

Ein Marktvergleich der Schwere-Krankheiten-Versicherungen (Dread-Disease-Versicherungen) aus medizinischer Sicht zu häufig vorkommenden Erkrankungen von MEDI-KOST(in Kooperation mit einem eigenen Ärztenetzwerk unter Federführung von Dr. med. Peter Grotmann, Facharzt für Dermatologie, Venerologie und Allergologie). Dread-Disease-Versicherungen sollen die zusätzlichen Kosten (mit Einmalsummen) decken, die durch eine Krankheit auf den Versicherten zukommen. Sie haben - anders als in der Versicherungsbranche oft behauptet keine Ersatzfunktion für BU-Versicherungen – Krankenversicherungscharakter.

Bewertungsregeln 2019

Alle zum Verkauf angebotenen Tarife wurden bewertet (Stand 01.07.2019). Optionale Erweiterungen (Pflege/BU) fanden keinen Eingang in die Untersuchung.

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

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

Der Begriff der Prävalenz beschreibt bereits Erkrankte in einer Population und ist damit keine Risikobetrachtung.

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

Alle Erkrankungen, die auch nur ein Versicherer abdeckt sind in die Bewertung eingegangen, sofern Inzidenz grösser 50. Damit erfassen wir knapp 3000 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner/anno (Unisex/ nicht differenziert nach Alter und Ausprägungsgraden).

Lungenerkrankungen sind erstmals wegen einer sehr weiten Verbreitung in die Bewertung eingegangen: Es fehlen immer noch genaue Zahlen über Neuerkrankungen. Wegen der extrem hohen Verbreitung in Europa (In Deutschland leiden rund 6,8 Millionen Menschen allein an chronisch obstruktiven Lungenerkrankung –COPD--) gehen wir von einer Inzidenz über 300 aus.

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

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 Vollleistungen und dann zusätzlich erst Teilleistungen bewertet worden.

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

Beurteilungsgrade sind selbsterklärend, Einige Grade haben mehrere Beschreibungen, die Unterstrichene gilt.“.

Dies ist der dritte Vergleich seit 2013. Es gibt für die Wiederholung mehrere Gründe.

- Neue Marktteilnehmer mit den Versicherern IDEAL und DEVK, die allerdings das gleiche Produkt anbieten, nur mit anderen Namen. Die IDEAL TotalProtect (Risikoträger) ist quasi eine Zwillingsschwester der DEVK VitaProtect. Das Besondere ist, dass es keinen festen Katalog an Erkrankungen gibt. Nur wenige auslösende Krankheiten werden gesondert benannt. Vielmehr zielt das Produkt auf eine dauerhafte und vollständige Erwerbsunfähigkeit ohne Aussicht auf Besserung ab. Somit sind beispielsweise Folgen psychischer Erkrankungen ggf. versichert. Die geforderte dauerhaft schwere Einschränkung der Leistungsfähigkeit, die den Leistungsfall bedingt, darf nicht mehr behandlungsfähig sein.

Die Kriterien orientieren sich am gesetzlichen Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Einschränkungen müssen bereits mind. 6 Monate bestehen und die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen und der bisher ausgeübte Beruf der versicherten Person werden bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt (bei der EM-Rente ggf. anders). Das ist eine höhere Hürde, als bei der staatlichen „vollen EM-Rente“.

Der Schwellenwert um in den Genuss von Versicherungsleistungen zu kommen ist folglich sehr hoch, wir sprechen hier von weniger als 176 Fällen auf 100.000 Einwohner (jährliche Neuverrentung auf 100.000 Einwohner mit vollen Erwerbsminderungsrenten). Zudem zielt diese Form der Leistungsauslösung sehr stark in Richtung BU-Ersatz und das ist dem Grunde nach nie das Ziel einer Dread-Disease-Versicherung.

- Mehrere Anbieter haben Ihre AVB verändert, was allerdings in der Rückschau keine wesentlichen Neubeurteilungen zur Folge hatte. Dafür sind die Preise der Anbieter geblieben (ein Indiz für eher unwesentliche Verbesserungen). Dazu ein Beispiel:
Chronische Pankreatitis bei einem Anbieter neu versichert:
Beschreibung: Die chronische Pankreatitis ist eine ständig wiederkehrende Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Ein Anbieter wirbt mit der Neuaufnahme in den Versicherungsschutz. Inzidenz 5-10. Davon etwa 80% auf Alkoholmissbrauch zurück zu führen, und damit grundsätzlich nicht versichert. Es bleiben etwa 1bis max. 2 betroffene Patienten von 100.000 Einwohnern als Versicherungsfall. Das ist ein Prozentwert von 0,01 bis 0,02 –somit sehr unwahrscheinlich daran zu erkranken.
- Die Bayerische hat ihr Produkt aus dem Markt genommen.
- Inzidenzen verändern sich durch Wanderungsgewinne im Wachstum der Bevölkerung um fast 2 Mio. Einwohner von 2012 auf 2017. Folgen sind Veränderungen der Zahlen nicht nur negativ durch Wanderungsgewinne vor allem junger Menschen.
- Genauere Zählungen und neue medizinische Register führen zusätzlich zu leichten Veränderungen bei Auftretenswahrscheinlichkeiten.
- Durch Wegfall und Zugewinn von Marktteilnehmern haben sich in einigen Bereiche z.B. „Durchschnitte“ verschoben.

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.

Erkrankung: Krebs
Inzidenz 601
Quellen : © 2019 Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum

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= Tumorgroße; 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	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
<p>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),</p>	<p>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.</p> <p>*Spitzenleistung*</p>	<p>Karenzzeit von 6 Monaten</p> <p>Wie bei den anderen Gesellschaften detaillierte Definitionen von der Leistung ausgenommener Frühformen. Vergleichsweise strenge Leistungsausschlüsse:</p> <p>Ausschluss aller anderen Tumorerkrankungen im UICC-Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine antineoplastische Chemotherapie erforderlich ist.</p>	<p>Relativ geringe Karenzzeit von 3 Monaten</p> <p>Wie bei den anderen Gesellschaften detaillierte Definitionen von der Leistung ausgenommener Frühformen. Acht Karzinome, deren Frühstadium von der Leistungspflicht ausgenommen sind.</p>	<p>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 Nürnberger 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.</p> <p>*Spitzenleistung*</p>	<p>Karenzzeit von 6 Monaten</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	nicht mehr sinnvoll zu verbessern	verbesserungswürdig	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend	verbesserungswürdig bei Volleistung <i>Mit Teilleistung: nicht mehr sinnvoll zu verbessern</i>	verbesserungswürdig bei Volleistung <i>Mit Teilleistung: Überdurchschnittlich gute Regelung/ herausragende Regelung</i>

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% zweier Herzkranzgefäße durchgeführt. Dabei wird ein kontrolliertes Zerreißen der inneren Gefäßschichten herbeigeführt und die Verengung wird an den Rand gedrückt.

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	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	gute Regelung	nicht zu beurteilen	nicht zu beurteilen	gute Regelung	verbesserungswürdig

Erkrankung: Alzheimer über 65/ 67
Inzidenz: 386
Quellen: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 27.06.2018

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	DEVK / IDEAL	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	<u>überdurchschnittlich gute Regelung, herausragende Regelung</u>	nicht zu beurteilen	nicht zu beurteilen

Erkrankung: Herzinfarkt
Inzidenz: 346
Quellen: Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) 2019 für Standardisierte Altersgruppe: 35 Jahre bis unter 75 Jahre im Jahr 2016

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	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
<p>Verlangt werden zwei der drei infarkttypischen Symptome (Labor- und EKG-Veränderungen), nicht jedoch klinische Symptome. Gute Regelung</p> <p>Allerdings: Non-STEMI Myokardinfarkte sind innerhalb der Versicherungsdauer maximal bis zum 75. Geburtstag der versicherten Person versichert. Diese Form von Infarkten trifft vor allem ältere Menschen.</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>Alle der 3 Herzinfarkt-Kriterien (EKG, Labor, typische Schmerzen) müssen zusammen erfüllt sein.</p> <p>Gefordert wird eine Funktionsbehinderung des Herzens mit einem Auswurfvolumen von unter 45 %. Vergleichbar streng.</p>	<p>Alle der 3 Herzinfarkt-Kriterien (EKG, Labor, typische Schmerzen) müssen erfüllt sein.</p> <p>zusätzlich wird auch der 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>EKG- Veränderungen oder Laborveränderungen werden nicht explizit gefordert</p> <p>Gefordert wird eine Funktionsbehinderung des Herzens mit einem Auswurfvolumen von unter 45 %. Vergleichbar streng.</p> <p>*Spitzenleistung* Der Anbieter leistet eine Teilleistung auch ohne Funktionsbehinderung. Nur der schulmedizinisch anerkannte Nachweis eines Infarktes gefordert. *Spitzenleistung*</p>	<p>2 Herzinfarkt- Kriterien (Labor, und EKG oder typische Schmerzen) müssen zusammen erfüllt sein. kein Mindestwert und keine Angabe bestimmter Herzenzyme</p> <p>*Spitzenleistung* Diese Kriterien sind deutlich einfacher zu erfüllen als jene der anderen Anbieter. *Spitzenleistung*</p>
<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ <u>zufriedenstellend</u></p>	<p>nicht mehr sinnvoll zu verbessern</p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend</p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend</p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend <i>Mit Teilleistung: nicht mehr sinnvoll zu verbessern</i></p>	<p>nicht mehr sinnvoll zu verbessern</p>

Erkrankung: Schlaganfall
Inzidenz: 317
Quellen: Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft Mai 2019

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

Die Unterschiede liegen in der Definition der resultierenden neurologischen Ausfallserscheinungen.

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
Eine von vier neurologischen Ausfällen muss vorliegen, die allgemein definiert sind. Es werden nur allgemein Halbseitenlähmung, Sprachstörung, Sehstörung oder Epilepsie gefordert.	Gefordert werden lediglich „nicht mehr behebbarer neurologischer Folgeerscheinungen“, ohne weitere Definition oder Einschränkung.	Gefordert werden neurologisch bedingte, dauerhafte Einschränkungen des täglichen Lebens, die trotz fachärztlicher und leitliniengerechter Behandlung in direkter Folge zu einer verminderten Leistungsfähigkeit führen. Diese Leistungsminderung wird anhand der Feststellung des funktionalen Status ermittelt, der hier sehr exakt, aber auch sehr streng definiert wird.	Gefordert werden resultierende neurologische Ausfälle, die hier sehr exakt, aber auch sehr streng definiert werden. So muss eine von fünf genau und streng definierten Einschränkungen erfüllt sein. Jede dieser Bedingungen ist mit schwersten neurologischen Ausfällen verknüpft, die zudem voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren vorliegen müssen. Die Beurteilung, ob eine oben aufgeführten Bedingungen frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall.	Mindestens ein schwerer neurologischer Ausfall muss vorliegen wie: - Lähmung - Sprachverlust - Sehverlust - Schluckstörungen - Einschränkungen der Persönlichkeit mit Verlust der selbstständigen Lebensführung *Spitzenleistung* Teilleistung.... Aufgrund des Schlaganfalls muss nach dessen Eintritt keine der unter a) genannten Einschränkungen bestehen. Nur die Diagnose reicht ohne den Nachweis neurologischer Ausfälle *Spitzenleistung*	Ein neurologischer Ausfall muss vorliegen, der jedoch nicht streng einengend, sondern allgemein definiert wird. Die Bestehensdauer von 3 Monaten wird ergänzt durch eine voraussichtliche Dauer von nur mind. 9 Monaten
durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend	<u>überdurchschnittlich</u> <u>gute Regelung/</u> <u>herausragende</u> <u>Regelung</u>	<u>verbesserungs-</u> <u>würdig</u>	<u>verbesserungs-</u> <u>würdig</u>	durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend <u>Mit Teilleistung:</u> <u>nicht mehr sinnvoll</u> <u>zu verbessern</u>	durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend

Erkrankung: Lungenerkrankungen
Inzidenz: >300 Auf der Liste der häufigsten Todesursachen weltweit belegte allein COPD 2016 den dritten Platz
Quellen: Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH)
 Lungeninformationsdienst 2018

Lungenerkrankungen

Die verbreitetste Lungenkrankheit ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, COPD). Sie ist nicht heilbar und dadurch gekennzeichnet, dass eine dauerhafte Verengung der Atemwege (Obstruktion) stattfindet. Es kommt zu dauernder Atemnot und einer Zerstörung des Lungengewebes (Lungenemphysem).

Behandlungen bestehen aus nicht medikamentösen Therapien, Medikamenten und letztlich Sauerstofflangzeittherapien.

Das letzte Mittel ist eine Lungentransplantation, für die nur wenige Patienten geeignet sind.

Schweregrade sind eingeteilt nach eingeschränkter Lungenfunktion GOLD (I-IV)

Von COPD zu unterscheiden ist die zweite häufige Atemwegserkrankung :Asthma- hier tritt Atemnot anfallsartig auf. Beide Erkrankungen zählen zu den obstruktiven Lungenerkrankungen.

Deutlich seltener sind die restriktiven Lungenerkrankungen wie zum Beispiel Thorakoplastik (Rippenresektion), Skoliose und Kyphoskoliose.

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
Gefordert ist eine Ununterbrochene Sauerstoffversorgung Forderungen bestimmter Werte wie z.B: Sauerstoffpartialdruck oder FEV1 entsprechen den anderer Versicherer	Gefordert ist die Notwendigkeit der Sauerstoffversorgung Forderungen bestimmter Werte wie z.B. Sauerstoffpartialdruck oder FEV1 entsprechen denen anderer Versicherer	Gefordert ist eine dauerhafte Heimsauerstofftherapie Forderungen bestimmter Werte wie z.B. Sauerstoffpartialdruck oder FEV1 entsprechen denen anderer Versicherer	Nicht versichert	Gefordert ist eine Ununterbrochene Sauerstoffversorgung Forderungen bestimmter Werte wie z.B. Sauerstoffpartialdruck oder FEV1 entsprechen denen anderer Versicherer	Erfordernis einer dauerhaften, ununterbrochenen täglichen Sauerstofftherapie; seit mindestens sechs Monaten Forderungen bestimmter Werte wie z.B. Sauerstoffpartialdruck oder FEV1 entsprechen denen anderer Versicherer nur chronischen, restriktive Lungenerkrankung versichert, die seltener sind als die chronisch obstruktiven Erkrankungen
durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend	durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend	durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend	nicht zu beurteilen	durchschnittliche Regelung/ <u>Marktstandard/</u> zufriedenstellend	verbesserungswürdig

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,DEVK / IDEAL, beziehen sich auf die gängigen Child-Pugh-Kriterien Vordergründig einfach vergleichbar.

Canada, Zurich und NÜRNBERGER 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.

Da ein großer Teil schwerer Lebererkrankungen auf Alkoholmissbrauch zurück zu führen ist, dürfte die Anzahl der versicherten Krankheitsfälle kleiner als die Angabe der Inzidenzen sein.

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	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 C gefordert oder die Listung zur Transplantation.	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/ zufriedenstellend	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend	nicht zu beurteilen	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend

Erkrankung:	Unfälle
Inzidenz:	141
Quellen:	Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) 2019 für das Jahr 2017

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	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
gefordert werden Verlust / Gebrauchsunfähigkeit einer ganzen Extremität, beider Arme oder beider Beine jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen.	gefordert wird die Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils oder eine Hirnschädigung oder eine Bewusstlosigkeit mit einer Mindestdauer von 96 Stunden	Die Absicherung bei Unfällen nicht explizit erwähnt, aber: siehe Einleitung- Neue Marktteilnehmer mit den Versicherern DEVK und IDEAL zur Verdeutlichung: "Gebrauchsunfähigkeit eines Armes „führt nie zu einer EM-Rente."	gefordert werden entweder die Gebrauchsunfähigkeit von zwei Extremitäten, eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen.	Gefordert wird die Gebrauchsunfähigkeit von einer Extremität oberhalb (medial) des Ellenbogen- oder Kniegelenks. Kopfverletzung mit dauerhaften neurologischen Ausfällen.	gefordert werden die Gebrauchsunfähigkeit einer ganzen Extremität, eine längere Bewusstlosigkeit oder eine Kopfverletzung mit neurologischen Ausfällen ab 3 bis nur 9 Monaten
durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend	überdurchschnittlich gute Regelung/ herausragende Regelung	verbesserungswürdig	verbesserungswürdig	überdurchschnittlich gute Regelung/ herausragende Regelung	durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ zufriedenstellend

Erkrankung:	Verlust von Gliedmaßen
Inzidenz:	88
Quellen:	Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) 2019 für das Jahr 2017
„oberhalb des Hand- oder Fußgelenks“ oder „im Knie oder Ellenbogengelenk“; Komplette Abtrennung , Anzahl der verlorenen Gliedmaßen.	

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
<p>Gefordert wird der Verlust/ Funktionsfähigkeit einer ganzen Gliedmaße oder zweier Gliedmaßen oberhalb des Hand- oder Fußgelenks.</p> <p>*Spitzenleistung* Der Verlust einer Gliedmaße(oberhalb des Hand- oder Fußgelenks) wird mit einer Teilleistung versichert. *Spitzenleistung* Bei Replantation wird nicht geleistet.</p>	<p>*Spitzenleistung* Geleistet wird schon bei Verlust nur einer Gliedmaße oberhalb des Hand- oder Fußgelenks. Auch bei Replantation wird geleistet. *Spitzenleistung*</p>	<p>Die Absicherung bei Verlust von Gliedmaßen nicht explizit erwähnt,</p> <p>aber: siehe Einleitung- Neue Marktteilnehmer mit den Versicherern DEVK und IDEAL</p> <p>zur Verdeutlichung: „Der Verlust eines Armes führt nie zu einer Leistung nach vollen EM-Renten“ Kunde bliebe ohne Versicherungsleistung!</p>	<p>Gefordert wird der Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen</p>	<p>Geleistet wird schon bei Verlust nur einer Gliedmaße. Es wird jedoch eine höhere Amputation gefordert, d.h. im Ellenbogen-bzw. Kniegelenk, Leistung auch bei Funktionsverlust und nicht nur bei Abtrennung</p> <p>Eine Voraussetzung ist, dass der Funktionsverlust nicht durch Hilfsmittel kompensiert werden darf.</p>	<p>Gefordert wird Verlust von mind. einer Gliedmaße(direkt am Rumpf) oder Abtrennung von zwei Extremitäten an oder oberhalb der Hand- oder Fußgelenke. Funktionsverlust ganzer Gliedmaße versichert.</p> <p>*Spitzenleistung* * Der Verlust einer Gliedmaße(oberhalb des Hand- oder Fußgelenks) wird mit einer Teilleistung versichert. *Spitzenleistung* Bei Replantation wird nicht geleistet.</p>
<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ <u>zufriedenstellend</u> <u>Mit Teilleistung:</u> <u>Nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u></p>	<p>nicht mehr sinnvoll zu verbessern</p>	<p>verbesserungswürdig</p>	<p>verbesserungswürdig</p>	<p>Überdurchschnittlich gute Regelung/ herausragende Regelung</p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ <u>zufriedenstellend</u> <u>Mit Teilleistung:</u> <u>Nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u></p>

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! Wegen PSG II zur Zeit keine neueren Daten.	

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können. 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. Bestehensdauer von 6 Monaten gefordert. Pflegebedürftigkeit darf nicht durch Hilfsmittel behebbar/verbesserbar sein.</p>	<p>Die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit nicht explizit erwähnt,</p> <p>aber: siehe Einleitung- Neue Marktteilnehmer mit den Versicherern DEVK und IDEAL</p> <p>einzigster Anbieter ohne standardisiertes Messinstrument</p>	<p>Nicht versichert</p>	<p>Mindestens 3 der ATL dürfen nicht mehr selbstständig verrichtet werden können. 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.keine konkrete Bestehensdauer angegeben, die Einschränkungen müssen jedoch dauerhaft sein.</p>
<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ <u>zufriedenstellend</u></p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ <u>zufriedenstellend</u></p>	<p>Verbesserungswürdig</p>	<p>nicht zu beurteilen</p>	<p>überdurchschnittlich gute Regelung/ herausragende Regelung</p>	<p>durchschnittliche Regelung/ Marktstandard/ <u>zufriedenstellend</u></p>

Erkrankung: Bypass
Inzidenz: 61
Quellen: Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie ([DGTHG](#)). Jan 2018 Für 2017

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. Die Anzahl dieser Eingriffe ist seit 2015 leicht rückläufig.

Canada Life	PrismaLife	DEVK / IDEAL	Gothaer	NÜRNBERGER	Zurich
<p>Gefordert wird ein Eingriff an mindestens einem Gefäßabschnitt.</p> <p>Zusätzliche Voraussetzungen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<p>Gefordert wird ein Eingriff an mindestens einem Gefäßabschnitt.</p> <p>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.)</p> <p>Positiv zu vermerken ist das die Schadensleistung, im Gegensatz zu den anderen Anbietern, auch vor dem Eingriff eintritt.</p>	<p>*Spitzenleistung* lediglich eine Verengung der Herzkranzgefäße ohne Einschränkung der Anzahl der betroffenen Gefäße oder der prozentualen Verengung wird verlangt. *Spitzenleistung*</p>	<p>Gefordert wird ein Eingriff an mindestens zwei Gefäßabschnitten.</p>	<p>*Spitzenleistung* lediglich eine Verengung der Herzkranzgefäße ohne Einschränkung der Anzahl der betroffenen Gefäße oder der prozentualen Verengung wird verlangt. *Spitzenleistung*</p>	<p>*Spitzenleistung* lediglich eine Verengung der Herzkranzgefäße ohne Einschränkung der Anzahl der betroffenen Gefäße oder der prozentualen Verengung wird verlangt. *Spitzenleistung*</p>
gute Regelung	gute Regelung	<u>nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>	verbesserungswürdig	<u>nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>	<u>nicht mehr sinnvoll zu verbessern</u>

Zusammenfassung und Gesamtbeurteilung

1. **Dread-Disease-Versicherungen sind eine sinnvolle Form der Krankenversicherung.**
 - 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 ode die Einrichtung 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 unbezahlten Urlaub nehmen müssen, um für kranke Kinder zur Verfügung zu stehen.
 - Für Ehegatten, die das gleiche Problem haben.
 - 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.
2. **Es gibt keine „schlechte Dread-Disease-Versicherung“.**
3. **Eine Betrachtung der medizinischen Bedingungen ist nicht nur für Kunden mit familiären Dispositionen oder individuellen „Ängsten“ sinnvoll. Bei dem Gedanken „Versicherung“ kommt es wie immer auf echte Risiken an.**
4. **Endergebnis:**

Zwei Anbieter zeigen - rein medizinisch - überdurchschnittliche Leistungen und gehören so zur Spitzengruppe der bewerteten Produkte. Das sind wie im letzten Vergleich die:

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG mit dem „Ernstfallschutz“

und

PrismaLife AG mit „Prisma Moments“

Wenn auch verbessert, konnten sowohl Canada Life mit ihrer „Schweren Krankheiten Vorsorge“ als auch ZURICH mit dem „Eagle Star Krankheits-Schutzbrief“ keinen wesentlichen Boden auf die beiden Testsieger gut machen.

Die beiden/ drei anderen Produkte haben teilweise herausragende Leistungen oder andere, ungewöhnliche Versicherungskonzepte, sind aber als Gesamtpaket nicht voll überzeugend.

Haftungsausschluss MEDI-KOST

Der Produktvergleich wurde von MEDI-KOST in Kooperation mit einem Ärztenetzwerk unter Federführung von 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.