



AUSZUG AUS DEN VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN

**DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN
SCHWEREN KRANKHEITEN**

Stand Februar 2018

AUSZUG AUS DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN – DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN SCHWEREN KRANKHEITEN

Allgemeine Hinweise:

Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte/-innen im Sinne der Versicherungsbedingungen.

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (gegebenfalls auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

Versicherte schwere Krankheiten:

1 Herzinfarkt

Versichert ist das Auftreten eines Herzinfarktes, d. h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokardinfarkt) aufgrund der nachfolgend aufgeführten Anzeichen: Charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Enzyme z. B. der Troponine sowie mindestens eines der beiden folgenden Kriterien:

- typische klinische Symptome (zum Beispiel charakteristische Brustschmerzen) oder
- neue, charakteristische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).

Die Diagnose der vorgenannten Anzeichen und der Zeitpunkt des Auftretens müssen durch einen Kardiologen

nach den dann gültigen Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

STEMI Myokardinfarkte sind bis zum Ablauf der Versicherungsdauer versichert. Non-STEMI Myokardinfarkte sind innerhalb der Versicherungsdauer maximal bis zum 75. Geburtstag der versicherten Person versichert. Angina Pectoris (anfallsartiger Brustschmerz durch vorübergehende Durchblutungsstörung des Herzens) und andere akute Koronarsyndrome (Beschwerden des Herzens) sind ausgeschlossen.

2 Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Hirninfrakt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, hervorgerufen durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung. Beide führen zu einem Blut- und Sauerstoffmangel mit Absterben von Gehirnzellen und daraus resultierend zu neurologischen Störungen. Die Hirnzellen bleiben größtenteils irreversibel geschädigt.

Eines der folgenden Symptome muss über mindestens 3 Monate ununterbrochen vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen:

- halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie

oder

- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Die Diagnose muss durch einen Neurologen/Internisten/Intensivmediziner und mittels CCT oder MRT nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen sind vorübergehende neurologische Ausfallerscheinungen, z. B. im Rahmen einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

3 Krebs

Krebs bezeichnet eine bösartige Gewebsneubildung, bei der Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören. Die Diagnose Krebs im Sinne dieser Bedingungen umfasst auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen. Die Diagnose muss anhand eines feingeweblichen Nachweises durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Krebs zeichnet sich durch ein unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in gesundes Gewebe und dessen Zerstörung aus.

Folgende Erkrankungen sind ausgeschlossen:

- Carcinoma in situ, d. h. alle prämaligen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (z. B. CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0)
- Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO und T1b NO MO
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO, T1b NO MO und T2a NO MO
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome
- Alle anderen Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie ist durch einen gemäß § 28 Absatz 11 qualifizierten Arzt zu bestätigen.

Stadieneinteilungen und Klassifikationen gemäß der TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC oder der Klassifikation für Lymphomerkkrankungen nach Ann Arbor.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Krebs, der innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wird.

4 Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

Bei der Bypass-Operation am Herzen werden verengte oder verschlossene Abschnitte der Herzkranzgefäße (Koronararterien) überbrückt mit dem Ziel, die Durchblutung des Herzmuskels wiederherzustellen. Als Überbrückung dienen körpereigene Arterien der Brustwand oder Venen- oder Arterienstücke aus dem Unter- oder Oberschenkel bzw. künstliche Gefäße, die in die Herzkranzarterie eingenäht werden. Wenn nötig, können auch mehrere Bypässe angelegt werden. Die Operation wird bei ruhig gestelltem Herz mittels Herz-Lungen-Maschine oder am schlagenden Herzen durchgeführt.

Der operative Zugangsweg erfolgt entweder via Durchtrennung des Brustbeins (konventionelle Sternotomie) oder auf minimalinvasivem Wege ohne Sternotomie.

Folgende Befunde müssen vorliegen:

Myokardischämie und Angina-pectoris-Symptomatik **und** Vorliegen signifikanter proximaler Stenosen (>70%) eines oder mehrerer der folgenden Koronargefäße:

- linke Koronararterie (LCA)
- rechte Koronararterie (RCA)
- Ramus interventricularis anterior (RIVA)
- Ramus circumflexus (RCX)

oder

- Vorliegen einer signifikanten ($\geq 50\%$) linkskoronaren Hauptstammstenose

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Bypass-Operation am Herzen, welche innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes bezogen auf den erhöhten Teil, medizinisch notwendig wurde.

Eine Leistungspflicht besteht auch bei Vorliegen einer De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (<72 Stunden) Bypass-Operation gemäß den ESC-Guidelines in der dann gültigen Version. In diesem Fall erfolgt eine Leistung ohne Berücksichtigung der oben genannten dreimonatigen Wartezeit.

Die medizinische Notwendigkeit der Bypass-Operation aufgrund der Befunde ist mittels einer Koronarangiographie durch einen Kardiologen/Herzchirurgen oder durch einen bereits durchgeführten Eingriff unter Berücksichtigung der Wartezeit nachzuweisen.

5 Angioplastie am Herzen

Behandlung zur Korrektur von zwei oder mehreren zu mindestens 70 % verengten Herzkranzgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Angioplastie am Herzen, deren Notwendigkeit innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wurde.

Beispiele eingeschlossener Behandlungen sind:

- Percutane transluminale Coronarangioplastie (PTCA)
- Implantation von Metallgeflechtem (Stents)
- Atherektomie
- Laser

Sofern einer der o.g. Eingriffe erforderlich ist, um ein zu mindestens 70 % verengtes Herzkranzgefäß zu erweitern, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- a) 10.000 € oder
- b) 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

6 Aortenplastik

Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden. Beispiele versicherter Eingriffe sind Eingriffe an der Aortenbifurkation, chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma oder Aortendissektion. Ausgeschlossen sind das Einbringen von minimalinvasiven Stents und Eingriffe an den Seitenästen der Aorta.

7 Herzklappenoperation

Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt, um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen. Es besteht kein Versicherungsschutz für Ballondilatationen und Rotablationen an den Herzklappen.

8 Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Therapie schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (Einschränkung von Klasse IV gemäß NYHA*). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

*NYHA = New York Heart Association

9 Transplantation von Hauptorganen

Erfolgte vollständige Transplantation bzw. offizielle Registrierung auf der Warteliste für Transplantationen für Herz, Lunge, Leber, Nieren oder Bauchspeicheldrüse. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein.

10 Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

11 Fortgeschrittene Lebererkrankung

Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Hepatische Enzephalopathie
- Unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch)
- Permanente Gelbsucht
- Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Gastroenterologie nachgewiesen werden.

Fortgeschrittene Lebererkrankungen im Sinne dieser Definition, welche nachweislich durch Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch entstanden sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

12 Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

Endstadium einer Lungenerkrankung, die zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führt. Die Diagnose muss aufgrund folgender Befunde durch einen Arzt für Lungenerkrankheiten nachgewiesen werden:

- Eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie
- FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter
- Ruhedyspnoe
- Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mm Hg}$)

13 Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung

Fortschreitende Zerstörung des Bauchspeicheldrüsengewebes durch rezidivierende Entzündungen mit Verlust der Funktionen (Verdauung von Fett und Eiweiß, Blutzuckerregulation). Die Diagnose muss durch einen Arzt für innere Krankheiten nachgewiesen werden.

Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündungen, die nachweislich durch chronischen Alkoholabusus entstanden sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

14 Querschnittslähmung

Vollständiger und dauerhafter motorischer und sensibler Verlust der Gebrauchsfähigkeit eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine mit Schädigung des Rückenmarks oder Hirns, der durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden und Hemiplegie, Tetraplegie oder Paraplegie beinhalten muss.

15 Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

16 Funktionsverlust von Gliedmaßen

Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktion eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenks. Hierunter fällt auch die nicht wiederherzustellende Abtrennung eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenks.

Im Fall des vollständigen und dauerhaften Verlusts der Funktion eines Armes oder Beines bzw. der nicht wiederherzustellenden Abtrennung eines Armes oder Beines oberhalb des Hand- oder Fußgelenks erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- a) 20.000 € oder
- b) 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

17 Multiple Sklerose

Diagnose einer multiplen Sklerose durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, wobei die Erkrankung mehr als einen Schub von klar definierten und multiplen neurologischen Störungen verursacht, die ausgelöst sind durch Demyelinisierung des Gehirns und Rückenmarks. Es muss weiterhin durch die Diagnose nachgewiesen werden, dass für einen ununterbrochenen Zeitraum von sechs Monaten neurologische Symptome vorliegen, die eine Kombination von Beeinträchtigungen des Sehnervs, des Hirnstamms, Rückenmarks und der Koordination der sensorischen Funktionen beinhalten.

Sollte aufgrund der Diagnose nur der in Satz 1 des vorstehenden Absatzes genannte Gesundheitszustand, nicht aber die zusätzliche Diagnose gemäß dem dortigen Satz 2 nachgewiesen werden, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- a) 20.000 € oder
- b) 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

18 Muskeldystrophie

Diagnose einer Muskeldystrophie durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, bei der alle der folgenden Kriterien nachgewiesen werden müssen:

- Klinisches Erscheinungsbild, keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe
- Charakteristisches Elektromyogramm
- Klinischer Verdacht bestätigt durch eine Muskelbiopsie oder durch geeignete, aktuelle Diagnoseverfahren gemäß den zum Zeitpunkt der Diagnosstellung geltenden Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie.

19 Motoneuronerkrankung

Diagnose einer Motoneuronerkrankung durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie. Der dauerhafte Verlust neurologischer Fähigkeiten muss durch die Diagnose nachgewiesen werden.

20 Schwere rheumatoide Arthritis

Ausgedehnte Gelenkerstörung mit größeren klinischen Deformierungen in mindestens drei der folgenden Gelenksregionen: Schulter-, Hüft-, Knie-, Handgelenke, Ellenbogen, Halswirbelsäule, Fußgelenke, Metatarsophalangeal-Gelenke der Füße. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Rheumatologie nachgewiesen werden.

Ferner konnten nach ärztlicher Bestätigung mindestens 3 der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

21 Abhängigkeit von einer dritten Person

(ab 18. bis 65. Geburtstag)

Bestätigung eines Facharztes über den Verlust der selbstständigen Existenz nach dem 18. und vor dem 65. Geburtstag, welcher dazu führte, dass mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen sechs Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden konnten:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

22 Gutartiger Hirntumor

Nicht bösartiger Tumor des Hirns oder der Hirnanhangdrüse. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors oder, falls inoperabel, das Vorliegen dauerhafter neurologischer Störungen muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden. Zysten, Granulome, Neurinome, Abszesse, Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Hämatome und Tumore der Wirbelsäule sind ausgeschlossen.

23 Bakterielle Meningitis

Bakterielle Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu mindestens drei Monaten andauernden neurologischen Ausfällen (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen u. a.) geführt hat. Die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

24 Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit

(vor dem 65. Geburtstag)

Die Erkrankung muss vor dem 65. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch standardisierte Tests und Fragebogen für Morbus Alzheimer nachgewiesen werden.

25 Enzephalitis

Entzündung der Hirnsubstanz, meistens ausgelöst durch Viren oder Bakterien, z. T. unter zusätzlicher Beteiligung der Hirnhäute (Meningoencephalitis) oder des Rückenmarks (Enzephalomyelitis), die zu mindestens drei Monate andauernden neurologischen Ausfällen (z. B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen u. a.) geführt hat; die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

26 Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Diagnose einer idiopathischen Parkinson'schen Krankheit durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie.

Ferner konnten nach ärztlicher Bestätigung trotz optimaler Therapie mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen sechs Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

27 Schwere Kopfverletzung

Eine durch Kopfverletzung herbeigeführte irreversible Schädigung des Gehirns mit dauerhaften neurologischen Ausfällen (z. B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen u. a.). Die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie oder einen Neurochirurgen nachgewiesen werden.

28 Koma

Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand muss mindestens 96 Stunden unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen bestehen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

29 Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Verbrennungen dritten Grades an mindestens 20% der Körperoberfläche, die durch ein einzelnes Ereignis entstanden sind. Die Diagnose muss durch einen entsprechenden Facharzt eines Krankenhauses nachgewiesen werden. Hautschäden, gleichen Schweregrades und gleichen Umfangs, die durch Kälte oder Verätzungen hervorgerufen wurden und durch ein einzelnes Ereignis entstanden sind, sind ebenfalls mitversichert.

30 Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)

Der Verlust der Hörfähigkeit bezeichnet das vollständige oder weitgehende Fehlen des Gehörs. Die Gehörlosigkeit kann durch eine Schädigung der Gehörgangane oder eine fehlende Verarbeitung der Höreindrücke im Gehirn verursacht werden.

Die absolute oder hochgradige Einschränkung der zentralen Hörfähigkeit oder der Hörfähigkeit auf beiden Ohren von ≥ 80 dB im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes zwischen 500 Hz und 3 kHz muss mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben, nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht beherrbar sein, voraussichtlich auf Dauer fortbestehen und durch medizinische Hilfsmittel wie ein optimal angepasstes Hörgerät oder andere zumutbare medizinische Maßnahmen nicht verbesserbar sein.

Die Diagnose muss durch einen HNO-Arzt/Neurologen mittels Audiogramm mit Feststellung des Grades der Hörbehinderung und Anwendung objektiver Hörprüfverfahren wie Impedanzaudiometrie, Messung otoakustischer Emissionen und/oder elektrophysiologische Untersuchungsverfahren (z. B. BERA, CERA) nachgewiesen werden.

31 Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

Blindheit bezeichnet den vollständigen oder fast vollständigen Verlust des Sehvermögens mit einem minimalen Restsehvermögen oder eine hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Eines der folgenden Leistungskriterien (ICD-10 visual impairment categories 3, 4 and 5), bezogen auf das bessere und voll korrigierte Auge muss mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben, nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein, voraussichtlich auf Dauer fortbestehen und durch Brillen, Kontaktlinsen oder andere zumutbare medizinische Maßnahmen wie z.B. Lasertherapie nicht verbesserbar sein:

- Restsehvermögen von höchstens 3/60 bzw. 0,05 **oder**
- Einschränkung des Gesichtsfeldes (Schwarz-Weiß-Wahrnehmung) auf ≤ 15 Grad Abstand vom Zentrum in allen Richtungen (Norm: 90 Grad aussen, 60 Grad innen)

Die Diagnose muss durch einen Augenarzt erfolgen.

32 Sprachverlust

Der endgültige und vollständige Verlust der Fähigkeit zu sprechen, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann. Der Sprachverlust muss für einen ununterbrochenen Zeitraum von 2 Monaten andauert haben. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden und eine Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder muss vorliegen. Alle psychiatrischen Ursachen sind ausgeschlossen.

33 Systemischer Lupus erythematoses

Diagnose eines systemischen Lupus erythematoses mit Beeinträchtigung des Herzens, des zentralen Nervensystems oder der Nieren. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Rheumatologie unter Anwendung der internationalen Kriterien des „American College of Rheumatology“ (Revised Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematoses) nachgewiesen werden. Diskoider Lupus erythematoses ist ausgeschlossen.

„American College of Rheumatology revised criteria for classification of Systemic Lupus Erythematoses“ bedeutet auf Deutsch „Überarbeitete Kriterien zur Klassifikation des systemischen Lupus erythematoses des amerikanischen Instituts für Rheumatologie“.

34 HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Infektion mit dem HI-Virus durch die Verabreichung einer infizierten Bluttransfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach der Transfusion erfolgt sein. Die Institution, welche die Bluttransfusion veranlasst hat, muss eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und für Bluttransfusionen autorisierte Institution sein. Der Sachverhalt muss von einem Facharzt für Labormedizin bestätigt werden.

35 HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten

Die HIV-Infektion muss nach Versicherungsbeginn

- durch eine Verletzung oder
- durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit (der „Vorfall“) in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben sein:
- Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Heilpraktiker/in
- Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
- Krankenschwestern und -pfleger
- Arzthelferinnen und -helfer
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Zahnarzthelferinnen und -helfer
- Sanitäter/-innen
- Personal in medizinischen Labors
- Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei
- Pharmazeuten
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Gefängnispersonal
- Hebammen/Geburts helfer
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Krankenhaus hilfspersonal
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Personal bei Beerdigungsinstituten

Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Die versicherte Person muss innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt. Die Bestätigung dieses Bluttests und die Umstände des Vorfalls müssen uns innerhalb von 10 Tagen nach dem Vorfall gemeldet werden.

- Der Nachweis der Infektion durch HI-Viren oder der Gegenwart von HIV-Antikörpern im Blut muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- Der Vorfall sowie die HIV-Infektion müssen nach den üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein.

36 Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)

Diagnose einer aplastischen Anämie mit dauerhaftem Versagen der Blutbildung des Knochenmarks, das zu Anämie, Neutropenie und Thrombopenie führt, die mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich machen:

- Blutbestandteilübertragung
- Knochenmarktransplantation
- Immunsystemunterdrückende Behandlung
- Knochenmarkstimulierende Medikamente

Die Diagnose und die Notwendigkeit der entsprechenden Behandlung müssen durch einen Arzt für Hämatologie nachgewiesen werden.

37 Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Bestätigung der Amyotrophen Lateralsklerose mit dauerhaftem Verlust neurologischer Fähigkeiten durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie.

38 Transplantation von Knochenmark

Erfolgte Transplantation von Stammzellen aus fremdem Knochenmark. Sollte eine Übertragung von fremdem Knochenmark notwendig sein, leisten wir bereits bei der Aufnahme in eine offizielle Warteliste für Transplantationen. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein.

39 Erkrankungen des zentralen Nervensystems

Die Erkrankung muss nach Vollendung des dritten Lebensjahrs zu neurologischen Defiziten führen, als deren Folge mindestens eine der folgenden Fähigkeiten für mindestens 6 Monate ohne Unterbrechung und dauerhaft – d. h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren – nicht ausgeübt werden kann:

- Eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) gehend zurücklegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

- Ohne fremde Hilfe auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes.

40 Asbestose

Erkrankung der Atmungsorgane, die durch Staub von eingeatmetem Asbest oder ähnlichen Stoffen entsteht. Eine Asbestose ist gekennzeichnet durch eine Fibrosierung des Lungenparenchyms (Vermehrung des Bindegewebes), im weiteren Verlauf können sich Tumore bilden (Pleuramesotheliom, Lungenkrebs).

Der Nachweis einer Asbestose sowie folgende Kriterien müssen durch einen Arzt für Lungenerkrankungen (Pulmonologen) bestätigt werden:

- Notwendigkeit einer regelmäßigen Sauerstofftherapie
- FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) dauerhaft weniger als 1 Liter
- Atemnot in Ruhe (Ruhedyspnoe)
- Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mm Hg}$)

41 Schwerer Unfall

Ein schwerer Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, bei dem es zu einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Dauerhafter und vollständiger Verlust der Gebrauchsfähigkeit mindestens eines Arms und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks oder
- schwere Kopfverletzung mit irreversibler Hirnschädigung und dauerhaften neurologischen Ausfällen oder
- tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden Dauer ohne Reaktion auf externe Reize als unmittelbare Folge des Unfalls. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachgewiesen werden.

42 Intrakranielles (= im Schädel gelegenes) Aneurysma

Mittels Bildgebung festgestellte Erweiterung eines im Schädel gelegenen Gefäßes von mindestens 25 mm Durchmesser, die endovaskulär oder neurochirurgisch behandelt wurde.

43 Progressive Supranukleäre Blickparese

Eindeutiger Nachweis des Vorliegens einer progressiven supranukleären Blickparese. Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen über mindestens 3 Monate gleichzeitig und ununterbrochen vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht beherrschbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen:

- vertikale supranukleäre Blickparese (nach oben oder unten)
- posturale Instabilität (Haltungs- bzw. Gangunsicherheit)
- Akinesie (Bewegungsarmut)
- Rigor (Muskelstarre)
- abnorme Kopf- oder Nackenhaltung
- Sprachstörungen
- Schluckstörungen

Die Diagnose muss durch einen Neurologen mittels CCT, MRT, Liquoruntersuchung oder EEG nachgewiesen werden.

44 Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome

Multisystematrophie ist eine Krankheit ungeklärter Ursache, bei der die Nervenzellen in bestimmten Bereichen des Gehirns betroffen sind. Dies führt zu Problemen mit verschiedenen Körperfunktionen wie Bewegung, Gleichgewicht und Blasenkontrolle. Versichert ist die (eindeutige) Diagnose einer Multisystematrophie. Es müssen Nachweise für das signifikante Fortschreiten der Krankheit und die dauerhafte klinische Beeinträchtigung folgender Bereiche vorliegen:

- motorische Funktion mit damit verbundener Steifigkeit der Bewegungen, oder
- Fähigkeit zur Koordination der Muskelbewegung, oder
- Blasenkontrolle und orthostatische Hypotonie.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

45 Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) mit der Folge dauerhafter Symptome

CJK ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, von der man annimmt, dass sie auf eine Prioneninfektion zurückzuführen ist. Mit dem Fortschreiten der Krankheit vermindert sich die Muskelkoordination, der Intellekt und die Persönlichkeit werden beeinträchtigt und der Patient kann erblinden. Versichert ist die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit mit der Folge eines dauerhaften neurologischen Defizits mit bleibenden klinischen Symptomen (vgl. Definition in der Vorbemerkung). Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

46 HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs

Versichert ist die HIV-Infektion nach Versicherungsbeginn in Folge eines körperlichen Übergriffs, welcher bei der Polizei gemeldet und dokumentiert worden sein muss. Es müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall muss ein Bluttest durchgeführt worden sein, der das Nichtvorhandensein von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt.
- Es muss einen weiteren HIV-Test innerhalb von 6 Monaten geben, der das Vorliegen von HIV oder von Antikörpern gegen das Virus bestätigt.
- Der Vorfall muss innerhalb eines der folgenden Länder stattgefunden haben: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Vereinigte Staaten von Amerika, Australien oder Neuseeland.

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01
kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz: Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731
HypoVereinsbank München,
IBAN DE69 7002 0270 0062 3244 06, BIC HYVEDEMMXXX

Vorstand:

Markus Drews (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch),
Kevin Murphy (irisch), Vincent Sheridan (irisch), Bernard Collins (irisch),
Declan Bolger (irisch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch)

Canada Life Assurance Europe plc unterliegt der allgemeinen
Aufsicht der Central Bank of Ireland und der Rechtsaufsicht
der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

IHR PERSÖNLICHER ANSPRECHPARTNER