

Leistungsübersicht Tarif TAS, gültig ab 1.10.2009

Kostendeckungsgarantie in Österreich und der Europäischen Union

Bei Behandlung in der Sonderklasse-Zweibettzimmer eines Vertragskrankenhauses gibt der Versicherer auf Anforderung eine Kostenverpflichtungserklärung ab, nach der **anstelle aller anderen Leistungen** die vollen Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Grundversicherung (= Kostendifferenz auf Sonderklasse Zweibettzimmer) direkt mit der Verwaltung des Krankenhauses verrechnet werden. Diese Zusage gilt für Krankenhausgebühren und Arzthonorare, die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag mit dem Versicherer geregelt sind. Sie behält ihre Gültigkeit, solange die ab 1.1.2009 für die Vertragskrankenhäuser laut Liste festgelegten Gebühren und Honorarsätze in Kraft sind und die künftigen Tarifierhöhungen angenommen werden.

Diese Kostendeckungsgarantie gilt darüber hinaus für alle allgemeinen öffentlichen Krankenhäuser in allen Staaten der Europäischen Union.

Die Kostendeckungszusage ist widerrufbar. Ein Widerruf ist insbesondere dann notwendig, wenn über die weitere Festsetzung der Gebühren und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden kann. Die Kostendeckungszusage kann frühestens zum 31.12.2009 widerrufen werden. Sollte ein Auslaufen der Kostendeckungszusage wirklich unumgänglich sein, so wird der Versicherungsnehmer drei Wochen vorher schriftlich informiert. Auch nach erfolgter Verständigung gilt die Zusage also jedenfalls noch drei Wochen lang.

Kostenübernahme für eine Begleitperson

Bei Krankenhausaufenthalten von Kindern bis zum Alter von 12 Jahren werden auch die Verpflegskosten für eine Begleitperson vergütet, wenn auch die Begleitperson nach einem Tarif für die Sonderklasse (letzter Anpassungsstand) versichert ist. Bei direkter Verrechnung mit den Vertragskrankenhäusern werden die vollen Verpflegskosten vergütet, ansonsten wird Kostenersatz höchstens bis zum Ausmaß des Krankenhaus-Tagegelds geleistet.

Leistungen außerhalb der Kostendeckungsgarantie

Höchstsätze in EUR

Für die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung je Verpflegstag bis	136,00
für die dadurch nicht gedeckten Kosten, unabhängig von der Dauer des Krankenhausaufenthalts	
im nichtoperativen Fall bis	645,00
im operativen Fall bis	559,00
und zusätzlich für Operationen	
in Operationsgruppe I bis	43,00
in Operationsgruppe II bis	129,00
in Operationsgruppe III bis	258,00
in Operationsgruppe IV bis	430,00
in Operationsgruppe V bis	774,00
in Operationsgruppe VI bis	1.505,00
in Operationsgruppe VII bis	2.580,00
in Operationsgruppe VIII bis	4.300,00

Wird für eine ununterbrochene stationäre Krankenhausbehandlung kein Kostenersatz beansprucht, weil die Kosten zur Gänze von dritter Seite gedeckt sind, besteht Anspruch auf ein Krankenhaus-Taggeld (Barleistung), und zwar je Tag

für Erwachsene	82,00
für Kinder	41,00

Krankentransportkosten bis

136,00

Ambulante Operationen

Für ambulante Operationen in der Ordination eines Arztes oder im Krankenhaus werden in Operationsgruppe I bis zu 20%, in Operationsgruppe II bis zu 40%, in Operationsgruppe III bis zu 60% und ab Operationsgruppe IV bis zu 80% der für eintägige stationäre Krankenhausbehandlung gleicher Art vorgesehenen Sätze vergütet, z.B.

in Operationsgruppe I bis	148,00
in Operationsgruppe II bis	330,00
in Operationsgruppe III bis	572,00
in Operationsgruppe IV bis	900,00

Entbindungen

Weibliche zur Erwachsenenprämie Versicherte erhalten nach einer häuslichen Entbindung ein Entbindungsgeld von

1.360,00

Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Entbindungsgeld für jede weitere Geburt um die Hälfte.