn.

Bei einigen schweren Erkrankungen bzw. sonstigen Leistungsauslösern haben wir klargestellt, dass die Erkrankung nicht versichert ist, wenn sie mittelbar oder unmittelbar durch

- Alkoholmissbrauch,
- Drogenkonsum oder
- eine absichtliche Vergiftung

ausgelöst wurde. Drogenkonsum meint hierbei den Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten).

Diese klarstellenden Hinweise lassen § 5 AVB unberührt, d. h. für alle schweren Erkrankungen (bzw. sonstigen Leistungsauslöser) gelten die Ausschlüsse nach § 5 AVB unverändert.

Inhaltsübersicht zu Anlage SEL

I. Gut- und bösartige Tumore

1. Gutartiger Hirntumor
2. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
3. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für Teilsumme

II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

4. Angioplastie
5. Bypass-Operation
6. Erste Operation an den Herzklappen
7. Konstriktive Perikarditis
8. Kardiomyopathie
9. Herzinfarkt - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
10. Herzinfarkt - Voraussetzungen für Teilsumme

11. Herztransplantation
12. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)
13. Operiertes Gehirneurysma
14. Schlaganfall - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
15. Schlaganfall - Voraussetzungen für Teilsumme

III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

16. Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion
17. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)
18. Schwere Erkrankung der Lunge
19. Schwere Leberfunktionsstörung
20. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen
21. Systemischer Lupus erythematosus
22. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)



IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

23. Akute bakterielle Meningitis
24. Alzheimer Erkrankung vor dem 67. Geburtstag
25. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)
26. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)
27. Familiäre Motoneuronerkrankung (MND)
28. Kinderlähmung
29. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
30. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für Teilsumme
31. Multisystematrophie (MSA)
32. Muskeldystrophie
33. Offene Operation im Gehirn
34. Parkinson-Krankheit
35. Progressive supranukleäre Blickparese
36. Primäre Lateralsklerose (PLS)
37. Progressive Bulbärparalyse
38. Progressive spinale Muskelatrophie
39. Querschnittslähmung
40. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger)

V. Verletzungen

41. Amputation eines Armes oder Beines
42. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines
43. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung
44. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns
45. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

46. Aplastische Anämie
47. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
48. Fortgeschrittene Hepatitis C und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten
49. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
50. Knochenmark-Transplantation

VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

51. Koma
52. Pflegebedürftigkeit 15. bis 67. Geburtstag
53. Verlust der Sprache
54. Verlust des Hörens (Taubheit)
55. Verlust des Sehens (Blindheit)

I. Gut- und bösartige Tumore

1. Gutartiger Hirntumor

Versichert ist die erste Diagnose eines gutartigen Tumors (Neubildung von Gewebe) im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder des Rückenmarks.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund des gutartigen Tumors besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Schwere Schluckstörungen mit der Unfähigkeit, Flüssigkeiten ohne Verschlucken zu sich zu nehmen (Dysphagie)
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychi-

schen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

2. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose eines invasiv wachsenden Krebses. Invasiv wachsend ist der Krebs bei Vorliegen eines unkontrollierten Wachstums bösartiger Zellen, die dabei in gesundes Gewebe eindringen, dieses zerstören sowie streuen (metastasieren) können. Versichert sind auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkerkrankungen.

Nicht versichert sind:



- Tumore, die nicht eindeutig bösartig sind (Prä maligne Tumore und Borderline Tumore)
- Alle Formen von Hautkrebs außer dem malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs)
- Frühformen von Krebs (Carcinoma in situ (cis))

Leistungsvoraussetzungen:

Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund des invasiv wachsenden Krebses mindestens eine der folgenden Therapieformen medizinisch notwendig ist:

- Operation mit begleitender Chemo- und/oder Strahlentherapie
- Chemotherapie
- Strahlentherapie bei inoperablen Tumoren
- Palliative Therapie (Therapie bei Krebserkrankungen, bei denen keine Heilung möglich ist)

Die Erkrankung und deren medizinische Therapienotwendigkeit müssen durch einen entsprechenden Facharzt anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Wartezeit:

Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 4 AVB) von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist ein invasiv wachsender Krebs, der innerhalb der Wartezeit diagnostiziert wird. Auf die Therapieform und/oder deren medizinische Notwendigkeit kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

3. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für Teilsumme

Wir leisten eine Teilsumme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, wenn statt der unter Ziffer I.2. genannten Therapienotwendigkeiten mindestens eine der folgenden Therapieformen medizinisch notwendig ist:

- Operative Totalentfernung des Tumors
- Strahlentherapie

Alle sonstigen unter Ziffer I.2. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsumme.

II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

4. Angioplastie

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Aufweitung mindestens zweier zu jeweils mehr als 70 % verengter Herzkranzgefäße durch eine Herzkatheteruntersuchung.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Aufweitung der Herzkranzgefäße durch eine Herzkatheteruntersuchung muss erfolgt sein. Die Operation, deren medizinische Notwendigkeit und der Grad der Verengung müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

Wartezeit:

Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 4 AVB) von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist eine Angioplastie (Aufweitung), für deren medizinische Notwendigkeit sich bereits innerhalb der Wartezeit Hinweise (z. B. Beschwerden) ergaben. Auf den Zeitpunkt der Durchführung der Angioplastie kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

5. Bypass-Operation

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation am Herzen, bei der mindestens ein Bypass aufgrund einer Herzkranzgefäßverengung eingesetzt wird und die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- Eröffnung des Brustkorbs mittels Durchtrennen des Brustbeins
- Eröffnung des Herzbeutels

Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Kardiologie, für Herzchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

Wartezeit:

Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 4 AVB) von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist eine Bypass-Operation, für deren medizinische Notwendigkeit sich bereits innerhalb der Wartezeit Hinweise (z. B. Beschwerden) ergaben. Auf den Zeitpunkt der Durchführung der Bypass-Operation kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

6. Erste Operation an den Herzklappen

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation (offen sowie endoskopisch) an mindestens einer Herzklappe, um diese zu reparieren oder zu ersetzen, wenn zuvor noch keine Operation an dieser oder einer anderen Herzklappe erfolgte.

Nicht versichert sind die reine Aufweitung einer Herzklappe (Ballondilatation) und die Rotablation von Herzklappen.

Leistungsvoraussetzungen:



Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit sowie das Fehlen vorausgegangener Herzklappenoperationen müssen durch einen Facharzt für Kardiologie, für Herzchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

7. Konstriktive Perikarditis

Versichert ist die erste Diagnose einer konstriktiven Perikarditis als Folge einer akuten Perikarditis mit entsprechendem narbigen Umbau (Fibrose und Kalzifikation = Verkalkung) des Herzbeutels (Perikards).

Leistungsvoraussetzungen:

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

- Dauerhafte Einschränkung der Herzfunktion mit reduzierter Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %)
- Medizinische Notwendigkeit der operativen (Teil-)Entfernung des Herzbeutels und erfolgte Durchführung der Operation

Die Erkrankung, die Einschränkung und die medizinische Notwendigkeit der operativen (Teil-)Entfernung sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

8. Kardiomyopathie

Versichert ist die erste Diagnose einer Kardiomyopathie.

Nicht versichert sind Herzvergrößerungen, Myokarditis, erworbene Kardiomyopathien oder ähnliche Krankheitsbilder, die mittelbar oder unmittelbar durch Vergiftung, Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurden. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten im Ruhezustand Luftnot oder andere Beschwerden gemäß klinischen Stadiums NYHA III vorliegen. Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

9. Herzinfarkt - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose eines frisch aufgetretenen Herzinfarkts (Stemi und Non-Stemi).

Nicht versichert sind Angina pectoris und Entzündungen des Herzmuskels.

Leistungsvoraussetzungen:

Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund des frisch aufgetretenen Herzinfarkts nach dessen Auftreten und während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten eine Herzleistungsschwäche in Form einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %) besteht.

Der Herzinfarkt und die deswegen eintretende Herzleistungsschwäche sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

10. Herzinfarkt - Voraussetzungen für Teilsomme

Wir leisten eine Teilsomme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, nach einem frisch aufgetretenen Herzinfarkt, ohne dass die unter Ziffer II.9. beschriebene Herzleistungsschwäche vorliegen muss.

Alle sonstigen unter Ziffer II.9. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsomme.

11. Herztransplantation

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation des Herzens.

Leistungsvoraussetzungen:

Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird. Die medizinische Notwendigkeit der Herztransplantation muss durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme auf eine international anerkannte Warteliste für Organtransplantationen nachgewiesen werden.

12. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)



Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation an der Körperschlagader (Aorta) aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung, bei der eine Öffnung des Bauchraums oder des Brustkorbs mit anschließendem direkten Eingriff an der Körperschlagader erfolgt.

Nicht versichert sind operative Eingriffe mittels eines Katheters oder Endoskops sowie Eingriffe an den von der Körperschlagader abgehenden Gefäßen.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Gefäßchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

13. Operiertes Gehirnaneurysma

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit der operativen Behandlung eines im Bereich des Gehirns liegenden Aneurysmas (Gefäßaufweitung einer Hirnschlagader) mit einem Mindestumfang von 25 Millimetern.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Neurologie, für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

14. Schlaganfall - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose eines neu aufgetretenen Schlaganfalls aufgrund einer Durchblutungsstörung oder einer Blutung, jeweils im Bereich des Gehirns.

Nicht versichert sind transitorische ischämische Attacken (TIA) und Migräneerkrankungen.

Leistungsvoraussetzungen:

Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund des Schlaganfalls nach dessen Eintritt und während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten besteht:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust der Wahrnehmung der betroffenen Körperseite (Agnosie)

- Schwere Schluckstörungen mit der Unfähigkeit, Flüssigkeiten ohne Verschlucken zu sich zu nehmen (Dysphagie)
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

15. Schlaganfall - Voraussetzungen für Teilsumme

Wir leisten eine Teilsumme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, wenn die unter Ziffer II.14. genannten Einschränkungen nicht vorliegen.

Alle sonstigen unter Ziffer II.14. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsumme.

III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

16. Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion

Versichert ist die erste Diagnose eines Ausfalls der Bauchspeicheldrüsen-Funktion.

Nicht versichert ist ein dauerhafter Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion, der mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Der Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion ist dauerhaft und aufgrund dessen liegt während der Versicherungsdauer ein vollständiger Verlust aller nachfolgenden Funktionen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten vor:

- Verdauung von Fett
- Verdauung von Eiweiß
- Blutzuckerregulation (Entstehung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus)



Die Erkrankung, der Verlust der Funktionen und dessen Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

17. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)

Versichert ist die erste Diagnose eines fortgeschrittenen Rheumas (rheumatoide Arthritis).

Leistungsvoraussetzungen:

Das fortgeschrittene Rheuma (rheumatoide Arthritis) schreitet weiter fort und aufgrund dessen bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine

gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, das weitere Fortschreiten, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Rheumatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

18. Schwere Erkrankung der Lunge

Versichert ist die erste Diagnose einer schweren Erkrankung der Lunge.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Erkrankung sind während der Versicherungsdauer die folgenden beiden Bedingungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten erfüllt:

- Der Lungenfunktionswert FEV1 liegt unter 40 % (FEV1 < 40 %).
- Eine dauerhafte Sauerstoffgabe ist medizinisch notwendig.

Die Erkrankung, die Bedingungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Pneumologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

19. Schwere Leberfunktionsstörung

Versichert ist die erste Diagnose einer fortgeschrittenen Lebererkrankung.

Nicht versichert sind eine Erkrankung der Leber und Leberfunktionsstörungen, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum oder durch eine von der versicherten Person absichtlich herbeigeführte Vergiftung ausgelöst wurden. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten). § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Lebererkrankung bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 2 der folgenden Funktionsstörungen, die nicht vollständig durch Medikamente beherrschbar sind:



- Dauerhafte Gelbsucht (Ikterus)
- Schwere Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen im Sinne einer leberbedingten Gehirnschädigung (hepatische Enzephalopathie)
- Wasseransammlungen im Bauchraum (Aszites)
- Krampfadern in der Speiseröhre oder im Magen (Varizen)
- Schwere Blutungsneigung durch eine dauerhafte Verringerung der durch die Leber gebildeten Gerinnungsbestandteile des Blutes (Quickwert < 40 %)

Die Erkrankung und die Funktionsstörungen sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

20. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen

Versichert ist die erste Diagnose eines nicht wiederherstellbaren Funktionsverlusts beider Nieren.

Nicht versichert ist ein Funktionsverlust beider Nieren, der mittelbar oder unmittelbar durch Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde. § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Es erfolgt eine regelmäßige Dialyse (Blutwäsche) und diese ist medizinisch notwendig. Die Erkrankung und die medizinische Notwendigkeit der regelmäßigen Dialyse müssen durch einen Facharzt für Nephrologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

21. Systemischer Lupus erythematoses

Versichert ist die erste Diagnose eines fortschreitenden systemischen Lupus erythematoses.

Leistungsvoraussetzungen:

Der fortschreitende systemische Lupus erythematoses besteht mit einer Beteiligung von mindestens 2 verschiedenen der folgenden Organe: Gehirn, Nieren, Herz, Lunge. Die Erkrankung und die Beteiligung von Organen müssen durch einen Facharzt für Rheumatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

22. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation der Leber, der Niere, der Lunge und/oder der Bauchspeicheldrüse.

Nicht versichert sind:

- Sogenannte Inselzelltransplantationen
- Organspenden der versicherten Person an eine dritte Person

Leistungsvoraussetzungen:

Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird. Die medizinische Notwendigkeit der Organtransplantation muss durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme in eine international anerkannte Warteliste für Organtransplantationen nachgewiesen werden.

IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

23. Akute bakterielle Meningitis

Versichert ist die erste Diagnose einer akuten bakteriellen Meningitis

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der akuten bakteriellen Meningitis besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
- Epilepsie
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des



Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

24. Alzheimer-Erkrankung vor dem 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung.

Nicht versichert ist eine Alzheimer-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde oder bei der lediglich der Verdacht auf eine Alzheimer-Erkrankung diagnostiziert bzw. bestätigt wird. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten). § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Alzheimer-Erkrankung muss vor der Vollendung des 67. Lebensjahrs der versicherten Person fachärztlich diagnostiziert worden sein. Aufgrund der Alzheimer-Erkrankung bestehen während der Versicherungsdauer und vor Vollendung des 67. Lebensjahrs mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit vor Vollendung des 67. Lebensjahrs und während der Versicherungsdauer, die einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen vor dem 67. Lebensjahr durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

25. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

Versichert ist die erste Diagnose einer amyotrophischen Lateralsklerose.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der amyotrophischen Lateralsklerose bestehen während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten Nervenfunktionsstörungen. Die Erkrankung, die Nervenfunktionsstörungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

26. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)

Versichert ist die erste Diagnose einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

27. Familiäre Motoneuronerkrankung (MND)

Versichert ist die erste Diagnose einer familiären Motoneuronerkrankung.

Leistungsvoraussetzungen:



Aufgrund der familiären Motoneuronerkrankung bestehen während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten Nervenfunktionsstörungen. Die Erkrankung, die Nervenfunktionsstörungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

28. Kinderlähmung

Versichert ist die erste Diagnose einer akuten Kinderlähmung.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der akuten Kinderlähmung müssen mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körper-

lichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Kinderlähmung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

29. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose einer Multiplen Sklerose.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Multiple Sklerose führt während der Versicherungsdauer zu Einschränkungen bzw. Ausfallerscheinungen.

Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund der Multiplen Sklerose mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten besteht:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.



Alternativ zum Vorliegen von mindestens einer der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

30. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für Teilsomme

Wir leisten eine Teilsomme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, wenn neurologische Ausfallerscheinungen aufgrund der Multiplen Sklerose bestehen, aber die unter Ziffer IV.29. genannten Einschränkungen nicht vorliegen. Alle sonstigen unter Ziffer IV.29. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsomme.

31. Multisystematrophie (MSA)

Versichert ist die erste Diagnose einer Multisystematrophie (MSA).

Leistungsvoraussetzungen:
Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

32. Muskeldystrophie

Versichert ist die erste Diagnose einer Muskeldystrophie.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der Muskeldystrophie besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Der Versicherte kann nicht mehr als 200 Meter am Stück auf ebenem Grund gehen.
- Der Versicherte kann nicht mehr als 6 Stufen ohne Festhalten oder Stehenbleiben gehen.
- Die Vitalkapazität der Lunge des Versicherten liegt unter 50 %.

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

33. Offene Operation im Gehirn

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation im Gehirn oder in anderen im Schädel liegenden Strukturen.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt und die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sein:

- Eröffnung des Schädels durch Entfernen eines Teils des Schädelknochens mit nachfolgender Manipulation von Strukturen innerhalb des Schädels
- Mindestens eine der folgenden Funktionseinschränkungen tritt nach der Operation auf und besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:
 - Vollständige Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
 - Querschnittslähmung
 - Tetraplegie
 - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
 - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
 - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
 - Epilepsie
 - Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Operation, deren medizinische Notwendigkeit, die Funktionseinschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

34. Parkinson-Krankheit

Versichert ist die erste Diagnose einer Parkinson-Krankheit.

Nicht versichert ist eine Parkinson-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde oder bei der lediglich der



Verdacht auf eine Parkinson-Erkrankung diagnostiziert bzw. bestätigt wird. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten). § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Parkinson-Krankheit bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

35. Progressive supranukleäre Blickparese

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven supranukleären Blickparese.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

36. Primäre Lateralsklerose (PLS)

Versichert ist die erste Diagnose einer primären Lateralsklerose.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der primären Lateralsklerose bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder



speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

37. Progressive Bulbärparalyse

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven Bulbärparalyse.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

38. Progressive spinale Muskelatrophie

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven spinalen Muskelatrophie.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

39. Querschnittslähmung

Versichert ist die erste Diagnose einer Querschnittslähmung.

Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Querschnittslähmung besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Funktionseinschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Vollständige Tetraplegie (Lähmung beider Arme und beider Beine)
- Vollständige Hemiplegie (Lähmung einer Körperseite)

- Vollständige Paraplegie (Lähmung der unteren Körperhälfte)

Die Querschnittslähmung und deren Dauer müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

40. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger)

Versichert ist die erste Diagnose einer Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger).

Leistungsvoraussetzungen:

Es ist zu unterscheiden, ob die Erkrankung vor oder nach Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert wird:

- i. Eine Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, die erstmals nach Vollendung des 4. Lebensjahrs aber vor Vollendung des 67. Lebensjahrs diagnostiziert wird, muss während der Versicherungsdauer und vor Vollendung des 67. Lebensjahrs mindestens zu einer der folgenden Einschränkungen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten führen:

- Unmöglichkeit des Gehens von mehr als 200 Metern über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel
- Auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße ist Essen oder Trinken ohne Hilfe einer anderen Person unmöglich.
- Verlust der Sprache
- Verlust der Funktion mindestens eines Armes oder Beines

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

- ii. Eine Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, die erstmals vor Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert wird, muss vor Vollendung des 5. Lebensjahrs und während der Versicherungsdauer mindestens zu einer der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 12 Monaten führen:

- Vollständiger Stillstand der kindlichen Entwicklung in den Bereichen motorische, kognitive, emotionale, soziale und sprachliche Entwicklung.



- Vollständiger und dauerhafter Verlust der bis dato erlangten Entwicklungsstufen der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung.

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

V. Verletzungen

41. Amputation eines Armes oder Beines

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit der Abtrennung (= Amputation) mindestens eines Armes oder Beines oberhalb des Ellenbogen- oder Kniegelenks.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Amputation muss erfolgt sein. Die Amputation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

42. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines

Versichert ist jeweils folgende erste Diagnose:

- Vollständiger Funktionsausfall mindestens eines Armes oder Beines.
- Komplette Abtrennung mindestens eines Armes oder Beines in Höhe des Oberarms oder Oberschenkels.

Leistungsvoraussetzungen:

Der Funktionsausfall darf nicht durch Hilfsmittel zu beheben sein. Der Funktionsausfall bzw. die Abtrennung muss durch einen Facharzt für Neurologie, für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

43. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung

Versichert ist jeweils folgende erste Diagnose:

- Verbrennung dritten Grades, die mindestens 20 % der Körperoberfläche betrifft
- Verätzung und/oder Erfrierung, die dem vorab genannten Schweregrad entspricht

Leistungsvoraussetzungen:

Die Verbrennung, Verätzung bzw. Erfrierung muss während der Versicherungsdauer erfolgt sein und durch einen

Facharzt für Dermatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

44. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns

Versichert ist die erste Diagnose einer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven.

Leistungsvoraussetzungen:

Es ist zu unterscheiden, ob die Verletzung vor oder nach Vollendung des 4. Lebensjahrs eingetreten ist:

- Aufgrund einer während der Versicherungsdauer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven, die nach Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert bzw. bestätigt wird, muss während der Versicherungsdauer ununterbrochen für einen Zeitraum von länger als 3 Monaten eine der folgenden Einschränkungen bestehen, die sich nicht bessern lässt:
 - Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
 - Querschnittslähmung
 - Tetraplegie
 - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
 - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
 - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
 - Epilepsie
 - Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Verletzung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie, für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards eindeutig diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

- Aufgrund einer während der Versicherungsdauer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven, die vor Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert bzw. bestätigt wird, muss während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 12 Monaten bestehen:



- Vollständiger Stillstand der kindlichen Entwicklung in den Bereichen motorische, kognitive, emotionale, soziale und sprachliche Entwicklung.
- Vollständiger und dauerhafter Verlust der bis dato erlangten Entwicklungsstufen der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung.

Die Verletzung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinderchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards eindeutig diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

45. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls (plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis).

Nicht versichert ist ein Unfall, der mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenermissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogenern (Medikamenten). § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Der Unfall ereignet sich während der Versicherungsdauer und innerhalb dieser liegt aufgrund des Unfalls mindestens eine der folgenden Einschränkungen vor:

- Tiefe Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Einflüsse von mehr als 4 Tagen, die nicht durch ein sogenanntes künstliches Koma (medizinisch beabsichtigt eingeleitetes Koma) verursacht wird.
- Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktionsfähigkeit von mindestens einem Arm oder einem Bein oberhalb (medial) des Ellenbogen- oder Kniegelenks.
- Schwere Kopfverletzung, die dauerhaft zu einem der folgenden Funktionsausfälle führt:
 - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
 - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
 - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
 - Epilepsie
 - Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer beste-

henden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Der Unfall und die Einschränkung sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

46. Aplastische Anämie

Versichert ist die erste Diagnose einer aplastischen Anämie mit Ausfall der körpereigenen Bildung von roten und weißen Blutkörperchen sowie der Blutplättchen.

Leistungsvoraussetzungen:

Die aplastische Anämie besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten. Die Erkrankung und deren Dauer müssen durch einen Facharzt für Hämatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

47. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit

Versichert ist die erste Diagnose einer Hepatitis C.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Hepatitis C ist fortgeschritten und erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund einer Verletzung oder des direkten Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der folgenden beruflichen Tätigkeiten:

- Personal in Gesundheits- und Heilberufen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte, medizinische Assistenten)
- Krankenhauspersonal
- Personal in medizinischen Labors
- Personal in Beerdigungsinstituten
- Personal der Rettungsdienste
- Personal der Feuerwehr
- Polizisten

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein.

- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Verletzung oder des Kontakts ein negativer Status für eine Hepatitis-C-Infektion vorlag
- Eindeutige Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker innerhalb der ersten 6 Monate nach der Verletzung oder dem Kontakt



- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch eine Verletzung oder den direkten Kontakt mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der genannten beruflichen Tätigkeiten verursacht wurde
- Schwerer durch Medikamente nicht beeinflussbarer Verlauf der Erkrankung mit fortschreitender Zerstörung der Leber in Form einer Leberzirrhose

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

48. Fortgeschrittene Hepatitis-C- und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten

Versichert ist die erste Diagnose einer Hepatitis-C-Infektion und/oder einer HIV-Infektion.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Hepatitis C und/oder HIV-Infektion ist fortgeschritten und erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund der medizinisch notwendigen Verabreichung eines Blutprodukts mittels Transfusion. Die Transfusion erfolgte während der Versicherungsdauer.

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Transfusion von Blutprodukten keine Infektion vorlag
- Eindeutige Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker innerhalb der ersten 6 Monate nach Transfusion
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch die Verabreichung eines Blutprodukts durch eine Transfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags verursacht wurde
- Bei Hepatitis C: schwerer, durch Medikamente nicht beeinflussbarer Verlauf der Erkrankung mit fortschreitender Zerstörung der Leber in Form einer Leberzirrhose

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin, für Transfusionsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

49. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit

Versichert ist die erste Diagnose einer HIV-Infektion.

Leistungsvoraussetzungen:

Die HIV-Infektion erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund einer Verletzung oder des direkten Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der folgenden beruflichen Tätigkeiten:

- Personal in Gesundheits- und Heilberufen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte, medizinische Assistenten)

- Krankenhauspersonal
- Personal in medizinischen Labors
- Personal in Beerdigungsinstituten
- Personal der Rettungsdienste
- Personal der Feuerwehr
- Polizisten

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch eine Verletzung oder den direkten Kontakt mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der genannten beruflichen Tätigkeiten verursacht wurde
- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Verletzung oder des Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten ein negativer Status für eine HIV-Infektion vorlag
- Nachweis, dass die Infektion innerhalb der ersten 6 Monate nach der Verletzung bzw. dem Kontakt aufgetreten ist

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

50. Knochenmark-Transplantation

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation des Knochenmarks.

Nicht versichert sind Knochenmarkspenden der versicherten Person an eine dritte Person.

Leistungsvoraussetzungen:

Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird.

Die Transplantationsnotwendigkeit muss durch einen Facharzt für Hämatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme in eine international anerkannte Warteliste für Knochenmark-Transplantationen nachgewiesen werden.

VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

51. Koma

Versichert ist die erste Diagnose einer ununterbrochenen, tiefen Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Einflüsse (Koma).

Nicht versichert ist ein künstliches Koma (medizinisch beabsichtigt eingeleitetes Koma).



Leistungsvoraussetzungen:

Das Koma liegt während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von mehr als 4 Tagen vor. Das Koma und dessen Dauer müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

52. Pflegebedürftigkeit 15. bis 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose der Pflegebedürftigkeit.

Leistungsvoraussetzungen:

Die Pflegebedürftigkeit muss erstmals nach Vollendung des 15., aber vor Vollendung des 67. Lebensjahrs fachärztlich festgestellt worden sein. Innerhalb dieses Zeitraums und während der Versicherungsdauer müssen mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Fortbewegen im Zimmer:
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit vor Vollendung des 67. Lebensjahrs, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebens-

führung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Pflegebedürftigkeit, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Geriatrie, für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

53. Verlust der Sprache

Versichert ist die erste Diagnose des vollständigen Verlusts der Fähigkeit zu sprechen.

Nicht versichert ist ein Verlust der Sprache, der unmittelbar oder mittelbar auf psychischen bzw. psychiatrischen Gründen beruht. § 5 AVB bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:

Folgende Bedingungen müssen sämtlich erfüllt sein:

- Der Verlust ist nachweislich durch eine Erkrankung oder Schädigung der Stimmbänder entstanden
- Der Verlust ist dauerhaft oder besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten
- Der Verlust ist nicht durch zumutbare Hilfsmittel zu bessern oder zu beheben.

Der Sprachverlust und dessen Dauer sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

54. Verlust des Hörens (Taubheit)

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts der Hörfähigkeit.

Leistungsvoraussetzungen:

Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten ein andauernder vollständiger Verlust der Hörfähigkeit beider Ohren vorliegen. Der Hörverlust für gesprochene Wörter (500 Hz bis 3 kHz) muss dabei auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel (≥ 80 dB) betragen und darf nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte) zu bessern sein. Der Hörverlust und dessen Ausmaß sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heil-



kunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

55. Verlust des Sehens (Blindheit)

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts der Sehfähigkeit.

Leistungsvoraussetzungen:

Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten ein andauernder vollständiger Verlust der Sehfähigkeit beider Augen vorliegen, der mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60.
- Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt.

Der Sehverlust und dessen Ausmaß dürfen nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Kontaktlinsen) zu bessern sein. Der Sehverlust, dessen Ausmaß und Dauer sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Augenheilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.