






**- Hier klicken -**  
zum persönlichen Vergleich

## Leistungsvergleich Private Krankenvollversicherung

			
<b>Tarif</b>	KVS	HAT (US)	K
<b>Stand</b>	01.01.2017	01.01.2017	01.01.2015
<b>Jährlicher Selbstbehalt</b>	500 €	600 €	600 €
<b>Gesetzlicher Zuschlag</b>	21,80 €	26,86 €	29,10 €
<b>Arbeitgeberanteil</b>	124,40 €	147,74 €	160,04 €
<b>Arbeitnehmeranteil</b>	124,40 €	150,98 €	160,04 €
<b>Monatlicher Beitrag</b>	248,80 €	298,72 €	320,08 €
<b>Chefarztbehandlung</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Bettenanzahl</b>	3	3	1
<b>Ambulante Leistungen</b>	Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen	Ambulante Leistungen
<b>Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), ambulant</b>	KVS1 : Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.	HAT6 : Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.: - bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen - bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen - bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.
<b>Psychotherapie (ambulant)</b>	KVS1 : 70% für max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr. Vorherige Zusage ist erforderlich. Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglich.	HAT6 : 75% für max. 50 Sitzungen pro Jahr. Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch Psychologen möglich.	80% für max. 50 Sitzungen pro Jahr. Zusage ist nicht erforderlich. Behandlung durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten möglich.

<p><b>Ambulante Transporte (Erstattung)</b></p>	<p>KVS1 : Rettungstransport oder bei Gehunfähigkeit oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen (z.B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operation).</p>	<p>HAT6 : Transporte und Fahrten  - zur ambulanten Notfallbehandlung oder zur ambulanten Dialyse  - bei Strahlentherapie bei Krebs und Chemotherapie  - bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit  - bei stationersetzenden Operationen am Tag der Operation zum und vom nächsten geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus.  Bis 30km werden Fahrten und Transporte auch zu anderen als zum nächsten geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus erstattet.  Transporte im Rettungswagen, im Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinischem Personal zu 100%.  Bei Fahrten werden zusammen für die Hin- und Rückfahrt max. 50,- EUR erstattet. Fahrten im privaten Fahrzeug werden zu 0,30EUR pro km erstattet.</p>	<p>100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus wenn Transport nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder eigenem Kraftfahrzeug möglich ist (ärztliche Bescheinigung erforderlich). Bei eindeutigen Krankheitsbildern (Strahlen- oder Chemotherapie, Dialysebehandlung) kann in Absprache mit Versicherer auf ärztliche Bescheinigung verzichtet werden (bei Unfall oder Notfall ist Bescheinigung nicht erforderlich).</p>
<p><b>Heilpraktiker (GebüH)</b></p>	<p>KVS1 : 80% für Naturheilverfahren bis zu 1.000,- EUR Rechnungsbetrag (insgesamt für Heilpraktiker und Ärzte) pro Versicherungsjahr und die verordneten Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel, die im GebüH und im Hufelandverzeichnis aufgeführt sind. Die Rechnungsbeträge sind im 1. Versicherungsjahr auf 100,- EUR und im 2. Versicherungsjahr auf 200,- EUR begrenzt. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH und bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ.</p>	<p>HAT6 : 75%, max. 1.000,- EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr für Behandlung durch Heilpraktiker. Bis zu den Höchstbeträgen des GebüH.</p>	<p>80%, max. 500,- EUR pro Jahr für Heilpraktiker einschließlich Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel. Bis zu den Mindestbeträgen des GebüH.</p>

<p><b>Heilmittel</b></p>	<p>KVS1 : Gemäß Bundesbeihilfeverordnung 90% für Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Packungen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie, Schwangerschaftsgymnastik.</p>	<p>HAT6 : Gemäß Liste des Versicherers 75% Erstattung für Heilmittel bis max. 5.500,- EUR zusammen mit Hilfsmittel, darüber hinaus 100%. Heilmittel sind: Inhalation, Krankengymnastik, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie.</p>	<p>80% bis 2.500,- EUR Rechnungsbetrag je Kalenderjahr (darüber 100%) gemäß Liste des Versicherers im Rahmen der Erstattung für Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel. Heilmittel durch Ärzte, Heilpraktiker oder staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen sind Inhalation, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, medizinische Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie.</p>
<p><b>Vorsorge</b></p>	<p>KVS1 : Erstattet werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Weitere ambulante Vorsorgeuntersuchungen werden gemäß Liste des Versicherers bis zu den Regelhöchstsätzen erstattet. Versicherten ab 20 Jahren werden für das betreffende Jahr Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen gezahlt. 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst 80% für Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission. Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen, den Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich sind. Selbstbeteiligung (SB) gilt auch für Vorsorgeleistungen. Ausnahme: Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von einer SB. Werden Vorsorgeuntersuchungen erstattet erfolgt keine Beitragsrückerstattung (BRE). Ausnahme: Die Pauschalen für Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen die BRE nicht.</p>	<p>HAT6 : Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen werden ohne Altersgrenze erstattet. Impfungen gemäß Empfehlung der Ständigen Impfkommission. Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen oder den Beruf erforderlich sind. Impfstoffe werden zu 100% erstattet. Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen und Prophylaxe unabhängig von einer Selbstbeteiligung. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.</p>	<p>Erstattet werden zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80% Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen und gemäß Liste des Versicherers. Impfungen zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%. Keine Impfungen, die durch Auslandsreisen erforderlich sind. Vorsorgeleistungen und Schutzimpfung unabhängig von einer Selbstbeteiligung. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen beeinflussen die Beitragsrückerstattung nicht.</p>

<b>Ambulante Kuren</b>	KVS1 : Ambulante Kur wird nicht erstattet.	HAT6 : Ambulante Kuren werden nicht erstattet. REHA wird als Anschlussheilbehandlung nach schwerer Krankheit im direkten Anschluss an Krankenhausaufenthalt erstattet. Zusage ist nicht erforderlich.	Ambulante Kur wird nicht erstattet.
<b>Hilfsmittel außer Sehhilfen</b>	KVS1 : Offener Hilfsmittelkatalog, jedoch: - max. 15.000,- EUR für Prothesen - max. 12.000,- EUR für Krankenfahrstühle - max. 1.000,- EUR für Sprechhilfen.	HAT6 : Erstattung für Hilfsmittel in Standardausführung und Heilmittel 75%, max. 5.500,- EUR pro Versicherungsjahr, darüber hinaus 100%. Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog) sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen und lebenserhaltende Hilfsmittel. Dazu gehören auch Blindenhunde. Begrenzungen für Hilfsmittel gemäß Liste des Versicherers: - Hörhilfen bis 1.500,- EUR pro Hörhilfe - Perücken bis 500,- EUR je Perücke - orthopädische Schuhe bis 500,- EUR pro Jahr - max. 4 Paar Einlagen pro Jahr - Schlafapnoegeräte bis 2.000,- EUR - Blutgerinnungsmessgeräte bis 700,- EUR.	Erstattung für Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) zusammen 80% bis 2.500,- EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr (darüber 100%) in Standardausführungen für Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog). Hilfsmittel bis 1.000,- EUR ohne vorherige Zusage, ab 1.000,- EUR Rechnungsbetrag vorherige Zusage erforderlich (sonst werden 80% des Rechnungsbetrags erstattet).
<b>Kuren (ambulant, Kurortklausel)</b>	KVS1 : Kurortklausel wird nicht angewendet.	HAT6 : Kurortklausel wird nicht angewendet.	Kurortklausel wird nicht angewendet.
<b>Sehhilfen</b>	KVS1 : Erstattet werden - max. 100,- EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Erneuter Anspruch nach 36 aufeinanderfolgenden Monaten seit letztem Bezug.	HAT6 : Erstattet werden - 75%, max. 150,- EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) Erneuter Anspruch nach 24 Monaten. - Laser(Lasik)- Operationen.	Erstattet werden - max. 150,- EUR für Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Erneuter Anspruch nach 36 aufeinanderfolgenden Monaten seit letztem Bezug.

<p><b>Arznei- und Verbandmittel</b></p>	<p>KVS1 : - Arznei- und Verbandmittel zu 100%, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%. Dazu gehören auch medizinische Nährlösungen zur künstlichen Ernährung.  - Arzneimittel aufgrund Naturheilverfahren des Arztes oder Heilpraktikers, die im Hufelandverzeichnis und im GebüH aufgeführt sind, zu 80% aus max. 1.000,- EUR  Rechnungsbetrag pro Versicherungsjahr (im 1. Versicherungsjahr aus max. 100,- EUR und im 2. Versicherungsjahr aus max. 200,- EUR).</p>	<p>HAT6 : - 75% Verbandmittel - 100% verschreibungspflichtige Arzneimittel, wenn es sich um Generika oder Originalpräparate, für die es keine Generika gibt, handelt (Generika- Klausel).  - 75% verschreibungspflichtige Arzneimittel, wenn der Versicherte Originalpräparate in Anspruch nimmt, obwohl für diese Generika vorhanden sind.  Erstattet werden auch bestimmte arzneimittelähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden, und Sondennahrung bei künstlicher Ernährung.</p>	<p>Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der Erstattung für Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel und Hilfsmittel zu 80% bis 2.500,- EUR Rechnungsbetrag pro Kalenderjahr (darüber 100%). Erstattet werden verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dazu gehören auch Nähr- und Stärkungsmittel zur künstlichen Ernährung bei lebenserhaltenden Maßnahmen.</p>
---	--	---	--

<p><b>Ärztliche Behandlung ambulant (Art und Höhe)</b></p>	<p>KVS1 : Erstattet werden  - 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung (der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt), einen Frauen- , Kinder- oder Augenarzt erfolgt. Für ambulante Operationen und die Erstversorgung in einem akuten Notfall, wenn kein Primärarzt zu erreichen ist, gilt die Erstattung wie bei einer Behandlung durch einen Primärarzt.  - 80% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Die Leistung wird auf 100% erhöht, wenn der Versicherte die weitere Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lässt oder diesen den Versicherten nach Untersuchung an einen Facharzt überweist. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre. Dies sind z.B. Akupunktur, Neuraltherapie und Homöopathie.  - 80% für die naturheilkundlichen Leistungen des Arztes, die im Hufelandverzeichnis und im GebüH sind. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist im Rahmen der Erstattung für Ärzte, Heilpraktiker und Arzneimittel im Zusammenhang mit deren Behandlung begrenzt auf 1.000,- EUR pro Versicherungsjahr. Der Rechnungsbetrag ist im ersten Versicherungsjahr begrenzt auf 100,- EUR und im zweiten Versicherungsjahr auf 200,- EUR. Behandlungskosten nach dem Hufelandverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ erstattet.</p>	<p>HAT6 : Erstattet werden  - 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, einen Facharzt für Frauen- , Augen- oder Kinderheilkunde, einen Notarzt oder einen Bereitschaftsarzt erfolgt  - 75% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird. Wenn nachträglich die Facharztüberweisung eingereicht wird, werden alle weiteren, ab diesem Zeitpunkt kommenden Rechnungen wieder zu 100% erstattet.  Als Erstbehandelnder wird auch ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung anerkannt, wenn rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis vorgelegt wird. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre. Dies sind z.B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutische Lokalanästhesie.</p>	<p>Erstattet werden  - 100% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, einen Internist mit hausärztlicher Versorgung, einen Frauenarzt, Kinderarzt oder Augenarzt, einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt erfolgt.  - 80%, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der o.g. Ärzte in Anspruch genommen wird  - 100% für die Folgebehandlung, wenn die Weiterbehandlung durch einen der o.g. Ärzte veranlasst wird.  - 100% für Behandlung im Ausland während einer kurzfristigen Auslandsreise. Mitversichert sind auch die in der Praxis bewährten Methoden (Naturheilverfahren), die nicht zur Schulmedizin gehören; bis max. zu dem Betrag, der bei Schulmedizin angefallen wäre.</p>
--	---	---	---

<b>Häusliche Krankenpflege</b>	KVS1 : Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.	HAT6 : Erstattet wird häusliche Behandlungspflege (krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder spezifische Hilfeleistungen) - die hilft, ärztliche Behandlungsziele zu erreichen - die in die ärztliche Behandlung eingebunden ist und nicht vom Arzt vorgenommen wird - die Teil eines ärztlichen Behandlungsplans ist. Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Behandlung werden Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu 4 Wochen pro Versicherungsfall erstattet.	Nach vorheriger schriftlicher Zusage häusliche Behandlungspflege bis zu max. 4 Wochen: medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Vermeidung einer Verschlechterung der Krankheit gerichtet sind. Nicht erstattet wird Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.
<b>Haushaltshilfe, Kinderbetreuung</b>	KVS1 : Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.	HAT6 : Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.	Für Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung wird nicht gezahlt.
<b>Hospizleistung, ambulant</b>	KVS1 : Nach Leistung der Pflegepflichtversicherung die Restkosten für medizinisch notwendige ambulante Hospizleistungen.	HAT6 : Die über die Leistungen der Pflegepflichtversicherung hinausgehenden Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die dem Versicherten eine Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen, bis zur Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten von der GKV aufzuwenden wäre.	Ambulante Hospizleistung wird nicht erstattet.
<b>Entbindung, Leistungen aus Kostentarifen</b>	KVS1 : 500,- EUR bei häuslicher Entbindung zusätzlich zur Kostenerstattung. Entbindungspauschale unabhängig von einer Selbstbeteiligung. Erstattung einer Entbindungspauschale beeinflusst Beitragsrückerstattung nicht.	HAT6, SZU : Keine zusätzliche Pauschale bei stationärer Entbindung.	Keine zusätzliche Pauschale bei Entbindung.
<b>Stationäre Leistungen</b>	Stationäre Leistungen	Stationäre Leistungen	Stationäre Leistungen

<b>Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), stationär</b>	<p>KVS1 : Regelleistungen. Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu dem 3,5- fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zu dem 2,5- fachen Satz für medizinisch- technische Leistungen</li> <li>- bis zu dem 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul> <p>clinic A : Bei bestimmten schweren Krankheiten (Liste des Versicherers) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen</li> <li>- bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul>	<p>HAT6 : Regelleistungen. Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu dem 3,5- fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zu dem 2,5- fachen Satz für medizinisch- technische Leistungen</li> <li>- bis zu dem 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul> <p>SZU : Bei Unfall bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen</li> <li>- bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul>	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.
<b>Stationäre Pflegeklasse</b>	<p>KVS1 : Mehrbettzimmer. clinic A : Bei bestimmten Krankheiten (gemäß Liste des Versicherers) 100% der Restkosten nach GKV- Leistung oder PKV- Leistung für 1- oder 2- Bettzimmer.</p>	<p>HAT6 : Mehrbettzimmer. SZU : 2- Bettzimmer (Differenz zum Mehrbettzimmer) bei Unfall.</p>	1- oder 2- Bettzimmer.
<b>Ärztliche Behandlung stationär (Art und Höhe)</b>	<p>KVS1 : Regel- und Belegarztleistungen. clinic A : Privatarztbehandlung bei Erkrankungen (gemäß Liste des Versicherers) nach Leistung der GKV oder PKV.</p>	<p>HAT6 : Regel- und Belegarztleistungen. SZU : Privatarztbehandlung bei Unfall.</p>	Privatarztbehandlung.
<b>Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung im KH</b>	<p>KVS1 : Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.</p>	<p>HAT6 : Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.</p>	Ambulante Aufnahme- und Abschlussbehandlung wird erstattet.
<b>Stationäre Transporte</b>	<p>KVS1 : Zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.</p>	<p>HAT6 : Zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.</p>	Bis 100km bzw. ohne km-Begrenzung zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus (auch Rettungsflug).
<b>Kuren, REHA, AHB (stationär)</b>	<p>KVS1, clinic A : Keine stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie REHA- Maßnahmen der gesetzlichen REHA- Träger. Anschlussheilbehandlung (AHB) unter folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AHB wird innerhalb von 2 Wochen nach stationärer Akutbehandlung angetreten</li> <li>- AHB ist aufgrund bestimmter Krankheitsbilder (Liste des Versicherers) medizinisch notwendig</li> <li>- es besteht kein Anspruch gegenüber einem anderen Kostenträger.</li> </ul> <p>Zusage ist für AHB nicht erforderlich.</p>	<p>HAT6 : Stationäre Kurbehandlung wird nicht erstattet. REHA nur als Anschlussheilbehandlung nach schwerer Krankheit im direkten Anschluss an Krankenhausaufenthalt. Zusage ist für AHB nicht erforderlich.</p>	<p>Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie REHA- Maßnahmen der REHA- Träger werden nicht erstattet. AHB wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich, wird aber empfohlen.</p>



<b>Ambulante Operationen</b>	KVS1 : Ambulante Operationen werden erstattet.	HAT6 : Ambulante Operationen werden zu 100% erstattet, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 75%.	Ambulante Operationen werden zu 100% erstattet, wenn Erstbehandlung durch Primärarzt erfolgt, sonst zu 80%.
<b>Begleitpersonen bei Kindern im Krankenhaus</b>	KVS1 : Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.	HAT6 : Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.	Aufwendungen werden in Höhe der Mindesterstattung gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes erstattet, wenn sie in stationären Regelleistungen abgerechnet werden.
<b>Ersatzkrankenhaustagegeld</b>	KVS1 : Entfällt, da kein 1- oder 2- Bettzimmer bzw. Privatarztbehandlung versichert ist. clinic A : Bei Krankheiten gemäß Liste des Versicherers - 30,- EUR bei Verzicht auf 1- und 2- Bettzimmer - 20,- EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.	HAT6 : Entfällt, da kein 1- oder 2- Bettzimmer bzw. Privatarztbehandlung versichert ist. SZU : 20,- EUR bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft, 20,- EUR bei Verzicht auf Privatarztbehandlung. Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche KHT.	Kein Ersatz- KHT.
<b>Psychotherapie (stationär)</b>	KVS1 : Wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.	HAT6 : Wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.	Wird erstattet. Vorherige Zusage ist nicht erforderlich.
<b>Hospizleistung, stationär/teilstationär</b>	KVS1 : Bis zu der Höhe, die für die Versorgung in der GKV aufzuwenden wäre, die Restkosten nach Leistung der Pflegepflichtversicherung bei stationärem Hospizaufenthalt in einem von der GKV zugelassenen Hospiz.	HAT6 : Stationäre oder teilstationäre Hospizversorgung bis zur Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten von der GKV aufzuwenden wäre.	Bis zu der Höhe, die für die Versorgung in der GKV aufzuwenden wäre, die Restkosten nach Leistung der Pflegepflichtversicherung bei stationärem Hospizaufenthalt bis zu 4 Wochen (Verlängerung auf Antrag des Hospizarztes möglich).

<b>Gemischte Anstalten, Leistung</b>	<p>KVS1, clinic A : Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage.          Ohne schriftliche Zusage, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nur Behandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern</li> <li>- bei bestimmte Krankheiten (gemäß Liste des Versicherers) eine Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird</li> <li>- es sich um eine Notfalleinweisung handelt</li> <li>- während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert</li> <li>- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist.</li> </ul>	<p>HAT6, SZU : Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage.          Ohne schriftliche Zusage, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es sich um eine Notfalleinweisung handelt</li> <li>- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist.</li> </ul>	<p>Stationäre Behandlung in einer gemischten Anstalt nach vorheriger schriftlicher Zusage.          Ohne schriftliche Zusage, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es sich um eine Notfalleinweisung handelt</li> <li>- die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist</li> <li>- während des Aufenthaltes eine akute Krankheit auftritt, die eine stationäre Behandlung erfordert.</li> </ul>
<b>Zahn</b>	Zahn	Zahn	Zahn
<b>Zahn (Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn)</b>	KVS1 : Nicht erforderlich.	HAT6 : Ist bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie über 2.500,- EUR erforderlich, sonst Erstattung des übersteigenden Betrags zur Hälfte der Tarifleistung.	Bei Zahnersatz und Inlays über 2.000,- EUR erforderlich, sonst Erstattung des übersteigenden Betrags zur Hälfte der Tarifleistung. Bei Implantaten und Kieferorthopädie erforderlich, sonst Erstattung zur Hälfte der Tarifleistung.
<b>Gebührenordnung Zahn</b>	<p>KVS1 : Zahnbehandlung bis zu den Regelhöchstsätzen der (GOZ), d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zum 2,3- fachen Satz für ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zum 1,8- fachen Satz für technische Leistungen</li> <li>- bis zum 1,15- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul> <p>Zahnersatz und Kieferorthopädie bis zu den Höchstätzen der GOZ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen</li> <li>- bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul>	<p>HAT6 : Bis zu den Höchstätzen der GOZ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen</li> <li>- bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul>	<p>Bis zu den Höchstätzen der GOZ, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zum 3,5- fachen Satz für ärztliche Leistungen</li> <li>- bis zum 2,5- fachen Satz für technische Leistungen</li> <li>- bis zum 1,3- fachen Satz für Laborleistungen.</li> </ul>

<b>Zahn (Summenbegrenzung)</b>	<p>KVS1 : Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 600,- EUR im 1.- 2.Versicherungsjahr - 1.200,- EUR im 1.- 4.Versicherungsjahr - 2.400,- EUR im 1.- 6.Versicherungsjahr - 4.000,- EUR ab dem 7.Versicherungsjahr. Keine Begrenzung bei Unfall. Für Versicherte von 18 bis 45 Jahre ist Heraufsetzung des max. Erstattungsbetrages in den ersten 6 Kalenderjahren auf je 4.000,- EUR durch zahnärztlichen Befundberichtes bei Antragstellung (muss bis spätestens Ende des Monats eingereicht werden, zu dem die Versicherung beginnt) möglich. Kosten werden vom Versicherer bis zu der von ihm angegebenen Höhe übernommen.</p>	<p>HAT6 : Anerkennungsfähiger Rechnungsbetrag für Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 1.000,- EUR im 1.Versicherungsjahr - 2.000,- EUR im 2.Versicherungsjahr - 3.000,- EUR im 3.Versicherungsjahr - 4.000,- EUR im 4.Versicherungsjahr - 5.000,- EUR ab dem 5.Versicherungsjahr. Keine Begrenzung bei Unfall. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.</p>	<p>Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie max. - 1.000,- EUR im 1.Versicherungsjahr - 2.000,- EUR im 2.Versicherungsjahr - 3.000,- EUR im 3.Versicherungsjahr - 4.000,- EUR im 4.Versicherungsjahr - 5.000,- EUR im 5.Versicherungsjahr. Keine Begrenzung bei Unfall. Kein Erlass der Summenbegrenzung durch Befundbericht.</p>
<b>Zahn (Erstattung)</b>	<p>KVS1 : - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) wird zu 100% erstattet. - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Inlays, Onlays, Implantate, Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 80% erstattet. - Kieferorthopädie wird zu 80% erstattet. - Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.</p>	<p>HAT6 : - Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung) wird zu 100% erstattet - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, Inlays, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 60% erstattet, zu 70% bei 3 und zu 80% bei 6 Jahren Bonusheft - Kieferorthopädie wird bis zum vollendeten 21. Lebensjahr zu 80% erstattet. Bei Unfall entfällt die Altersgrenze - Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung werden einmal pro Kalenderjahr erstattet - Material- und Laborkosten.</p>	<p>- Zahnbehandlung (auch Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Prophylaxe, professionelle Zahnreinigung) wird zu 100% erstattet. - Zahnersatz (Kronen, Brücken, Verblendungen, max. 4 Implantate pro Kiefer (inkl. Knochenaufbau), Funktionsanalyse und Funktionstherapie) wird zu 80% erstattet. - Kieferorthopädie wird zu 80% erstattet. - Inlays werden zu 100% und Onlays zu 80% erstattet. - Material- und Laborkosten gemäß Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers.</p>
<b>Auslandsleistungen</b>	<p>Auslandsleistungen</p>	<p>Auslandsleistungen</p>	<p>Auslandsleistungen</p>
<b>Rücktransport aus dem Ausland</b>	<p>KVS1, clinic A : Rücktransport wird nicht erstattet.</p>	<p>HAT6 : Ist mitversichert (Rücktransport mit dem kostengünstigsten Transportmittel an den ständigen Wohnsitz in Deutschland oder ins von dort nächst erreichbare geeignete Krankenhaus, Überführung an den ständigen Wohnsitz, Beisetzung im Ausland bis zur Höhe der Überführungskosten).</p>	<p>Ist mitversichert mit dem kostengünstigsten Transportmittel, wenn eine Behandlung im Umkreis von 500km nicht zugemutet werden kann. Überführung oder Beisetzung bis 10.000,- EUR.</p>

<b>Leistungen im Ausland (zusätzlich)</b>	KVS1, clinic A : Keine speziellen Auslandsleistungen.	HAT6, SZU : Keine speziellen Auslandsleistungen.	Keine speziellen Auslandsleistungen.
<b>Allgemeines</b>	Allgemeines	Allgemeines	Allgemeines
<b>Beitragsvorsorge</b>	KVS1, clinic A : Keine Beitragsreduzierung im Alter.	HAT6, SZU : Keine Beitragsreduzierung im Alter.	Keine Beitragsreduzierung im Alter.
<b>Weltgeltung (Krankheitskosten)</b>	<p>KVS1 : Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Behandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, Versicherungsschutz, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann.</p> <p>Bei ambulanter Behandlung im Ausland ist das Primärarztprinzip zu beachten.</p> <p>clinic A : Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Behandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz gewährt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes antreten kann.</p>	<p>HAT6 : Versicherungsschutz auch außerhalb Europas für max. 9 Monate, auch ohne vorherige Anzeige. Wenn die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, auch länger.</p> <p>SZU : Behandlung im Ausland wird nicht erstattet. Bei einer stationären Behandlung bei Unfall im Ausland wird ein Krankenhaustagegeld von 40,- EUR gezahlt.</p>	Außereuropäisch bis zu 3 Monate Versicherungsschutz. Bei Transportunfähigkeit auch länger.
<b>Selbstbeteiligung</b>	<p>KVS1 : 500,- EUR pro Kalenderjahr. Kinder und Jugendliche keine Selbstbeteiligung. SB für ambulant und Zahnbereich.</p> <p>Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Monat.</p>	<p>HAT6 : 600,- EUR pro Kalenderjahr. Kinder und Jugendliche halbe Selbstbeteiligung. SB für ambulant, stationär und Zahn.</p> <p>Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Quartal.</p>	<p>600,- EUR pro Kalenderjahr. Kinder und Jugendliche halbe Selbstbeteiligung. SB für ambulant, stationär und Zahn.</p> <p>Im ersten Kalenderjahr anteilig pro Monat.</p>
<b>Beitragsfreistellung</b>	KVS1, clinic A : Keine Beitragsfreistellung.	HAT6, SZU : Keine Beitragsfreistellung.	Keine Beitragsfreistellung.

<p><b>Optionsrecht auf höherwertigere Tarife</b></p>	<p>KVS1 : Option auf höherwertigen Schutz, wenn vor Abschluss des Tarifes keine andere Vollversicherung beim Versicherer bestanden hat. Umstellung für Kinder, die durch Kindernachversicherung versichert wurden nur bei gleichzeitiger Änderung eines Erwachsenenarifes. Der Wechsel kann im 4. Versicherungsjahr ohne Risikoprüfung erfolgen, im 6. Jahr mit Risikozuschlag bis 50% und im 8. Jahr bis 100% auf die Mehrleistung.  clinic A : Option auf höherwertigen Schutz. Option auf Tarif mit stationären Wahlleistungen (1- oder 2- Bett mit Privatarztbehandlung). Option möglich innerhalb von 6 Wochen vor und nach Beendigung des Tarifes (Tarif endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres) mit Risikoprüfung und max. 100% Zuschlag.</p>	<p>HAT6 : Option auf höherwertigen Schutz. Für Personen, die gemäß Kindernachversicherung versichert wurden, darf der Schutz nicht höher sein als der eines Elternteiles. Wechsel in Tarif TOP3, TOP3+, TOP6 oder TOP6+ ist jederzeit möglich. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten kann einmalig zu Beginn des 4. Versicherungsjahres erfolgen. Vor Abschluss des Tarifs HAT6 darf beim Versicherer keine Vollversicherung bestanden haben.  SZU : Keine Option auf höherwertigen Schutz.</p>	<p>Wenn zu Beginn oder während der Elternzeit der Versicherungsschutz herabgesetzt wird, kann zum Ende der Elternzeit eine Erhöhung bis zum ursprünglichen Schutz beantragt werden. Unabhängig davon hat der Versicherte eine Option auf einen höherwertigen Versicherungsschutz. Zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres Recht auf Umstellung in höherwertige Kostentarife ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit.</p>
<p><b>Wartezeiten KV, besondere, Vollversicherung</b></p>	<p>KVS1, clinic A : Die besonderen Wartezeiten betragen 6 Monate für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Sie beträgt 8 Monate für Entbindung und Psychotherapie. Sie entfallen  - wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird  - durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.</p>	<p>HAT6, SZU : Die besonderen Wartezeiten entfallen.</p>	<p>Die besonderen Wartezeiten entfallen.</p>

<p><b>Wartezeit KV, allgemeine, Vollversicherung</b></p>	<p>KVS1, clinic A : Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.          Sie entfällt          - bei Unfall          - bei folgenden akuten Infektionskrankheiten:          Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber          - für den Ehegatten bzw. Lebenspartner einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, wenn eine gleichartige Versicherung innerhalb 2 Monate nach Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird          - wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung (Neuantrag) ein Attest auf Kosten des Antragstellers vorgelegt wird          - durch Anrechnung der Vorversicherungszeit bei der GKV, dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge oder der PKV.</p>	<p>HAT6, SZU : Die allgemeine Wartezeit entfällt.</p>	<p>Die allgemeine Wartezeit entfällt.</p>
<p><b>Beitragsrückerstattung (nicht garantiert)</b></p>	<p>KVS1 :          Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:          1 Jahr : 200,- EUR          2 Jahre : 300,- EUR          3 Jahre : 400,- EUR          4 Jahre : 500,- EUR          Kinder und Jugendliche erhalten die halbe BRE.          Es werden max. 50% des Jahresbeitrags zur Vollversicherung gezahlt.          Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im ambulanten und zahnärztlichen Bereich.</p>	<p>HAT6 :          Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:          1 Jahr : 1,0 MB          2 Jahre : 1,5 MB          3 Jahre : 2,0 MB.          Kinder und Jugendliche erhalten die gleiche BRE.          Bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt.          Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.</p>	<p>Beitragsrückerstattung (BRE) nach leistungsfreien Jahren:          1 Jahr : 1,2 MB          2 Jahre : 1,8 MB          Kinder und Jugendliche erhalten die gleiche BRE.          Bei unterjährigem Beginn wird die BRE anteilig gezahlt.          Voraussetzung ist die Leistungsfreiheit im gesamten Tarif.</p>

<b>Pauschalleistung (tariflich garantiert)</b>	KVS1 : Personen ab dem 20.Lebensjahr bzw. nach Beendigung der Ausbildung erhalten einen Gesundheitsrabatt von 10%, falls die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits- Checks erfüllt werden. Werden die Kriterien (Vordruck des Versicherers) innerhalb von 6 Wochen nach der Policierung nachgewiesen, wird der Rabatt ab dem 2.Monat nach Versicherungsbeginn gewährt, sonst ab Beginn des jeweils nächsten Monats. Der Rabatt bleibt für mindestens 12 Monate erhalten, eine Verlängerung ist nach der Überprüfung durch den Versicherer möglich.	HAT6 : Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.	Eine garantierte Pauschalleistung ist nicht vorgesehen.
<b>Versicherbarer Personenkreis</b>	KVS1 : Personen, die nicht der GKV- Pflicht unterliegen. clinic A : GKV- oder PKV- Versicherte (außer Berufssportler oder Angestellte einer Fluggesellschaft).	HAT6 : Personen, die nicht der GKV- Pflicht unterliegen. SZU : Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.	Personen, die nicht der GKV- Pflicht unterliegen.
<b>Maximales Eintrittsalter</b>	KVS1 : Es gibt kein Höchstaufnahmearter. clinic A : Das Höchstaufnahmearter beträgt 60 Jahre.	HAT6, SZU : Es gibt kein Höchstaufnahmearter.	Es gibt kein Höchstaufnahmearter.
<b>Wechselrecht in höherwertige Tarife</b>	KVS1, clinic A : Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.	HAT6, SZU : Der Versicherte hat kein vereinfachtes Tarifwechselrecht.	Garantiertes Recht auf Wechsel der Selbstbeteiligung (Erhöhung oder Verringerung) innerhalb der Produktlinie ohne Risikoprüfung. Bei Reduzierung der Selbstbeteiligung gelten Wartezeiten für die Mehrleistungen.
<b>Mindestvertragsdauer</b>	KVS1, clinic A : Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.	HAT6, SZU : Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.	Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate.
<b>Maximale Vertragslaufzeit</b>	KVS1 : Keine maximale Vertragslaufzeit. clinic A : 10 Jahre.	HAT6, SZU : Keine maximale Vertragslaufzeit.	Keine maximale Vertragslaufzeit.
<b>Kündigungstermin</b>	KVS1, clinic A : Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres.	HAT6, SZU : Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres.	Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der Mindestvertragsdauer möglich. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des gleichen Jahres.

#### Juristischer Hinweis:

Trotz größter Sorgfalt und Umsicht, kann es zu falschen Ergebnissen kommen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Vergleiche, kann daher keine Haftung übernommen werden. Rechtsverbindlich sind ausschließlich die Tarife, Bedingungen und geschäftsplanmäßigen Erklärungen des jeweiligen Leistungsträgers. Für die Gewichtung von Leistungsmerkmalen, ist alleine der Nutzer verantwortlich.