

Teil III Tarif KSU3000 (Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsleistungen

1. **Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung, die im Rahmen der Höchstsätze der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.**

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.1 Ärztliche Behandlungen.

- 1.2 Psychotherapie.

Erstattungsfähig sind bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (zur Psychotherapie siehe auch unter Ziffer 1.15).

- 1.3 Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel (außer bei Vorliegen einer Enzymmangelkrankung oder Mukoviszidose) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten gelten als Arzneimittel, wenn aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

- 1.4 Heilmittel, soweit sie von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

Soweit Heilmittel von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, sind sie bis zu den in der jeweils gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) genannten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Eine aktuelle Liste des Heilmittelverzeichnisses der Bundesbeihilfeverordnung finden Sie unter www.wuerttembergische.de/go/media/Heilmittel-Verzeichnis.

Sie können das Heilmittelverzeichnis auch bei der Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart; Vertragsservice Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice Tel.-Nr. 0711/662722112; E-Mail kranken@wuerttembergische.de anfordern.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60,00 EUR pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Ange-

hörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

- 1.5 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit.

Sehhilfen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe bei einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Operative Maßnahmen: Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro je Auge erstattungsfähig, sofern die Sehschwäche nicht durch eine andere Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) ausgeglichen werden kann. Der Nachweis, dass diese Voraussetzung vorliegt, ist vom Versicherungsnehmer zu erbringen.

- 1.6 Versicherte haben Anspruch auf Kostenerstattung für medizinisch notwendige Hilfsmittel in angemessener Ausführung. Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel sowie die Kosten für Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch der Hilfsmittel.

Erstattungsfähig sind insbesondere:

- Bandagen,
- Gehapparate,
- Liegeschalen einschließlich Zurichtung,
- Kompressionsstrümpfe,
- Sprechhilfen,
- orthopädische Maßschuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 500 Euro,
- Schuheinlagen (maximal 4 Paar pro Kalenderjahr),
- orthopädische Zurichtungen (maximal 4 Paar pro Kalenderjahr),
- Orthesen und Korsette,
- ärztlich verordnete Voll- oder Teilerücken bei krankhaftem, entstellendem Haarausfall (z.B. nach Chemotherapie) oder erheblicher Verunstaltung infolge von Schädelverletzung bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 550 Euro innerhalb von 4 Versicherungsjahren,
- Stoma, Tracheostoma – Inkontinenzartikel,
- enterale Ernährung einschl. Zubehör abzüglich ersparter Eigenkosten,
- Blutzuckermessgeräte,
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 150 Euro innerhalb von 5 Versicherungsjahren (sofern Allergie durch Facharzt diagnostiziert wurde),
- Blindenstöcke,
- Hörgeräte,
- Schlafapnoeegeräte (CPAP-Gerät),
- Hilfsmittel bei Dekubitus,
- sowie sonstige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 750 Euro.

Die Aufwendungen für andere als die oben genannten Hilfsmittel (einschließlich deren Reparatur und Wartung) sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer beschafft und zur Verfügung gestellt wird oder das Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers beschafft wird. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, werden 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn das Hilfsmittel im Rahmen eines akut eingetretenen Notfalles beschafft wurde.

Als Hilfsmittel gelten nicht Hilfsmittel mit geringem therapeutischen Nutzen, Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, Heilapparate (z.B. Bestrahlungsgeräte) und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie die Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien, außer für Hörgeräte.

- 1.7 Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich werden.
- 1.8 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt.
- 1.9 Ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme/des Entbindungspfleger handelt. Zusätzlich wird eine Entbindungspauschale von 500 Euro gezahlt.
- 1.10 Transportkosten zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie.
- 1.11 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige als auch für nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Ein Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn er in einer dem Schwangerschaftskonfliktgesetz genügenden Einrichtung vorgenommen wird.

Häusliche Krankenpflege

Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegefachkräfte.

Die Behandlungspflege umfasst ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal bis zu den von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbarten Höchstsätzen ersetzt,

- 1.12 wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nicht eigenständig verordnet werden, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall.

- 1.13 wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Erstattungsfähig sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege.

Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.14 Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung nach Maßgabe der Ziffern 1.3 und 1.4 verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60,00 EUR pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch Heilpraktiker durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

Die Behandlung durch Heilpraktiker ist begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens 2.000 Euro je Versicherungsjahr.

Psychotherapie

- 1.15 Psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Erstattungsfähig sind ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers Aufwendungen für bis zu fünf Sitzungen je Versicherungsfall zu 80%. Die Erstattung ist nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers

bis zur 30. Sitzung auf **80 %**,
ab der 31. Sitzung auf **60 %**,
ab der 61. Sitzung auf **40 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, Erziehungsberatung, Eheberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.

Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.16 Insemination bzw. künstliche Befruchtung, sofern die Fertilitätsstörung bei der versicherten Person zumindest mitbegründet ist und die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt. Zum Zeitpunkt der Behandlung muss die Frau mindestens 25 Jahre alt sein und darf das 40., der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Es müssen ausschließlich Ei- und Samenzellen des Ehe- bzw. Lebenspartners verwendet werden und es muss eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode bestehen. Eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

Die Aufwendungen werden zu 50 % erstattet.

2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationäre Heilbehandlung

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

2.1 Allgemeine Krankenhausleistungen.

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch die Kosten eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des Belegentbindungspflegers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntG bzw. der BPfIV abrechnen (Privatkliniken), ist die Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen auf 150 % eines vergleichbaren Krankenhauses, welches nach dem KHEntG bzw. der BPfIV abrechnet, begrenzt. Die Begrenzung gilt nicht für gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehrbettzimmer.

2.2 Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.

Wenn die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer gewählt wird, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Ist die Unterbringung im Zweibettzimmer Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen, so ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

Bei Verzicht auf die Unterbringung im Zweibettzimmer wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

2.3 Wahlärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwerisse begründet ist.

Bei Verzicht auf die wahlärztlichen Leistungen wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

2.4 Bei stationärer Behandlung im Ausland werden die Kosten bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet, die in einem am oder dem Wohnort nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhaus der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären. Darüber hinaus sind Aufwendungen nur erstattungsfähig, wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

2.5 Medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

2.6 Rücktransport- und Überführungskosten bei Auslandsreisen. Versicherungsschutz besteht bei Erkrankungen, Unfällen oder Tod während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von drei Monaten (92 Tage) nicht überschreiten. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

- einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Kosten, die bei planmäßiger

Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen,
- Überführungskosten bis 10.000 Euro beim Tod einer versicherten Person an deren letzten Wohnort.

3. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ)

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

3.1 Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

Erstattungssatz 80 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

3.2 Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten nach beiliegendem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs KSU3000 für zahntechnische Leistungen.

Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen und Brücken, Implantate, Prothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen.

Wurde 5 Jahre vor Beginn einer Zahnersatzmaßnahme nachweislich jährlich mindestens eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen durchgeführt, erhöht sich der Erstattungssatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 90 %.

3.3 Kieferorthopädie einschließlich Material- und Laborkosten nach beiliegendem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs KSU3000 für zahntechnische Leistungen.

Die Aufwendungen werden nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erstattet. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, werden die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattet.

Heil- und Kostenplan:

3.4 Bei Maßnahmen nach den Ziffern 3.2 und 3.3 mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mehr als 1.500 Euro ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen und vom Versicherer schriftlich genehmigen zu lassen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, die Prüfung unverzüglich vorzunehmen. Die Aufwendungen werden zu den nach Ziffern 3.2 und 3.3 maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Versicherers durchgeführt, sind 40 % der Aufwendungen erstattungsfähig.

Zahnstaffel:

3.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die unter den Ziffern 3.2 und 3.3 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens

- 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten,
 - 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
 - 3.000 Euro in den ersten 36 Monaten und
 - 4.000 Euro in den ersten 48 Monaten
- ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

Die Zahnstaffelregelung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

4. Kur

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

Kurbehandlung. Als Kurbehandlung gelten durch einen Arzt verordnete, unter Leitung eines Arztes stehende und nach einem Kurplan durchgeführte ambulante und stationäre Kuren.

Erstattet werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung nach Ziffer 1.1, für Arznei- und Verbandmittel nach Ziffer 1.3 sowie für Heilmittel nach Ziffer 1.4. Die Aufwendungen werden für längstens 3 Wochen innerhalb von 3 Versicherungsjahren ersetzt.

5. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

Rehabilitationsmaßnahmen. Die Kosten werden nicht erstattet, soweit Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht. Erstattet werden aber Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

6. Entziehungsmaßnahmen

Erstattungssatz 70 %

Ergänzend zu Teil II zu § 5 (1) b) der MB/KK sind Aufwendungen für die ersten drei Entziehungsmaßnahmen erstattungsfähig, wenn der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Der Anspruch ist grundsätzlich auf 6 Wochen begrenzt und besteht grundsätzlich nur alle 4 Jahre. Von anderen Kostenträgern vollständig übernommene Entziehungsmaßnahmen werden angerechnet. Die Kosten werden nicht erstattet, soweit Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht.

7. Palliative Versorgung und Hospizversorgung

Erstattungssatz 100%

- 7.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu 100% ersetzt jedoch nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines

Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

- 7.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung in angemessener Höhe, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hospize werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Die Kosten werden nicht erstattet, soweit Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung bestehen.

8. Haushaltshilfe

Erstattungssatz 90 %

- 8.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes wegen eines notwendigen stationären Aufenthaltes nicht möglich ist,
- 8.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind begrenzt auf den Betrag, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
- 8.3 Der Anspruch setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

9. Serviceleistungen

Neben der Erstattung von Aufwendungen für Krankheitskosten werden vom Versicherer Serviceleistungen angeboten. Versicherungsschutz besteht für die Beratung/Vermittlung der nachstehenden Serviceleistungen, nicht jedoch für weitere Kosten, die durch die Inanspruchnahme von vermittelten Leistungen entstehen, es sei denn, diese gehören zum Leistungsinhalt dieses Tarifes.

- 9.1 Ständig erreichbare Servicestelle für nachstehende medizinische Auskünfte:
- Informationen und Beratung zu aktuellen Gesundheitsthemen, Krankheiten und sonstigen Leiden, Diagnostik, Therapie und Impfungen,
 - Allgemeine Beratung zu Arzneimittelanwendung und Arzneimitteltherapie,
 - Informationen zu Präventionen und Rehabilitationen,
 - Benennung von Ärzten, Zahnärzten, Zahnlaboren, Krankenhäusern, Notdiensten und Kureinrichtungen,
 - Benennung von Apotheken, Psychotherapeuten, Heil- und Hilfsmittelerbringern und Selbsthilfegruppen,
 - Wohnraumberatung, Hilfe bei der Gestaltung des Umfeldes bei Patienten mit schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen,
 - Beratung zu Ernährungsfragen,
 - Beratung zu reisemedizinischen Fragen (Reiseapotheke und Reiseimpfung),
 - Erklärung medizinischer Fachbegriffe,
 - Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen.
- 9.2 Unterstützung und Betreuung von Versicherten durch:
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Beschaffung von Befunden und Untersuchungsergebnissen, bedarfsorientierte Informationsvermittlung zwischen Hausarzt und behandelndem Arzt,
 - Hilfe bei der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bezüglich einer medizinischen Diagnose oder eines Therapievorschlages,
 - Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren im Notfall,

- Benennung von Fachpflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen oder sonstigen Leistungserbringern,
- Vermittlung eines Rehabilitationsdienstleisters zur Unterstützung und Förderung der vollständigen Genesung nach schweren Erkrankungen oder Unfällen.

9.3 Unterstützung und Betreuung bei Auslandsreisen:

- Benennung von Ärzten, Dolmetschern und Krankenhäusern im Ausland,
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und Benachrichtigung von Angehörigen,
- Organisation von Transporten bzw. einer Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus,
- Organisation von Krankenrücktransporten an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. einer Überführung an den letzten Wohnort.

10. Selbstbehalt

Von den nach den Ziffern 1 bis 8 zu erstattenden Aufwendungen wird ein Selbstbehalt abgezogen. Er beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt

3.000 Euro.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand, der Selbstbehalt um jeweils 1/12 gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehaltes während eines Kalenderjahres.

Bei einer Reduzierung gilt für die Zeit vor und nach der Änderung der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt jeweils angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, so bleibt die Höhe des Selbstbehaltes unberührt.

10.1 Kein Selbstbehalt bei Auslandsreisen

Der Selbstbehalt entfällt

- für Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Ausland, wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist,
- für Aufwendungen nach Ziffer 2.6.

10.2 Entfall des Selbstbehalts bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 aufgrund eines Unfalles

Der Selbstbehalt entfällt für die versicherte Person für die Dauer einer Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2, die aufgrund eines nach Beginn der Versicherung nach Tarif KSU3000 erfolgten Unfalles eingetreten ist.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufgrund eines Unfalles aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf und die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann. Die unfallbedingte Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen und die versicherte Person muss mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet werden.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden oder wenn die versicherte Person infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe unfreiwillig eine Vergiftung erleidet.

Die Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten, von einem Facharzt schriftlich bestätigt und beim Versicherer angezeigt worden sein.

Der Selbstbehalt entfällt mit Wirkung zum Ersten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde für alle ab diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen. Für vor diesem Zeitpunkt entstandene Aufwendungen wird der Selbstbehalt in voller Höhe berücksichtigt.

Besteht keine Pflegebedürftigkeit mehr, wird der Selbstbehalt ab dem 01. Januar des folgenden Kalenderjahres wieder berücksichtigt. Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

10.3 Entfall des Selbstbehalts bei schweren Erkrankungen

Der Selbstbehalt entfällt für die weitere Vertragsdauer, wenn bei der versicherten Person eine der im beiliegenden Verzeichnis (Anhang) aufgeführten Erkrankungen diagnostiziert wurde und die für die Erkrankung dort festgelegten Leistungskriterien erfüllt sind. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muss von einem Facharzt schriftlich bestätigt und dem Versicherer angezeigt werden. Die Erstdiagnose darf nicht vor Beginn der Versicherung nach Tarif KSU3000 gestellt worden sein.

Der Selbstbehalt entfällt mit Wirkung zum Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für dessen Entfall erstmalig vorgelegen haben für alle ab diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen. Für vor diesem Zeitpunkt entstandene Aufwendungen wird der Selbstbehalt in voller Höhe berücksichtigt.

Ist, ausgehend von der gestellten Diagnose, mit einer Ausheilung der Erkrankung oder einer dauerhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu rechnen, ist der Versicherer berechtigt, sich das Fortbestehen der Erkrankung sowie die weitere Erfüllung der für die Erkrankung festgelegten Leistungskriterien nachweisen zu lassen. Liegen die Voraussetzungen nicht mehr vor, wird der Selbstbehalt ab dem 01. Januar des folgenden Kalenderjahres wieder berücksichtigt.

11. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Für Kinder (Altersgruppe 0 - 15) und Jugendliche (Altersgruppe 16 - 20) ist ab Alter 16 bzw. 21 der Beitrag der nächst höheren Altersstufe zu zahlen (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

12. Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld

Während der ersten 6 Monate des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug des Elterngeldes ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen. Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes KSU3000 die Schwangerschaft bereits durch einen Arzt oder Heilpraktiker festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

13. Vorsorgebonus

Jede versicherte Person, die das 21. Lebensjahr vollendet hat und deren Versicherungsvertrag am 01.02. des Folgejahres ungekündigt und ohne Beitragsrückstände fortbesteht, erhält einen Vorsorgebonus in Höhe von 150 Euro, wenn nachstehende Voraussetzungen vorliegen und dem Versicherer in Form eines von ihm zur Verfügung gestellten Bonusheftes jährlich nachgewiesen werden:

- Body-Maß-Index zwischen 19 und 27 Punkten,
- Durchführung gesundheitssportlicher Aktivitäten laut Vorgaben im Bonusheft,
- Durchführung mindestens einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten im abgelaufenen Kalenderjahr (z.B. Krebsvorsorge, Herz/Kreislauf-Check, Zahnprophylaxe).

Das Bonusheft ist jeweils bis spätestens Ende März des folgenden Kalenderjahres beim Versicherer einzureichen. Für die versicherte Person muss für das gesamte Kalenderjahr Versicherungsschutz nach Tarif KSU3000 oder einem anderen Tarif des Versicherers, der die Auszahlung eines Vorsorgebonus vorsieht, bestanden haben.

14. Anpassung von Versicherungsleistungen

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 MB/KK 2009 berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z.B. Höchstgrenzen bei der Erstattung von Hilfsmitteln) oder dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnisse an die Preisentwicklung anzupassen.

15. MB/KK 2009

§ 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

Sondervereinbarung für die Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

1. Krankenversicherung zum besonderen Beitrag während der Ausbildung

Diese Sondervereinbarung gilt ausschließlich während der Ausbildung. Für diese Zeit ist ein besonderer Beitrag vereinbart, der nicht unter Berücksichtigung einer Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Wagnis (Alterungsrückstellung) berechnet ist. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Tarifbezeichnung

Für den Zeitraum der Geltung dieser Sondervereinbarung wird die Tarifbezeichnung durch ein S ergänzt.

3. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig zum besonderen Beitrag während der Ausbildung sind Personen ab Vollendung des 21. und vor Vollendung des 34. Lebensjahres, die

- sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden und neben der Ausbildungsvergütung keine weiteren regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit erzielen,
- ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule absolvieren und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben bzw. kein Einkommen aus selbständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet,
- eine berufspraktische Tätigkeit, die in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, verrichten.

4. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate richtet sich nach den Beitragsgruppen und ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem ein für die Festlegung der Beitragsgruppe maßgebliches höheres Alter erreicht wird, ist der Beitrag für diese Altersgruppe zu entrichten.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (siehe AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

5. Umstellung des Versicherungsverhältnisses

Die Versicherungsfähigkeit zum besonderen Beitrag entfällt, wenn die versicherte Person ihre Ausbildung oder ihr Studium abgeschlossen, abgebrochen oder für länger als 6 Monate unterbrochen hat. Von dem auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgenden Monat an wird das Versicherungsverhältnis ohne Sondervereinbarung fortgeführt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Alters neu festgesetzt.

Umstände, die zum Wegfall der Versicherungsfähigkeit zum besonderen Beitrag führen, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Anhang

Schwere Erkrankungen, bei denen die Selbstbeteiligung nach Tarif KSU3000 entfällt

1. Infektiöse Krankheiten des ZNS

ICD-10 A80.-: Akute Poliomyelitis (Spinale Kinderlähmung)

Bei der Poliomyelitis handelt es sich um eine ansteckende, durch Viren ausgelöste entzündliche Erkrankung der Nervenzellen des Rückenmarks. Die Ausprägung von Krankheitssymptomen nach erfolgter Ansteckung kann sehr unterschiedlich sein, von leichten Verläufen mit lediglich unspezifischen grippeähnlichen Symptomen bis zu bleibenden schlaffen Lähmungen verschiedener Muskeln oder Muskelgruppen.

Leistungskriterien:

- Diagnosestellung durch Facharzt für Neurologie oder Pädiatrie/Neuropädiatrie
- Spezifischer Polio-Antikörpernachweis im Serum oder Erregernachweis in Stuhl, Rachensekret oder Liquor
- Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome für mindestens 6 Monate:
 - o Lähmungen
 - o Atmungsbeeinträchtigung
 - o Erhebliche Behinderung mit Hilfsbedürftigkeit bei Alltagsverrichtungen, Rollstuhlpflichtigkeit oder Notwendigkeit anderer Hilfsmittel

ICD-10 A81.0: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (Subakute spongiforme Enzephalopathie)

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ist eine fortschreitende Erkrankung des Gehirns, bei der das Hirngewebe durch Zellverluste und Eiweißablagerungen geschädigt wird. Sie macht sich durch einen langsam fortschreitenden Verlust zunächst der geistigen Fähigkeiten und später auch der Koordination von willkürlichen Bewegungen bemerkbar.

Leistungskriterien:

- Diagnosestellung durch Facharzt für Neurologie
- Durchführung von Liquor-, EEG- und MRT-Untersuchung

2. Humane Immundefizienz-Viruskrankheit (HIV)

ICD-10 B20-B24: HIV-Krankheit sowie Folgezustände und Folgeerkrankungen infolge HIV

Das HI-Virus (human immunodeficiency virus) schädigt oder zerstört bestimmte Zellen der Immunabwehr. Dadurch kann der Körper Bakterien, Viren oder Pilze nicht mehr effektiv bekämpfen. Deshalb wird man empfänglicher für Infektionen, mit denen der Körper normalerweise problemlos fertig würde, sowie für bestimmte Krebsarten. Der Begriff Aids (acquired immunodeficiency syndrome = Krankheitsbild der erworbenen Abwehrschwäche) bezeichnet ein spätes Stadium der HIV-Infektion.

Leistungskriterien:

- Sicherer Nachweis und Klassifikation nach CDC-Kriterien
- Positiver ELISA-Test (mehrfach) und Western-Blot-Test
- Infektion durch berufliche Tätigkeit oder Bluttransfusion

3. Bösartige Neubildungen

Hierunter fallen alle Arten von schweren Krebserkrankungen und sonstigen bösartigen Tumoren in fortgeschrittenem Stadium. Bei

bösartigen Neubildungen vermehren sich Körperzellen unkontrolliert, können in das umgebende Gewebe hineinwachsen und es zerstören sowie Metastasen bilden.

ICD-10 C00-C75: Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe

ICD-10 C76-C80: Bösartige Neubildungen ungenau bezeichnet, sekundärer und nicht näherbezeichneter Lokalisationen

Leistungskriterien:

- Eindeutig histologisch gesicherte Diagnose
- Nachweis von Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder infauste (sehr schlechte) Prognose.

ICD-10 C81-C85: Bösartige Neubildungen des lymphatischen Gewebes

Leistungskriterien:

- Eindeutig histologisch gesicherte Diagnose
- Ann-Arbor-Klassifikation Stadium III oder IV

ICD-10 C88-C96: Bösartige Neubildung des blutbildenden und verwandten Gewebes

Leistungskriterien:

- Sicherer Nachweis durch Facharzt für Hämatologie und Onkologie sowie
 - o bei ICD-10 C90.0- (Multiples Myelom): Stadium II und III nach Durie und Salmon.
 - o bei ICD-10 C91.0- (Akute lymphatische Leukämie): Chemotherapie.
 - o bei ICD-10 C91.1- (Chronisch lymphatische Leukämie): Stadium B und C nach Binet.
 - o bei ICD-10 C91.4- (Haarzelleukämie): Chemotherapie.
 - o bei ICD-10 C92.0- (Akute myeloische Leukämie): Chemotherapie.

4. Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten

ICD-10 D46.-: Myelodysplastische Syndrome

ICD-10 D47.-: Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

Myelodysplastische Syndrome (MDS) sind erworbene Knochenmarkerkrankungen des vornehmlich älteren Menschen, die durch Reifungs- und Funktionsstörungen blutbildender Stammzellen, ineffektive Blutbildung und erhöhtes Risiko für Übergang in akute Leukämien gekennzeichnet sind.

Leistungskriterien:

- Diagnose durch Facharzt für Hämatologie und Onkologie
- Durchführung einer Knochenmarksbiopsie
- Wiederholter Nachweis des gestörten Blutbildes über mindestens 6 Monate
- Behandlung mit Zufuhr von Blutbestandteilen
- Immunsuppressive Therapie oder Stammzellentransplantation

5. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

ICD-10 D60.-: Erworbene isolierte aplastische Anämie (Erythroblastopenie, pure red cell aplasia)

ICD-10 D61.-: Sonstige aplastische Anämien

Bei den Erkrankungen handelt es sich um aplastische Anämien (AA). Sie bezeichnen eine meist erworbene Störung der Blutbildung im Knochenmark.

Leistungskriterien:

- Diagnose durch Facharzt für Hämatologie und Onkologie
- Durchführung einer Knochenmarksbiopsie
- Wiederholter Nachweis des gestörten Blutbildes über mindestens 6 Monate
- Behandlung mit Zufuhr von Blutbestandteilen
- Immunsuppressive Therapie oder Stammzelltransplantation

6. Krankheiten des Nervensystems

ICD-10 G12.-: Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome (Infantile spinale Muskelatrophie Typ I Werdnig-Hoffmann, Motoneuron-Krankheit, sonstige spinale Muskelatrophie)

Spinale Muskelatrophien (SMA) sind meist genetisch bedingte neuromuskuläre Erkrankungen, die gekennzeichnet sind durch symmetrische Muskelschwäche und –atrophie bei Degeneration von Motoneuronen (motorischen Nervenzellen) im Rückenmark.

Leistungskriterien:

- Eindeutige Diagnose durch Facharzt für Neurologie
- Durchführung von elektrophysiologischen Untersuchungen und MRT
- Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens 6 Monate:
 - o Fortschreitende Lähmung der Arme und/oder Beine mit erheblicher Beeinträchtigung des Gehens oder im Gebrauch von Händen und Armen
 - o Spastik
 - o Dysarthrie (Sprechstörungen)
 - o Dysphagie (Schluckstörungen)
 - o Dyspnoe (Atemnot)

ICD-10 G35.-: Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)

Die multiple Sklerose ist eine meist schubweise fortschreitende herdförmige Entzündung der die Nervenfasern in Gehirn und Rückenmark umgebenden Schutzschicht (Myelin). Zwischen den Schüben kann eine Rückkehr zur normalen Funktion eintreten oder das entzündete Nervengewebe vernarbt (sklerosiert). Symptomatik und Verlauf der Erkrankungen sind sehr unterschiedlich.

Leistungskriterien:

- Eindeutige Diagnose durch Facharzt für Neurologie
- Durchführung von MRT und Liquoruntersuchung
- Ununterbrochenes Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens 6 Monate:
 - o Lähmung
 - o Spastik
 - o Koordinationsstörung
 - o Objektivierbare Sehstörung

ICD-10 G71.0: Primäre Myopathien (Muskeldystrophie, Myotone Syndrome, Angeborene Myopathien, Mitochondriale Myopathie, sonstige primäre Myopathien)

Muskeldystrophien sind vererbte Erkrankungen, die zu einem fortschreitenden Schwund des Muskelgewebes führen. Dabei ist das für den Muskelstoffwechsel wichtige Protein Dystrophin entweder gar nicht oder nicht in ausreichendem Maße vorhanden.

Leistungskriterien:

- Sicherer Nachweis durch Facharzt für Neurologie oder Pädiatrie/Neuropädiatrie
- Nachweis von Paresen, Atrophien und Laborveränderungen (CK-Erhöhung)
- Durchführung von Elektromyogramm und Muskelbiopsie

ICD-10 G83.-: Sonstige Lähmungssyndrome

Partielle oder totale Unfähigkeit, die Muskulatur zu bewegen aufgrund entzündlicher, traumatischer, tumoröser oder toxischer Schädigungen von Nerven, Muskeln oder Strukturen des Zentralen Nervensystems.

Leistungskriterien:

- Diagnose durch Facharzt für Neurologie
- Hochgradige Parese (Kraftgrad 2/5 oder weniger) von mindestens 2 Extremitäten für mindestens 6 Monate.
- Ausgeschlossen sind psychogene Lähmungen

ICD-10 G93.80: Apallisches Syndrom

Das apallische Syndrom ist eine Bewusstseinsstörung, die aus schweren zerebralen Funktionsstörungen unterschiedlicher Genese resultiert und durch aufgehobene Wahrnehmungsfähigkeit bei erhaltener Wachheit charakterisiert ist. Der Schlaf-Wachrhythmus und die vegetativen Funktionen bleiben erhalten. Ursache ist meist eine ausgedehnte Schädigung der Großhirnrinde. Eine Kommunikation mit der Umwelt und ein Reagieren auf Umweltreize ist nicht möglich.

Leistungskriterien:

- Diagnose durch Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie
- Bestehen von mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens 6 Monate:
 - o Bewusstlosigkeit
 - o Fehlen von Blickkontakt
 - o Verlust von Sprachverständnis und Sprachproduktion
 - o Fehlende Reaktion auf Außenreize

7. Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen

ICD-10 R40.2: Koma, nicht näher bezeichnet

Das Koma ist eine Bewusstseinsstörung, bei der Wahrnehmung und Wachheit aufgehoben sind. Es handelt sich um einen schlafähnlichen Zustand, die Augen des Patienten sind geschlossen. Je nach Komatiefe sind unterschiedliche Reaktionen auf Schmerzreize möglich. Der Patient ist jedoch nicht erweckbar. Ein Koma kann durch unterschiedliche Ursachen entstehen.

Leistungskriterien:

- Diagnose und Befunderhebung durch Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie
- Schwere Funktionsstörung des Gehirns (Glasgow Coma Scale 8 oder weniger) für mindestens 1 Woche
- Bestehen von mindestens 1 der folgenden Symptome für mindestens 6 Monate:
 - o Bewusstseinsstörung
 - o Lähmung
 - o Sprachstörung
 - o Ateminsuffizienz
 - o Ausgeschlossen sind durch Alkohol oder Drogen verursachtes Koma sowie künstliches Koma.

8. Krankheiten des Kreislaufsystems

Herzinfarkt

ICD-10 I21.-: Akuter Myokardinfarkt

ICD-10 I22.-: Rezidivierender Myokardinfarkt

Bei einem Infarkt im Herzen (Myokardinfarkt) stirbt ein Teil des Herzmuskels durch den Verschluss eines der Herzkranzgefäße ab. Zugrunde liegt meist eine Arteriosklerose der Herzkranzgefäße. Wird eines dieser Gefäße durch ein Blutgerinnsel verstopft, kann das Blut nicht mehr zirkulieren. Die Sauerstoff- und Nährstoffzufuhr sind somit unterbrochen. Gelingt es nicht, das verschlossene Gefäß innerhalb weniger Stunden wieder zu öffnen, stirbt der von diesem Gefäß versorgte Herzmuskelteil ab.

Leistungskriterien:

- Sichere Diagnose durch Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie
- Verminderung der echokardiographisch gemessenen Auswurf fraktion auf weniger als 35% für mindestens 6 Monate

Schlaganfall (zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Hirn-schlag)

ICD-10 I60.-: Subarachnoidalblutung

ICD-10 I61.-: Intrazerebrale Blutung

ICD-10 I62.-: Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung

ICD-10 I63.-: Hirninfarkt

ICD-10 I64.-: Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Als Schlaganfall wird eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns bezeichnet, die zu einem anhaltenden Ausfall von Funktionen des Zentralen Nervensystems führt und durch kritische Störungen der Blutversorgung des Gehirns verursacht wird. Dem Schlaganfall liegt ein plötzlicher Mangel der Nervenzellen an Sauerstoff und anderen Substraten zugrunde. Grob unterscheiden lassen sich die plötzlich auftretende Minderdurchblutung (Primär ischämischer Hirninfarkt) und die akute Hirnblutung, die jedoch sekundär auf Grund ihrer raumfordernden Wirkung bzw. auf Grund des Fehlens von Blut in nachgeordneten Regionen ebenfalls zu einer Ischämie führt.

Leistungskriterien:

- Diagnose durch Facharzt für Neurologie
- Durchführung von CCT oder cranialem MRT
- Bestehen von mindestens zwei der folgenden Symptome für mindestens 6 Monate nach dem akuten Ereignis:
 - o Parese (Lähmung) mindestens einer Extremität
 - o Sprachstörung
 - o Sehstörung
 - o Bewusstseinsstörung

9. Krankheiten des Verdauungssystems

ICD-10 K91.2: Malabsorption nach chirurgischem Eingriff (Kurzdarmsyndrom)

Das Kurzdarmsyndrom ist definiert als Zustand eingeschränkter Verdauung und Resorption nach ausgedehnter operativer Entfernung von Darmabschnitten (Darmresektion).

Leistungskriterien:

- Diagnose und Behandlungsindikation durch Facharzt für Innere Medizin /Gastroenterologie
- Verlust von mindestens 60% des Dünndarms
- Notwendige medikamentöse Dauerbehandlung oder Ernährung über Sonde oder Venenkatheter

10. Systemkrankheiten des Bindegewebes

ICD-10 M32.-: Systemischer Lupus erythematoses

Der systemische Lupus erythematoses (SLE) ist eine chronisch-entzündliche, den gesamten Organismus betreffende, Autoimmunerkrankung. Als Autoimmunerkrankungen werden Reaktionen des menschlichen Immunsystems auf körpereigene Zellen beziehungsweise deren Bestandteile bezeichnet. Das Immunsystem erkennt fälschlicherweise eigenes Gewebe als fremd an und bekämpft es. Beim systemischen Lupus erythematoses sind dabei überwiegend die Haut, die Gelenke, die Nieren, das Nervensystem und die serösen Häute (zum Beispiel Rippenfell, Herzbeutel), aber auch andere Organe betroffen.

Leistungskriterien:

- Diagnose durch Facharzt für Rheumatologie
- Nachweis von mindestens 4 der 11 ACR-Kriterien
- Beteiligung des Herzens, Zentralnervensystems oder der Nieren

11. Krankheiten des Urogenitalsystems

ICD-10 N18.-: Chronische Niereninsuffizienz

Ein chronisches Nierenversagen (chronische Niereninsuffizienz) liegt vor, wenn die Funktion der Nieren über einen langen Zeitraum mehr und mehr gemindert wird, bis die Niere ihre Aufgaben nicht mehr richtig erfüllen kann.

Die Hauptaufgabe der Nieren besteht darin, den Körper zu entgiften, indem Abfall- und Fremdstoffe über den Harn ausgeschieden werden, sowie den Flüssigkeitshaushalt zu regulieren. Die Symptome des Nierenversagens sind vielfältig. Typische Ursachen des Nierenversagens sind langjähriger Diabetes mellitus oder Bluthochdruck, übermäßige Einnahme von bestimmten Schmerzmitteln und entzündliche Nierenerkrankungen. Im Endstadium, wenn die Nierenfunktion vollständig erloschen ist, ist die künstliche Blutwäsche (Dialyse) oder eine Nierentransplantation erforderlich.

Leistungskriterien:

- Indikation zur Dialyse durch Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie
- Durchführung einer Dialyse für mindestens drei Monate oder Aufnahme auf offizielle Transplantationsliste

ICD-10 U55.-: Organtransplantation

Bei einer Organtransplantation werden gesunde Organe, Teile von Organen, Gewebe oder Zellen auf einen chronisch schwer kranken Menschen übertragen. Ziel dieser Operation ist es, dem Empfänger die Funktion seiner zerstörten Organe wiederzugeben und so sein Leben zu retten.

Leistungskriterium:

- Aufnahme auf eine offizielle Transplantationsliste (Herz, Niere, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark)

12. Folgen äußerer Ursachen

ICD-10 T20-T32: Verbrennungen oder Verätzungen

Eine Verbrennung (Combustio, Brandverletzung, Verbrennungstrauma) ist eine Schädigung durch übermäßige Hitzeeinwirkung. Diese können durch heiße Flüssigkeiten (Verbrühung), Dämpfe oder Gase, Flammeneinwirkung und Explosionen, starke Sonneneinstrahlung, elektrischen Strom oder Reibung entstehen. Bei der Verbrennung werden primär Haut und Schleimhaut geschädigt.

Leistungskriterium:

- Verbrennung mindestens III. Grades an mehr als 20% der Körperoberfläche.

ICD-10 Z89.-: Verlust von Gliedmaßen

Leistungskriterium:

- Bleibender Verlust von mindestens einer Gliedmaße oberhalb von Hand- oder Fußgelenk

Abkürzungen:

ACR	American College of Rheumatology (Amerikanische Gesellschaft für Rheumatologie)
CCT	Craniale Computertomographie (Schichtbilduntersuchung des Kopfes)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (staatliche US-Behörde zum Schutz der öffentlichen Gesundheit)
EEG	Elektroenzephalographie (Messung der Hirnstromkurve)
ICD	International Classification of Disease (Internationale Klassifizierung der Krankheiten)
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspinuntersuchung)