

# **Ergänzende Versicherungsbedingungen für MedCare: Smart Sonderklasse - Tarif SJMV (EB\_SJMV\_17)**

## **Vertragspartner**

Diese Vertragsgrundlagen gelten für Verträge mit der Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskronngasse 1-3.

## **Aufsichtsbehörde**

Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5



**§ 1**

**Kostenübernahme in Krankenanstalten**

**(1) Kostenübernahme in den Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis**

Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.

**(2) Kostenübernahme in Europa (Europaliste)**

Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (siehe Krankenhausverzeichnis/Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.

**(3) Weltweite Kostenübernahme**

Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus außerhalb Österreichs und Europas (siehe Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn

- a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen wurde und der Versicherer vorher eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Der Versicherer gibt eine Kostenübernahmeerklärung ab, wenn er über die geplante Behandlung informiert wurde und dadurch Gelegenheit hatte, vor Beginn der Behandlung mit dem betreffenden Krankenhaus über die Höhe der Kosten Einvernehmen herzustellen.
- b) wegen eines Unfalles oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines Aufenthaltes mit einer geplanten Dauer von bis zu 6 Wochen in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Bei Kostenübernahme gemäß Pkt. a) wird der für "Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes" festgesetzte Betrag verzehnfacht.

**(4) Krankenhausverzeichnis - Garantietarife - Europaliste**

Die Vertragskrankenhäuser in Österreich und die Länder der Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis angeführt. Für alle Vertragskrankenhäuser sind für die volle Kostenübernahme zumindest erforderliche Tarifstufen definiert (Garantietarife).

Die Kostenübernahme aufgrund des versicherten Tarifs ist in der Polizze beschrieben.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

**(5) Selbstbehalt**

**1. Selbstbehalt bei Krankheit**

Ist der versicherte Tarif niedriger als der für das betreffende Krankenhaus bzw. die betreffende Zimmerkategorie gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) mit dem auf der Polizze angeschriebenen Selbstbehalt pro Aufenthaltstag vereinbart.

Dieser Selbstbehalt ist je Kalenderjahr für höchstens 5 Tage zu bezahlen.

Erstreckt sich ein Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel hinaus, ist auch für diesen Aufenthalt der Selbstbehalt mit höchstens 5 Tagen begrenzt.

Bei mehreren Krankenhausaufenthalten in unterschiedlichen Krankenhäusern oder Zimmerkategorien innerhalb eines Kalenderjahres sind ab dem 6. Aufenthaltstag die jeweils 5 höchsten Selbstbehalte maßgeblich.

Ist für das betreffende Krankenhaus bzw. die betreffende Zimmerkategorie ein Selbstbehalt vereinbart, der höher ist als die bisher verrechneten Selbstbehalte, so ist dieser höhere Selbstbehalt zu bezahlen. Von diesem wird der jeweils

niedrigste bereits bezahlte Selbstbehalt abgezogen und nur die Differenz vorgeschrieben.

## 2. Selbstbehalt bei Unfall

Innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 - 3) ohne die Selbstbehalte, die in der Polizze für die vereinbarte Zimmerkategorie angeführt sind.

Lautet die vereinbarte Zimmerkategorie auf "Zweibettzimmer", wird der Differenzbetrag auf den anzuwendenden höheren Selbstbehalt für "Einbettzimmer" verrechnet.

### 2.1 Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

### 2.2 Als Unfall gelten auch:

- a) Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf, wenn sie innerhalb von 7 Tagen ab dem Ereignistag medizinisch dokumentiert und ärztlich behandelt wurden.
- b) Bandscheibenhernien, wenn sie durch eine plötzliche, erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
  - diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden; oder
  - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
  - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
- c) Bauch- und Unterleibsbrüche, wenn sie durch eine plötzlich von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

### 2.3 Als Unfälle gelten nicht:

- a) Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt worden sind;
- b) Unfälle als Folgen einer Krankheit.

## (6) Differenztagegeld in Vertragskrankenhäusern in Österreich

Besteht Versicherungsschutz nach einem Tarif, der höher ist als für die volle Kostenübernahme lt. gültigem Garantietarif erforderlich, wird für jeden Tag des Aufenthaltes ein Differenztagegeld geleistet.

Die Höhe des Differenztagegeldes ergibt sich aus der Differenz zwischen der Anzahl der Tarifstufen des versicherten Tarifes und des für die volle Kostenübernahme erforderlichen Garantietarifes, multipliziert mit dem für die Grundtarifstufe SJMV1 vorgesehenen Betrag von EUR 0,15.

## (7) Gesetzliche Krankenversicherung

Abhängig von der gesetzlichen Krankenversicherung des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Krankenversicherungsträger.

Ohne Leistung eines Krankenversicherungsträgers erfolgt keine Kostenübernahme (Abs. 1 - 3) und die Kosten der stationären Heilbehandlung werden bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt:

1. Für gesetzlich Krankenversicherte nach ASVG (ÖGK usw.), BSVG (SVS - Bauern) und GSVG-Sachleistungsgruppe (SVS - Selbständige):  
Der Krankenversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
2. Für gesetzlich Krankenversicherte nach B-KUVG (BVAEB - Beamte):  
Der Krankenversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
3. Für gesetzlich Krankenversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (SVS - Selbständige):  
Der Krankenversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.

4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die Soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):  
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 im Krankheitsfall in Österreich sachleistungsberechtigt und der Krankenversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.

**(8) Änderung/Ende der gesetzlichen Krankenversicherung**

Der Tarif SJMV setzt voraus, dass der Versicherte gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt ist.

Eine Änderung der gesetzlichen Krankenversicherung wirkt sich daher auf den Versicherungsschutz aus - insbesondere kann ein Selbstbehalt anfallen oder ein bestehender Selbstbehalt steigen. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung endet, erfolgt keine Kostenübernahme (siehe oben Abs. 7) und die Kosten der stationären Heilbehandlung werden bis zu den in der Polizza angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt.

Damit in diesen Fällen weiterhin ein geeigneter Versicherungsschutz besteht, ist es erforderlich, dass der Versicherungsnehmer den Versicherer umgehend verständigt.

**§ 2**

**Selbstbehaltsverzicht**

- (1) Der vereinbarte Selbstbehaltsverzicht verringert die für die Zimmerkategorien Zweibettzimmer und Einbettzimmer geltenden Selbstbehalte des versicherten Tarifs (siehe oben, § 1 Abs. 5 Pkt. 1. und 2.). In der Polizza sind angeführt:
- der Betrag des Selbstbehaltsverzichts und
  - die um diesen Betrag verringerten Selbstbehalte.

**(2) Vertragsänderung nach dem 45. Geburtstag des Versicherten**

1. Der vereinbarte Selbstbehaltsverzicht entfällt mit dem Monatsersten, der auf den 45. Geburtstag des Versicherten folgt. Damit gelten für die bisher versicherte Garantietarifstufe die vollen Selbstbehalte für Zweibettzimmer und Einbettzimmer.
2. Für diesen Fall gilt als vereinbart, dass der Versicherer mit Wirkung zum Änderungszeitpunkt (siehe oben Pkt. 1) ohne Prüfung des Gesundheitszustandes des Versicherten die bisher versicherte Garantietarifstufe auf Sonderklasse Einbettzimmer Österreich erhöht.  
Das bedeutet: Ab diesem Zeitpunkt gilt die Kostenübernahme (siehe oben, § 1 Abs. 1 - 3) ohne Selbstbehalt vereinbart und der Versicherungsnehmer bezahlt die für die Garantietarifstufe Sonderklasse Einbettzimmer Österreich jeweils geltende Prämie.  
Zu dieser Vertragsänderung schickt der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine neue Polizza zu.
3. Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 4 Wochen ab Erhalt der neuen Polizza mit Wirkung zum Änderungszeitpunkt (siehe oben Pkt. 1)
  - a. die Fortsetzung des Vertrages mit der bisher versicherten Garantietarifstufe (bei vollen Selbsthalten) verlangen oder
  - b. die Fortsetzung des Vertrages mit jeder niedrigeren Garantietarifstufe (unterhalb der Sonderklasse Einbettzimmer Österreich oder auch unterhalb der bisher versicherten Garantietarifstufe) verlangen oder
  - c. den Tarif hinsichtlich des Versicherten kündigen.

Auf diese Rechte und wie diese auszuüben sind, wird der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Übermittlung der neuen Polizza ausdrücklich nochmals hinweisen.

**§ 3**

**Direktverrechnung**

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenhaus, Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

Der Versicherte hat der Ermittlung von zum Zwecke der Direktverrechnung erforderlichen Daten zuzustimmen. Wird die Zustimmungserklärung verweigert, widerrufen oder verspätet erteilt und stellt der Leistungserbringer Kosten und Honorare dem Versicherten in Rechnung, ist der Versicherer diesem gegenüber nur in dem in der Vereinbarung über die Direktverrechnung festgelegten Ausmaß zur Leistung verpflichtet.

#### **§ 4**

##### **Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern**

Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationssaales).

Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

#### **§ 5**

##### **Ambulante Operationen in Krankenhäusern**

- (1) Ambulante Operationen sind
- medizinisch notwendige operative Eingriffe ab Operationsgruppe 3,
  - die üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordern und
  - in Krankenhäusern oder tagesklinischen Einrichtungen, die sowohl rechtlich, wirtschaftlich als auch organisatorisch an ein bettenführendes Krankenhaus angegliedert sind, durchgeführt werden.

Das für die Einstufung eines Eingriffs maßgebliche Operationsgruppenschema kann auf der Homepage des Versicherers unter folgendem Link eingesehen werden:

<https://www.generali.at/service/krankenversicherung-operationsgruppenschema.html>

Für ambulante Operationen in selbstständigen Tageskliniken oder in Ordinationen niedergelassener Fachärzte werden keine Leistungen erbracht.

- (2) Der Versicherer ersetzt die Kosten einer ambulanten Operation, sofern der Versicherte diese zuvor bei seinem Sozialversicherungsträger im Wege der Voreinreichung geltend gemacht hat. Der Versicherer leistet Kostenersatz abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers.

#### **§ 6**

##### **Akut-Geriatrie und Remobilisation**

Für medizinisch notwendige stationäre Akut-Geriatrie und Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung wird eine Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht.

Erfolgen Akut-Geriatrie bzw. Remobilisation in einem Krankenhaus (Abteilung), mit dem der Versicherer dafür einen Vertrag abgeschlossen hat, werden die vereinbarten Kosten mit dem Vertragskrankenhaus gemäß § 2 direkt verrechnet. In allen übrigen Fällen wird das dafür im Leistungstarif angeführte Ersatztagelohn ausbezahlt.

## **§ 7**

### **Hospiz, Palliativstation**

Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte in einem Hospiz oder einer Palliativstation eines Krankenhauses wird eine Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht.

Erfolgt der Aufenthalt in einer Einrichtung, mit der der Versicherte dafür einen Vertrag abgeschlossen hat, werden die vereinbarten Kosten mit der Vertragseinrichtung gemäß § 2 direkt verrechnet. In allen übrigen Fällen wird das dafür im Leistungstarif angeführte Ersatztagegeld ausbezahlt.

## **§ 8**

### **Tarifliche Leistungen**

#### **(1) Umfang einzelner tariflicher Leistungen**

##### **1. Tageskosten**

umfassen die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).

##### **2. Behandlungshonorar**

umfasst alle ärztlichen Honorare (auch Honorare für Hebammen) ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.

Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherten betraglich geregelt sind, ist der Versicherte zum Ersatz darüber hinausgehender Kosten (z.B. Sonderhonorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46 KaKuG und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.

##### **3. Technische Leistungen**

umfassen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc. und sämtlichen Sachaufwand einschließlich der Kosten für Benützung des Operationssaales, der Arzneimittel (Heilmittel) und Heilbehelfe (abweichend von § 5 A) Abs. 1, 2 und 4 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017).

#### **(2) Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern**

Bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß der für

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen, und
- Summenleistung

festgesetzten Beträgen erbracht.

#### **(3) Tagesklinische Heilbehandlung in Krankenhäusern**

Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenhäusern, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten die folgenden tariflichen Leistungen wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht:

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen und
- Summenleistung.

#### **(4) Ambulante Operationen in Krankenhäusern**

Für ambulante Operationen in Krankenhäusern oder an diese angegliederten tagesklinischen Einrichtungen, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, wird das tarifliche Behandlungshonorar für die betreffende Operationsgruppe bezahlt.

## **§ 9**

### **GesundheitsCoaching**

#### **(1) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste**

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung zu folgenden Themen erteilt:

- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
- Transporteinrichtungen in Österreich.

1. **Informationen über medizinische Einrichtungen außerhalb Österreichs**  
werden erteilt, wenn für die spezielle medizinische Behandlung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Behandlung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.
  2. **Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich**  
werden erteilt, wenn der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßnahmen außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.
- (2) **Hilfe im Notfall**
- Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.
- In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und
- unterstützt durch Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen in Österreich:
    - Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken, nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus,
    - sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste)
- oder
- veranlasst - abhängig vom Gesundheitszustand des Versicherten - einen zeitnahen Rückruf von einem Arzt zur telefonischen Abklärung und Beratung über weitere Maßnahmen.
- (3) **Bester Arzt, bester Therapeut**  
Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung unterstützt der Versicherer den Versicherten bei der Suche nach dem hinsichtlich
- des konkreten Beschwerdebildes am besten geeigneten Arzt, bzw.
  - der ärztlich empfohlenen Maßnahmen am besten geeigneten Therapeuten.
- (4) **Ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion)**  
Bei einer notwendigen medizinischen Heilbehandlung nennt der Versicherer auf Wunsch des Versicherten einen Spezialisten, wenn eine Therapie bzw. ein Eingriff von einem Arzt bereits geplant ist.
- (5) **Herstellung der Verbindung**  
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.  
Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt/Therapeuten, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.
- (6) **Haftungsausschluss**  
Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes/Therapeuten, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.
- (7) **Leistungen des persönlichen GesundheitsCoaches**  
werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten durch dafür qualifizierte Mitarbeiter eines Vertragspartners des Versicherers erbracht.  
Dieser Zeitraum beginnt
- bei der Begleitung während der Genesung und Unterstützung bei der besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation mit der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung;
  - bei der Erarbeitung einer Strategie zur Reduktion von Risikofaktoren und Unterstützung bei Maßnahmen zur Umstellung hin zu einem gesünderen Lebensstil mit der erstmaligen Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem GesundheitsCoach.
- Der Versicherer trägt die Kosten der Begleitung und Unterstützung durch den persönlichen GesundheitsCoach, leistet jedoch keinen Kostenersatz für von diesem erarbeitete oder vorgeschlagene Maßnahmen (z.B. Kosten gesünderer Lebensmittel oder eines Fitnesstrainings).
- (8) **Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen**  
Außer bei "Hilfe im Notfall" kann der Versicherer verlangen, dass der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen der oben angeführten Leistungen durch entsprechende medizinische Unterlagen (ärztliche Befunde, Rezepte für Arzneien, etc.) nachweist.

## **§ 10**

### **Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes**

- (1) Der Tarif SJMV unterliegt der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.
- (2) In Ergänzung zu § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:  
Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.
- (3) In Ergänzung zu § 17 Abs. 2 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:  
Ergibt der Vergleich der in § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 genannten Faktoren eine Änderung der zu erwartenden Leistungen um mindestens die in der Grundtarifstufe SJMV1 festgelegten Leistungen, so erfolgt eine Anpassung um die entsprechende Anzahl von Grundtarifstufen.
- (4) Ergibt der Vergleich der in § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 genannten Faktoren einen Änderungsbedarf für die Prämie der Grundtarifstufe SJMV1, so wird die Prämie der Grundtarifstufe SJMV1 entsprechend angepasst.
- (5) In Ergänzung zu § 17 Abs. 3 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:  
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 1 Abs. 1 - 3) verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Polizza.