

Dread Disease die verkannte Krankenversicherung,

soll die zusätzlichen Kosten (Einmalsumme) decken, die durch eine Krankheit auf den Versicherten zukommen.

Geeignet

- Für Menschen mit familiären Dispositionen für bestimmte Erkrankungen.
- Für alle, die nach einer Diagnose den besten Arzt konsultieren wollen auch ohne Kassenzulassung oder Praxis in Deutschland.
- Für Patienten, die nach einer schweren OP die REHA selber bestimmen wollen.
- Für Menschen, die nach einer REHA Umbaumaßnahmen durchführen müssen.
- Für Autofahrer, die trotz einer Behinderung mobil bleiben wollen (Autoumbau).
- Für Eltern, die sich manchmal unbezahlten Urlaub nehmen müssen, um für kranke Kinder zur Verfügung zu stehen.
- Für Ehegatten, die das gleiche Problem haben.
- Für manche Unternehmer oder wichtige Köpfe in Unternehmen (der Brite nennt sie „keypersons“).
- Für Schuldner, die in einem richtigen Krankheitsfall vorsorglich alles bezahlt wissen wollen.
- Für alle, die nach einer Krankheit entscheiden es etwas „ruhiger angehen zu lassen“.
- Für alle, die mit einer Erkrankung sich noch einen (lange gehegten) Wunsch erfüllen wollen.

Ein Marktvergleich der Schwere-Krankheiten-Versicherungen aus medizinischer Sicht zu häufig vorkommenden Erkrankungen von MEDI-KOST in Kooperation mit Dr. med. Peter Grotmann, Facharzt für Dermatologie, Venerologie und Allergologie.

Dieser Vergleich trifft keine Gesamtaussage über die verglichenen Produkte. Bei Einzelerkrankungen existieren teilweise sehr große Unterschiede, die zu einer unterschiedlichen Bewertung je Beratungsfall führen können. Der Produktvergleich ist für Versicherungs-Vermittler zum internen Gebrauch bestimmt. Der Produktvergleich ersetzt in keinem Fall die Beratung des Kunden durch den Vermittler.

Bewertungsregeln 2017

Alle zum Verkauf angebotenen Tarife wurden bewertet.

Bewertet wurden die versicherten Erkrankungen aus medizinischer Sicht. Betrachtung der medizinischen Definition einer Erkrankung in Kombination mit der Wahrscheinlichkeit zu erkranken.

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung ist an der Inzidenz zu erkennen: Neuerkrankungen/anno pro 100.000 Einwohner.

Der Begriff der Prävalenz beschreibt bereits Erkrankte in einer Population.

Alle Erkrankungen, die nach unseren Ermittlungen eine Inzidenz von unter 50 aufweisen sind nicht in Bewertung eingegangen. (Medizinische Risikobetrachtung; keine medienwirksamen aber seltenen Erkrankungen).

Alle Erkrankungen, die auch nur ein Versicherer abdeckt sind in die Bewertung eingegangen, sofern Inzidenz grösser 50. Damit 2733 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner (Unisex/nicht differenziert nach Alter/Ausprägungsgraden).

Lungenerkrankungen sind trotz einer sehr weiten Verbreitung nicht in die Bewertung eingegangen: hier fehlen zurzeit Zahlen vor allem über die schweren Ausprägungsgrade.

Nicht bewertet wurden Wartezeiten, Beiträge und Auszahlungssummen und Annahmerichtlinien und die Art oder Form der „Lebensversicherung“ also die Qualität des Anbieters

Beurteilungsgrade sind selbsterklärend:

Zur Ermittlung eines Gesamturteils wurden die Einzelurteile mit der Inzidenz gekoppelt, um häufiger auftretenden Erkrankungen einen höheren Stellenwert zu geben.

Der Vergleichbarkeit wegen sind zunächst Volleleistungen und dann erst Teilleistungen bewertet worden.

Laufzeiten (bis 65/75 oder Lebenslang), medizinisch relevante Ausschlüsse finden Eingang in einem Bereich „Bonus-/Malus-Punkte“.

Erkrankung : Krebs
Inzidenz: 617
Quellen : Deutsches Krebsforschungszentrum Krebsinformationsdienst 2014

Krebs ist ein Sammelbegriff für bösartige Neubildungen von Körperzellen, die sich in jedem Gewebe oder Organ des Körpers entwickeln können. Sie wachsen "invasiv" und zerstörend in das umgebende Gewebe ein. Diese Zellen können sich aus ihrem Zellverband lösen und auf Wanderschaft gehen. Über Blut- oder Lymphbahnen, werden sie weitertransportiert und bilden Tochterabsiedlungen (Metastasen). Weitgehend ähnliche Bedingungen; **Carcinoma in situ** sind ausgeschlossen weil das Carcinoma in situ nicht metastasiert.

Die **TNM-Klassifikation (T=TumorgroÙe; N= Anzahl betroffener Lymphknoten; M= Anzahl/Ort Metastasen)** dient in der Medizin zur Einteilung bösartiger Krebserkrankungen in Stadien. Daraus folgt eine Stadien-Gruppierung zur Prognose einer Erkrankung. Die gebräuchlichste, modernste und klarste Einteilung stammt von der "Union Internationale Contre le Cancer" (UICC, Internationale Union gegen Krebs, 1997).

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnbergger	Zurich
<p>Relativ lange Karenzzeit von 6 Monaten</p> <p>Vergleichsweise strenge Leistungsausschlüsse.</p> <p>Nicht versichert ist das Stadium 1 aller Krebserkrankungen (sofern weder Chemo- noch Strahlentherapie erforderlich ist), während bei den anderen Gesellschaften nur Einschränkungen bei Frühformen bestimmter Karzinome aufgeführt werden.</p>	<p>Relativ lange Karenzzeit von 6 Monaten</p> <p>*Spitzenleistung* Die Gesellschaft mit den kürzesten Versicherungsbedingungen und den geringsten Leistungseinschränkungen nur bei Prostatakarzinomen und schwarzem Hautkrebs.</p> <p>Bei letzterem deutlich geringere Einschränkungen als bei den anderen Anbietern. *Spitzenleistung*</p>	<p>Relativ geringe Karenzzeit von 3 Monaten</p> <p>Wie bei den anderen Gesellschaften detaillierte Definitionen von der Leistung ausgenommener Frühformen. Insgesamt elf Karzinomerkrankungen, deren Frühformen nicht unter die Leistungspflicht fallen.</p>	<p>Relativ geringe Wartezeit von 3 Monaten</p> <p>Wie bei den anderen Gesellschaften detaillierte Definitionen von der Leistung ausgenommener Frühformen.</p> <p>Acht Karzinome, deren Frühstadium von der Leistungspflicht ausgenommen sind.</p>	<p>Relativ lange Karenzzeit von 6 Monaten</p> <p>Keine Mindestausprägungen verlangt, sondern es müssen unabhängig von der Art des Karzinoms bestimmte Therapieformen erforderlich sein.</p> <p>Damit fallen viele Karzinome aus der Leistungspflicht heraus.</p> <p>*Spitzenleistung* Die Nürnbergger bietet bei den Karzinomen eine Teilleistung an, bei der es ausreicht, wenn ein Karzinom vorliegt, das lediglich operiert werden muss oder Strahlentherapie behandelt wird. Weil hier keine Frühformen bestimmter Karzinome ausgeschlossen werden sind die Bedingungen für die Teilleistung großzügiger als die der anderen Anbieter. *Spitzenleistung*</p>	<p>Vergleichsweise strenge Ausschlüsse mit Leistungspflicht erst ab Tumorklasse T2 oder wenn der Tumor bereits metastasiert ist.</p> <p>Bei vielen geringer ausgeprägtem Karzinomen Teilleistungen möglich!</p>
Verbesserungswürdig	Überdurchschnittlich gute Regelung	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	Verbesserungswürdig bei Volleistung <u>Mit Teilleistung: nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>	Verbesserungswürdig bei Volleistung <u>Mit Teilleistung: Überdurchschnittlich gute Regelung</u>

Erkrankung : Angioplastie
Inzidenz: 394
Quellen: BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2014

Unter einer Angioplastie wird die Erweiterung eines krankhaft verengten Herzkranzgefäßes (ohne offene Operation) mittels eines ins Herz eingeführten Katheters verstanden.
 Standardmethode ist die Ballondilatation, bei der über einen im Gefäß liegenden Draht ein kleiner Ballon in die Gefäßverengung vorgeschoben und dann durch Auffüllen des Ballons gedehnt wird. Meist wird dieser Eingriff erst ab einer Verengung von mehr als 70% durchgeführt. Dabei wird ein kontrolliertes Zerreißen der inneren Gefäßschichten herbeigeführt und die Verengung wird an den Rand gedrückt.

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
Grundvoraussetzung wie bei den anderen Anbietern, d.h. wenn mindestens zwei Herzkranzgefäße zu mehr als 70% verengt oder verschlossen sind. *Spitzenleistung* Zusätzlich jedoch Teilzahlung bei höhergradigem Verschluss auch nur eines Gefäßes sowie Leistungserweiterung auf andere Methoden wie PTCA, Stents, oder Laser *Spitzenleistung*	Grundvoraussetzung wie bei den anderen Anbietern, d.h. wenn mindestens zwei Herzkranzgefäße zu mehr als 70% verengt oder verschlossen sind	Nicht versichert	Nicht versichert	mindestens zwei Herzkranzgefäße zu mehr als 70% verengt oder verschlossen	Als volle Leistung nicht versichert, jedoch als Teilleistung. Die Kriterien für die Teilleistung entsprechen weitgehend jenen der anderen Anbieter für die volle Leistung, zusätzlich gefordert wird der Nachweis einer Durchblutungsstörung des Herzens mit entsprechenden Beschwerden
nicht mehr sinnvoll zu verbessern	Überdurchschnittlich gute Regelung	Nicht zu beurteilen	Nicht zu beurteilen	Überdurchschnittlich gute Regelung	Verbesserungswürdig

Erkrankung: Alzheimer über 65/ 67
Inzidenz: 374
Quellen: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 2012

Die Krankheit ist ein durch fehlerhafte Stoffwechselforgänge hervorgerufener, langsam fortschreitender Verlust von Nervenzellen. Die Folge hiervon ist eine zunehmende Störung des Gedächtnisses und anderer Hirnfunktionen. Alzheimer gehört zu den häufigsten Ursachen einer Demenz. Der Name der Erkrankung geht auf den deutschen Arzt Alois Alzheimer zurück, der im Jahr 1906 erstmals die für die Erkrankung typischen Ablagerungen im Gehirngewebe beschrieb.
 Nur 0,1 % aller Patienten sind jünger als 65. Etwa 80 % der Patienten sind älter als 80 Jahre alt – (eine Erkrankung der Hochbetagten).

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
Nicht versichert	Nicht versichert	Nicht versichert	*Spitzenleistung* Einziger Anbieter der bei Morbus Alzheimer auch bei Erkrankung jenseits des 65. / 67. Lebensjahres leistet. *Spitzenleistung*	Nicht versichert	Nicht versichert
Nicht zu beurteilen	Nicht zu beurteilen	Nicht zu beurteilen	Überdurchschnittlich gute Regelung	Nicht zu beurteilen	Nicht zu beurteilen

Erkrankung : Herzinfarkt
Inzidenz : 362
Quellen : Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. German Cardiac Society und Prof. Dr. med. Helmut Gohlke, Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung Berlin 2013

Wenn sich ein Blutgefäß des Herzens (Herzkranzgefäß oder Koronargefäß) verschließt entsteht ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt). Ursache dieses Gefäßverschlusses ist in der Regel eine Gefäßverkalkung (Arteriosklerose). Das sind Ablagerungen an der Gefäßinnenwand, sog. Plaques. Der Herzmuskel wird in der Folge nicht mehr mit Sauerstoff versorgt und kann seine Arbeit nicht mehr verrichten. Wird die Durchblutung nicht innerhalb kürzester Zeit wiederhergestellt, stirbt das betroffene Muskelgewebe ab. Das kann die Funktion des Pumporgans bedrohen. Je nach Größe und Ort des Infarkts können die Symptome beim Herzinfarkt stark variieren. Die Diagnose eines akuten Koronarsyndroms beruht auf:

- typische klinische Beschwerden wie Brustschmerz
- typische EKG Veränderungen
- typische Laborveränderungen

Nach neusten kardiologischen Leitlinien (2014) unterscheidet man 3 unterschiedliche Infarkttypen

1. **STEMI (ST-elevation myocardial infarction)** **46% Tendenz fallend**
2. **NSTEMI (Non-ST-elevation myocardial infarction)** **41% Tendenz steigend**
3. **Instabile Angina pectoris** **13% zugeordnet seit 2014 den NSTEMI**

Der NSTEMI ist zwar im Vergleich zum STEMI ein kleinerer Infarkt mit niedrigerer Mortalität während des akuten Geschehens. Jedoch aufgrund des höheren kardiovaskulären Risikoprofils ist die Einjahres-Letalität-Rate beider Gruppen bei der ACOS-Bewertung ähnlich (14% NSTEMI und 15,2% STEMI). Laienhaft gesprochen „in einem 1-Jahreszyklus ähnlich häufig tödlich.“

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
<p>Verlangt werden zwei der drei infarkttypischen Symptome (Labor- und EKG-Veränderungen), nicht jedoch klinische Symptome. Gute Regelung</p> <p>Allerdings sind NSTEMI-Infarkte von der Leistung ausgeschlossen.</p>	<p>Gesicherter Nachweis eines Herzinfarktes gefordert. So sind zum Beispiel „stumme“ Infarkte ohne klinische Beschwerden, die trotzdem zu EKG- und/oder Laborveränderungen führen können, versichert.</p> <p>*Spitzenleistung* Diese Kriterien sind deutlich einfacher zu erfüllen als jene der anderen Anbieter. *Spitzenleistung*</p>	<p>hier wird die Kombination der typischen Symptome eines Herzinfarktes gefordert, in jedem Fall Labor- und EKG-Veränderungen, letztere können in ausgeprägten Fällen das Fehlen klinischer Symptome kompensieren.</p>	<p>Alle der 3 Herzinfarkt-Kriterien (EKG, Labor, typische Schmerzen) müssen zusammen erfüllt sein.</p> <p>Einzigste Versicherung, die zusätzlich auch den Nachweis einer Funktionsbehinderung des Herzens verlangt, womit eine Reihe leichter Infarkte aus der Krankheitsdefinition herausfallen.</p> <p>Alle Formen des Infarktes sind versichert.</p>	<p>Gefordert wird eine Funktionsbehinderung des Herzens mit einem Auswurfvolumen von unter 45 %. Vergleichbar streng.</p> <p>EKG-Veränderungen oder Laborveränderungen werden nicht explizit gefordert</p> <p>*Spitzenleistung* Die Nürnberger leistet eine Teilleistung auch ohne Funktionsbehinderung, für diese Versicherungsbedingungen im Vergleich zu den anderen Anbietern leicht zu erfüllen, weil lediglich der schulmedizinisch anerkannten Nachweis eines Infarktes gefordert wird. *Spitzenleistung*</p>	<p>2 Herzinfarkt-Kriterien (Labor, und EKG oder typische Schmerzen) müssen zusammen erfüllt sein.</p> <p>Kein Mindestwert und keine Angabe bestimmter Herzenzyme</p> <p>*Spitzenleistung* Diese Kriterien sind deutlich einfacher zu erfüllen als jene der anderen Anbieter. *Spitzenleistung*</p>
durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	nicht mehr sinnvoll zu verbessern	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard <u>Mit Teilleistung: nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>	nicht mehr sinnvoll zu verbessern

Erkrankung: Schlaganfall
Inzidenz: 333
Quellen: Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) März 2015

Ein Schlaganfall ist eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns, verursacht durch kritische Störungen der Blutversorgung des Gehirns. Entweder ist das eine akute Minderdurchblutung (Ischämie), verursacht durch ein Blutgerinnsel, das ein Hirngefäß verstopft (etwa 80 % aller Fälle).

Anderenfalls handelt sich um einen hämorrhagischen Schlaganfall, wenn die Durchblutungsstörung auf einer Hirnblutung beruht. 15 bis 20 Prozent aller Schlaganfälle fallen in diese Kategorie.

Oft führt es zu einem anhaltenden Ausfall von Funktionen des Zentralnervensystems. *Wichtigstes Kriterium für Bewertung ist die geforderte Ausprägung der neurologischen Ausfälle und nicht die voraussichtliche Bestehensdauer (Folgeschäden nach Ablauf von drei Monaten in aller Regel endgültig)*

Die Bedingungen aller Versicherungen ähneln sich insoweit, als dass ein fachärztlicher Nachweis der Erkrankung durch bildgebende Diagnostik erforderlich ist und aus dem Schlaganfall neurologische Einschränkungen resultieren müssen, die mindestens drei Monate anhalten.

Auch die Ausschlüsse sind weit gehend gleich und umfassend im Wesentlichen vorübergehende, durchblutungsbedingte neurologische Ausfälle, so genannte TIA.

Die Unterschiede liegen in der Definition der resultierenden neurologischen Ausfallerscheinungen.

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
<p>Eine von vier neurologischen Ausfällen muss vorliegen, die allgemein definiert sind.</p> <p>Es werden nur allgemein Halbseitenlähmung, Sprachstörung, Sehstörung oder Epilepsie gefordert.</p>	<p>Gefordert werden lediglich „nicht mehr behebbare neurologische Folgeerscheinungen“, ohne weitere Definition oder Einschränkung.</p>	<p>über einen Zeitraum von 3 Monaten anhaltende neurologische Ausfallerscheinungen ohne weitere Definitionen sind Grundlage für Versicherungsschutz</p>	<p>Gefordert werden resultierende neurologische Ausfälle, die hier sehr exakt, aber auch sehr streng definiert werden.</p> <p>So muss eine von fünf genau und streng definierten Einschränkungen erfüllt sein.</p> <p>Jede dieser Bedingungen ist mit schwersten neurologischen Ausfällen verknüpft, die zudem voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren vorliegen müssen.</p> <p>Die Beurteilung, ob eine oben aufgeführten Bedingungen erfüllt ist, frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall.</p>	<p>Mindestens ein schwerer neurologischer Ausfall muss vorliegen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lähmung - Sprachverlust - Sehverlust - Schluckstörungen - Einschränkungen der Persönlichkeit mit Verlust der selbstständigen Lebensführung <p>*Spitzenleistung* b) Teilsomme Aufgrund des Schlaganfalls muss nach dessen Eintritt keine der unter a) genannten Einschränkungen bestehen. Es reicht also die reine Diagnose! *Spitzenleistung*</p>	<p>Ein neurologischer Ausfall muss vorliegen, der jedoch nicht streng einengend, sondern allgemein definiert wird.</p> <p>Die Bestehensdauer von 3 Monaten wird ergänzt durch eine voraussichtliche Dauer von nur mind. 9 Monaten</p>
<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard</p>	<p>Überdurchschnittlich gute Regelung</p>	<p>Überdurchschnittlich gute Regelung</p>	<p>Verbesserungswürdig</p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard <u>Mit Teilleistung; nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u></p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard</p>

Erkrankung:	Lebererkrankungen
Inzidenz:	250
Quellen:	Universität Heidelberg 2012

Die Leber ist mit etwa 1,5 kg Gewicht eines der größten inneren Organe. Die Leber hat sehr viele lebenswichtige Aufgaben. Zum Beispiel speichert sie Nahrungsbestandteile wie Fette oder Zucker. Sie baut zudem Schadstoffe ab und bildet Hormone und Stoffe für die Blutgerinnung. Bei Erkrankungen wird das Leberzellgewebe nach und nach durch Bindegewebe ersetzt. (Leberfibrose- und -zirrhose). Schreitet dieser Vorgang weiter fort geht die Leberfunktion weitgehend verloren. Bei einer Fettleber lagern Leberzellen vermehrt Fett an und entwickeln in der Folge auch Bindegewebszellen.

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.

PrismaLife und Die Bayerische beziehen sich auf die gängigen Child-Pugh-Kriterien Vordergründig einfach vergleichbar.

Canada und Zurich hingegen fordern typische Symptome der Lebererkrankung, wobei in der Definition ausdrücklich von einem "Endstadium" gesprochen wird, bei der Canada mindestens zwei Symptome, bei der Zurich drei. Wertet man weitere Einschränkungen sind die Häuser annähernd vergleichbar.

*Die Bewertung für die Bayerische ist Mitte 2016 auf „durchschnittliche Regelung“ verändert worden.

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische*	Gothaer	Nürnberger	Zurich
Definitionsgemäß muss das Endstadium der Erkrankung erreicht worden sein und 2 von 4 typischen Symptomen müssen vorliegen.	Maßstab sind die Child-Pugh- Kriterien, hier wird mindestens Stadium C gefordert, oder ein Nachweis über die Aufnahme in eine offizielle Transplantationsliste	Maßstab sind die Child-Pugh- Kriterien, hier wird mindestens Stadium B gefordert Zusätzliche Forderungen führen aber zu folgendem Ergebnis	Nicht versichert	mindestens 2 der typischen Funktionsstörungen müssen vorliegen und dürfen nicht vollständig durch Medikamente beherrschbar sein	Definitionsgemäß muss das Endstadium der Erkrankung erreicht worden sein und 3 von 4 typischen Symptomen müssen vorliegen.
durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	Nicht zu beurteilen	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard

Erkrankung:	Unfälle
Inzidenz:	169
Quellen:	Die Zahl wurde am 12.11.2015 20:48 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Unfälle sind plötzliche, zeitlich und örtlich bestimmbare und von außen einwirkende Ereignisse, bei dem eine natürliche Person unfreiwillig einen Körperschaden erleidet. Diese Definition wird von allen Versicherern genutzt.

Die Bedingungen der Anbieter sind weitgehend ähnlich, gefordert werden entweder die Gebrauchsunfähigkeit von Extremitäten, eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen.

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
gefordert werden entweder die Gebrauchsunfähigkeit von zwei Extremitäten, eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen.	Im Gegensatz zu den meisten Anbietern wird hier jedoch die Gebrauchsunfähigkeit von nur einer Extremität gefordert.	Die Absicherung bei Unfällen nicht explizit erwähnt. Nur Teile der Leistungen findet man aber unter anderen Punkten wieder.	gefordert werden entweder die Gebrauchsunfähigkeit von zwei Extremitäten, eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen.	Im Gegensatz zu den meisten Anbietern wird hier jedoch die Gebrauchsunfähigkeit von nur einer Extremität gefordert.	gefordert werden die Gebrauchsunfähigkeit einer ganzen Extremität oder die Gebrauchsunfähigkeit von zwei Extremitäten, eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen ab 3 bis nur 9 Monaten.
durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	Überdurchschnittlich gute Regelung	Verbesserungswürdig	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	Überdurchschnittlich gute Regelung	Überdurchschnittlich gute Regelung

Erkrankung:	Verlust von Gliedmaßen
Inzidenz:	86
Quellen:	Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. 2012

„oberhalb des Hand- oder Fußgelenks“ oder „im Knie oder Ellenbogengelenk“; Anzahl der verlorenen Gliedmaßen.

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
<p>Gefordert wird der Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen.</p> <p>Geleistet wird aber auch bei Funktionsverlust und nicht nur bei körperlicher Abtrennung der Gliedmaßen, nicht aber bei Replantation.</p> <p>Der Verlust einer Gliedmaße wird mit einer Teilleistung versichert.</p>	<p>*Spitzenleistung* Geleistet wird schon bei Verlust nur einer Gliedmaße.</p> <p>Auch bei Replantation wird geleistet. *Spitzenleistung*</p>	<p>Gefordert wird der Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen</p>	<p>Gefordert wird der Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen</p>	<p>Geleistet wird, wenn nur <u>eine</u> Extremität verlustig geht, hier wird jedoch eine höhere Amputation gefordert, d.h. im Ellenbogen- bzw. Kniegelenk.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Funktionsverlust nicht durch Hilfsmittel kompensiert werden darf.</p> <p>Andererseits leistet die Nürnberger auch bei Funktionsverlust und nicht nur bei Abtrennung</p>	<p>Gefordert wird der Verlust von mind. einer Gliedmaße (direkt am Rumpf) oder Abtrennung von zwei Extremitäten an oder oberhalb der Hand- oder Fußgelenke.</p> <p>*Spitzenleistung* Versichert mit Teilleistung ist die dauerhafte Abtrennung einer Extremität (Hände und/oder Füße) an oder oberhalb des Hand- oder Fußgelenks. Ebenfalls versichert der Funktionsverlust ohne Abtrennung. *Spitzenleistung*</p>
Überdurchschnittlich gute Regelung	nicht mehr sinnvoll zu verbessern	Verbesserungswürdig	Verbesserungswürdig	Überdurchschnittlich gute Regelung	Überdurchschnittlich gute Regelung
					<u>Mit Teilleistung: Nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>

Erkrankung:	Pflegebedürftigkeit vor dem 65. Lebensjahr
Inzidenz:	81
Quellen:	Pflegebericht 2011/2012 Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung

bezeichnet einen Zustand, in dem ein kranker oder behinderter Mensch Beeinträchtigungen nicht selbstständig kompensieren kann (beeinträchtigte Autonomie bei der Lebensgestaltung) und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist. Um Pflegebedürftigkeit medizinisch zu messen (quantifizieren), kommen standardisierte Messinstrumente wie „Aktivitäten im täglichen Leben (ATL)“ und „Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebensaktivitäten (ADL - activities of daily living)“, oder auch das NBA zur Anwendung. Die Bedingungen aller Anbieter sind ähnlich und zielen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) ab. Die Messinstrumente sind gleich!

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können.</p> <p>Eine Bestehensdauer von 6 Monaten und ein Mindestalter von 18 Jahren gefordert.</p>	<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können.</p> <p>Hier wird eine Bestehensdauer von 6 Monaten gefordert. Zusätzlicher Hinweis: Pflegebedürftigkeit nicht durch Hilfsmittel behebbar oder verbesserbar sein darf.</p>	<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können.</p> <p>Hier wird eine Bestehensdauer von nur 3 Monaten gefordert.</p>	Nicht versichert	<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können.</p> <p>Relativ großzügig mit kurzer Bestehensdauer von 3 Monaten und relativ breitem Altersspektrum von 15 bis 67.</p>	<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können.</p> <p>Hier wird keine konkrete Bestehensdauer angegeben, die Einschränkungen müssen jedoch dauerhaft sein.</p>
durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	Überdurchschnittlich gute Regelung	Nicht zu beurteilen	Überdurchschnittlich gute Regelung	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard

Erkrankung: Bypass
Inzidenz: 67
Quellen: DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Jan 2014

Bypass bedeutet übersetzt "Umgehung". Medizinisch ist damit die Umgehung von Blutgefäßen gemeint, welche in ihrer Funktion eingeschränkt (verengt, verstopft) sind. Bei einer Bypassoperation benutzt man Venen und/oder Arterien des eigenen Körpers (ggf. von Verstorbenen) oder auch künstliche Materialien (z. B. Gore-Tex).
 Am häufigsten werden die Herzkranzgefäße bei einer Stenose (Verengung) mit einem Bypass versorgt.

Canada Life	PrismaLife	Die Bayerische	Gothaer	Nürnberger	Zurich
Gefordert wird ein Eingriff an mindestens einem Gefäßabschnitt. Zusätzliche Voraussetzungen sind - ein mindestens 70-prozentigen Gefäßverschluss (fällt praktisch nicht einschränkend ins Gewicht, weil ein höhergradiger Gefäßverschluss i.d.R. Voraussetzung für diesen Eingriff ist.) - eine vorangegangene Angiographie (Ohne findet in der Regel kein Bypass statt)	Gefordert wird ein Eingriff an mindestens einem Gefäßabschnitt. Zusätzliche Voraussetzung ist ein mindestens 70-prozentiger Gefäßverschluss (fällt praktisch nicht einschränkend ins Gewicht, weil ein höhergradiger Gefäßverschluss i.d.R. Voraussetzung für diesen Eingriff ist.) Positiv zu vermerken ist das die Schadensleistung, im Gegensatz zu den anderen Anbietern, auch vor dem Eingriff eintritt.	Gefordert wird ein Eingriff an mindestens zwei Gefäßabschnitten.	Gefordert wird ein Eingriff an mindestens zwei Gefäßabschnitten.	*Spitzenleistung* lediglich eine Verengung der Herzkranzgefäße ohne Einschränkung der Anzahl der betroffenen Gefäße oder der prozentualen Verengung verlangt wird. *Spitzenleistung*	Gefordert wird ein Eingriff an mindestens einem Gefäßabschnitt, mit Voraussetzung einer mind. 70 prozentigen Verengung. Einige wenig relevante Ausschlüsse Positiv zu vermerken die Übernahme auch minimal-invasiver Eingriffe.
Gute Regelung	Gute Regelung	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard	<u>Nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>	Gute Regelung
Gesamtbewertung: Entspricht Marktstandard	Gesamtbewertung: Spitzengruppe	Gesamtbewertung: Entspricht Marktstandard	Gesamtbewertung: Entspricht Marktstandard	Gesamtbewertung: Spitzengruppe	Gesamtbewertung: Gutes Produkt

Haftungsausschluss MEDI-KOST

Der Produktvergleich wurde von MEDI-KOST in Kooperation mit Dr. med Peter Grotmann, Facharzt für Dermatologie, Venerologie und Allergologie mit der größtmöglichen Sorgfalt erstellt. Hierbei handelt es sich um eine Servicedienstleistung. Die von MEDI-KOST und Dr. Peter Grotmann zur Verfügung gestellten Daten erheben keinen Anspruch auf Richtigkeit oder Vollständigkeit. MEDI-KOST und Dr. Peter Grotmann führen keine Produktprüfung bzw. Plausibilitätsprüfungen der einzelnen dort vorgestellten Produkte durch und nimmt weder Empfehlungen noch Beratungen für diese Angebote vor. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von Dritten zur Verfügung gestellten Daten und Dokumente übernehmen MEDI-KOST und Dr. Peter Grotmann keinerlei Gewähr. Rechtlich verbindlich sind allein die Angaben in den Vertragsbedingungen und Prospekten der Produktpartner.

MEDI-KOST und Dr. Peter Grotmann übernehmen keine Haftung für Schäden, die aus den hier zur Verfügung gestellten Informationen resultieren. Der Produktvergleich dient dazu, sich einen ersten Überblick über vergleichbare Produkte zu verschaffen. Der Produktvergleich ersetzt nicht die Beratung des Kunden.

Eine kurze Zusammenfassung:

1. es gibt keine „schlechte DD“
2. eine Betrachtung der medizinischen Bedingungen ist sinnvoll für Kunden, die eine familiäre Disposition oder individuelle „Ängste“ haben.
3. Zwei Anbieter zeigen rein medizinisch überdurchschnittliche Leistungen und gehören zur Spitzengruppe der bewerteten Produkte.