

Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten

I. ABSCHNITT ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	1
§ 1 Errichtung des Wohlfahrtsfonds	1
§ 2 Verfahrensvorschriften.....	2
§ 3 Der Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds, Administration	3
§ 4 Aufbringung der Mittel	4
§ 5 Vermögensanlage.....	4
§ 6 Der Überprüfungsausschuss.....	5
§ 7 Beitragspflicht.....	5
§ 8 Enden der Beitragspflicht.....	6
§ 9 Befreiung von der Beitragspflicht, Nachzahlung von Beiträgen	6
§ 10 Ermäßigung und Nachlass der Beiträge.....	7
§ 11 Schadenersatz.....	9
II. ABSCHNITT UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN	10
§ 12 Gliederung.....	10
§ 13 Krankengeld, Wochengeld, Geburtenbeihilfe.....	10
§ 14 Zuschuss zum Kuraufenthalt.....	11
§ 15 Ersatz von Krankenhauskosten	11
§ 15a Ersatz von Behandlungskosten außerhalb von Krankenanstalten, administrative Auslagerung.....	12
§ 16 Pflegegeld	13
§ 17 Notstandshilfe	13
III. ABSCHNITT VERSORGUNGSLEISTUNGEN	14
§ 18 Allgemeines und Gliederung	14
§ 19 Altersversorgung.....	14
§ 19a Altersversorgung ab 1. 1. 1988	15
§ 20 Invaliditätsversorgung.....	16
§ 20a Bonus für die Grundleistung bei Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung	17
§ 21 Witwen(Witwer-)versorgung und Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners.....	18
§ 22 Kinderunterstützung.....	20
§ 23 Waisenversorgung.....	20
§ 23a Pensionssicherungsbeitrag	21
§ 23b Aufhebung des Pensionssicherungsbeitrages	22
§ 23c Versicherungsmathematische Überprüfung der Sanierungsmaßnahmen	22
§ 24 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung	22
IV. ABSCHNITT ZUSATZLEISTUNGEN	24
§ 25 Zusatzleistung I.....	24
§ 26 Zusatzleistung II.....	24
§ 27 Wertsicherung	26
§ 28 Inkrafttreten.....	27
§ 29 Verordnungen der erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten	27
§ 30 Übergangs- und Inkrafttretensbestimmungen der Verordnung 01/2020.....	27
LEISTUNGSBLATT	28

I. ABSCHNITT
Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Errichtung des Wohlfahrtsfonds

- (1) Bei der Ärztekammer für Kärnten ist ein Wohlfahrtsfonds errichtet (§ 66 Abs. 2 ÄrzteG). Er wird vom Verwaltungsausschuss nach Maßgabe des Ärztegesetzes und dieser Satzung verwaltet.
- (2) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind den Kammerangehörigen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu gewähren.
- (3) Der Wohlfahrtsfonds bildet ein zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer für Kärnten und besitzt keine eigene Rechtspersönlichkeit. Die Beschlussfassung über den Wohlfahrtsfonds obliegt der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten.
- (4) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind im Einzelnen folgende Versorgungsleistungen zu gewähren (§ 98 Abs. 1 ÄrzteG):
 - a) Altersversorgung (§§ 19 und 19 a),
 - b) Invaliditätsversorgung (§§ 20 und 20 a);
 - c) Kinderunterstützung (§ 22);
 - d) Witwen- und Witwerversorgung und Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners (§ 21);
 - e) Waiserversorgung (§ 23);
 - f) Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 24).
- (5) Soweit in den einzelnen Vorschriften nichts anderes bestimmt ist, bezieht sich in dieser Satzung die Bezeichnung „Kammerangehörige“ sowohl auf Kammerangehörige der Ärztekammer für Kärnten als auch auf die der Landes Zahnärztekammer für Kärnten zugeordnete Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufs.

Zahnärzte, die zusätzlich Mitglieder der Ärztekammer für Kärnten sind, werden im Wohlfahrtsfonds für die Bemessung der Beiträge nach dem wirtschaftlichen Schwerpunkt ihrer Berufsausübung eingestuft.

Soweit in dieser Satzung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

- (6) Die Kammerangehörigen und Bezieher von Leistungen sind verpflichtet:
 - a) die Ärztekammer für Kärnten unaufgefordert von allen für das Wirken des Wohlfahrtsfonds bedeutsamen Änderungen in Kenntnis zu setzen. Änderungen in der Berufstätigkeit, Veränderungen im Familienstand (Verehelichung, Begründung einer eingetragenen Partnerschaft, Scheidung, Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft, Geburt eines Kindes, Todesfall usw.) sind vier Wochen nach Eintreten der Änderung, und zwar unter Vorlage der diesbezüglichen Standesausweise oder sonstiger geeigneter Dokumente, schriftlich bekanntzugeben;
 - b) der Ärztekammer für Kärnten alle für das Wirken des Wohlfahrtsfonds erforderlichen Anfragen unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Zeit zur Beantwortung kann befristet, die Nichteinhaltung der Frist mit einer Ordnungsstrafe bis zu € 350,-- geahndet werden;

- c) alle für den Wohlfahrtsfonds erforderlichen Einkommens- und Vermögensnachweise über Verlangen vorzulegen;
 - d) sich einer vom Verwaltungsausschuss angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen;
 - e) den Beginn jeder krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche zu melden.
- (7) Empfänger von laufenden Unterstützungsleistungen haben jede Änderung ihrer Vermögensverhältnisse binnen vier Wochen der Ärztekammer für Kärnten bekannt zu geben.
 - (8) Zu Unrecht oder auf Grund falscher Angaben bezogene Leistungen sind der Ärztekammer für Kärnten zurückzuerstatten. Sie können mit beanspruchten oder gewährten Leistungen gegenverrechnet werden, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel diese Leistungen zustehen. Es haftet der Empfänger oder seine Verlassenschaft.
 - (9) Verspätete Meldungen von anspruchsbegründenden Umständen führen zum Verlust des Rechtsanspruches auf darauf begründete Leistungen. Wird die Berufsunfähigkeitsbestätigung nicht innerhalb von 36 Monaten nach Ende der Erkrankung beigebracht, erlischt der Anspruch auf Krankengeld.
 - (10) Zahnärzte haben die für den Wohlfahrtsfonds erforderlichen Daten der Landeszahnärztekammer zu melden. Für die Ärztekammer für Kärnten sind die von der Landeszahnärztekammer für Kärnten übermittelten Daten maßgeblich. Anträge auf Leistungen sind von Zahnärzten an die Ärztekammer für Kärnten zu stellen.
 - (11) Bei Überweisungen von Versorgungsleistungen auf ausländische Konten der Leistungsbezieher haben diese die daraus resultierenden Mehrkosten zu tragen.
 - (12) Auf Verlangen haben im Ausland wohnhafte Anspruchsberechtigte und/oder Anspruchsberechtigte mit ausländischem Konto jährlich eine Lebensbestätigung beizubringen. Bei Nichtbebringung kann die Versorgungsleistung zurückbehalten werden.

§ 2 Verfahrensvorschriften

- (1) Ansuchen um Leistungen des Wohlfahrtsfonds sind schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise bei der Ärztekammer für Kärnten einzubringen. Wenn die Inanspruchnahme der Leistung auf ein Ereignis zurückführt, aus welchem dem Leistungswerber ein Schadenersatzanspruch gegen dritte Personen zusteht, ist dies im Ansuchen ausdrücklich zu vermerken.
- (2) Die Ärztekammer für Kärnten hat den Leistungswerber über die Höhe, Dauer und Auszahlungsart der gewährten Leistungen bzw. über die Gründe der Ablehnung mit Bescheid zu verständigen. Die Ärztekammer für Kärnten ist berechtigt, vor der Entscheidung Erhebungen zu pflegen und insbesondere auch die ärztliche Untersuchung des Leistungswerbers durch einen Vertrauensarzt zu verfügen. Die Kosten einer derartigen Untersuchung trägt die Ärztekammer für Kärnten.
- (3) Versorgungsleistungen werden bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monat geleistet. Die Ärztekammer kann bereits vor Rechtskraft der die Leistungen zuerkennenden Bescheide Akontozahlungen leisten. Diese Beträge sind vorläufig und sind nach Rechtskraft der Bescheide gegebenenfalls zu berichtigen. Allfällige zu hoch ausgezahlte Beträge sind ab Rechtskraft des die Leistung zuerkennenden Bescheides von der/den folgenden Auszahlungen einzubehalten. Allfällige Nachzahlungen werden ebenfalls ab Rechtskraft geleistet.

- (4) Leistungen nach dieser Satzung können rechtswirksam weder übertragen noch verpfändet, vinkuliert oder abgetreten werden.

§ 3 Der Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds, Administration

- (1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und dem Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer für Kärnten, einem Mitglied des Landesvorstandes der Landes Zahnärztekammer für Kärnten sowie aus mindestens drei weiteren Mitgliedern der erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens eines ein Zahnarzt sein muss. Die Zahnärzte werden von der Landes Zahnärztekammer für Kärnten bestellt, die übrigen Mitglieder von der Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes gewählt.
- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Wird bei der ersten Wahl des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters keine absolute Mehrheit der gültigen Stimmen erzielt, so findet eine engere Wahl statt. In diese kommen jene beiden Personen, die bei der ersten Wahl die meisten Stimmen erhalten haben. Soweit bei der ersten Wahl mehrere Personen gleich viele Stimmen erhalten haben, entscheidet das Los, wer von ihnen in die engere Wahl kommt. Ergibt sich auch bei der engeren Wahl Stimmgleichheit, so hat ebenfalls das Los zu entscheiden. Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen (§ 113 ÄrzteG). Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Die Bestimmungen des § 83 Abs. 10 ÄrzteG. sind sinngemäß anzuwenden. Der Seniorenreferent der Ärztekammer für Kärnten nimmt an den Sitzungen des Verwaltungsausschusses mit beratender Stimme teil und kann Anträge stellen.
- (3) Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds, die von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens der Ärztekammer für Kärnten getrennt zu führen ist. Der Verwaltungsausschuss hat laufend die wirtschaftliche Gebarung des Wohlfahrtsfonds zu überwachen und für den Fortbestand der Voraussetzungen für die vom Wohlfahrtsfonds gewährten Leistungen zu sorgen. Ihm obliegt insbesondere die Beschlussfassung über:
- a) die Verwaltung und Veranlagung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds nach Maßgabe dieser Satzung;
 - b) Vorschläge an die Erweiterte Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten für eine Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds;
 - c) Ansuchen um Ermäßigung, ratenweise Zahlung, Stundung oder Nachlass von Beiträgen;
 - d) Ansuchen um Gewährung von Leistungen und Unterstützungen, sofern darauf nicht ein Rechtsanspruch besteht;
 - e) Ansuchen um Nachlass oder Befreiung von der Beitragspflicht (§ 112 ÄrzteG) oder der Nachzahlungsverpflichtung;
 - f) die Bestellung von Vertrauensärzten zur Erstellung der nach den Bestimmungen dieser Satzung erforderlichen Gutachten.
- (4) Die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst. Näheres über Tagungen und Einberufung des Verwaltungsausschusses wird durch die Geschäftsordnung geregelt.
- (5) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 anzuwenden.
- (6) *aufgehoben*

(7) aufgehoben

- (8) Die administrativen Arbeiten des Wohlfahrtsfonds werden durch das Kammeramt der Ärztekammer für Kärnten besorgt. Über die Einnahmen und Ausgaben ist nach den Grundsätzen der doppelten Buchhaltung gesondert vom übrigen Kammervermögen der Ärztekammer für Kärnten Buch zu führen. Die einzelnen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen sowie Beiträge sind im Rechnungsabschluss auszuweisen. Die Überschüsse bzw. Abgänge und bestehenden Rücklagen sind getrennt nach den einzelnen Leistungsarten in der Bilanz auszuweisen.
- (9) Die Erträge aus dem Vermögen des Wohlfahrtsfonds fließen entsprechend dem Kapital der einzelnen Leistungsarten diesen einzelnen Leistungsarten anteilmäßig zu. Die Beiträge und das Kapital sind im Sinne dieser Satzung zu verwenden. Erreichen die Rücklagen einen Umfang, der eine ausreichende Deckung der jeweiligen Leistungsart übersteigt, so hat die erweiterte Vollversammlung über die Verwendung dieser Rücklage in Form von Beitragssenkung oder Leistungserhöhung zu entscheiden.
- (10) Für 2017 betragen die Verwaltungskosten € 1.200.000,00 und werden ab 2018 jährlich entsprechend der Veränderung des Verbraucherpreisindex angepasst. Die Änderung erfolgt im selben Verhältnis wie sich die Indexziffer für April des Vorjahres gegenüber der Indexziffer für April des vorvergangenen Jahres geändert hat. Die Aufteilung der Verwaltungskosten auf die einzelnen Leistungsarten erfolgt anteilmäßig entsprechend deren Kapitalanteil. Allfällige Kosten für Gutachten von Dritten sind gesondert vom Vermögen des Wohlfahrtsfonds zu tragen.
- (11) Einmalige Leistungen des Wohlfahrtsfonds sind spätestens binnen vier Wochen nach der Zuerkennung den Anspruchsberechtigten anzuweisen.

§ 4 Aufbringung der Mittel

- (1) Die Leistungen des Wohlfahrtsfonds werden durch die Beiträge (s. Beitragsordnung) und bei Bedarf aus dem Vermögen des Wohlfahrtsfonds gedeckt.
- (2) Neben den Beiträgen fließen dem Wohlfahrtsfonds insbesondere folgende Einnahmen zu:
- a) seine Erträge, Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächtnisse sowie Schenkungen und sonstige Zweckwidmungen (§ 108a Abs. 2 ÄrzteG);
 - b) Ordnungsstrafen, die von der Ärztekammer verhängt werden.

§ 5 Vermögensanlage

- (1) Das Vermögen des Wohlfahrtsfonds ist dazu bestimmt, die Leistungserfordernisse sowie zukünftige Leistungsverpflichtungen des Wohlfahrtsfonds zu decken.
- (2) Die zur Veranlagung verfügbaren Mittel des Wohlfahrtsfonds sind nach den Grundsätzen des § 25 des Pensionskassengesetzes (PKG) BGBl.Nr.281, 1990, in der Fassung BGBl. Nr.80/2003 unter Außerachtlassung des § 203 ÄrzteG zu veranlagen, wobei die Veranlagung in Liegenschaften mit höchstens 30 v.H. des Vermögens begrenzt ist. Die Veranlagung von Mitteln des Wohlfahrtsfonds in physischem Gold ist zulässig.
- (3) Mindestens alle fünf Jahre, gerechnet vom Jahre 1950 an, ist durch geeignete externe Fachleute zu prüfen, ob das Vermögen zur Sicherstellung der Leistungen und zukünftigen Verpflichtungen des Wohlfahrtsfonds ausreicht.

- (4) Ergibt die Überprüfung eine unzureichende Deckung, ist spätestens nach drei Jahren eine neuerliche Überprüfung durchzuführen.

§ 6 Der Überprüfungsausschuss

- (1) Der Überprüfungsausschuss besteht aus drei Rechnungsprüfern. Zwei Rechnungsprüfer sind aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer für Kärnten von der Vollversammlung zu wählen. Ein Rechnungsprüfer wird von der Landes Zahnärztekammer für Kärnten bestellt. Die Rechnungsprüfer werden für die Dauer eines Jahres gewählt. Sie dürfen dem Vorstand der Ärztekammer für Kärnten und dem Verwaltungsausschuss nicht angehören. Für jeden Rechnungsprüfer ist in gleicher Weise ein Stellvertreter zu wählen bzw. zu bestellen.
- (2) Dem Überprüfungsausschuss obliegt es, mindestens einmal jährlich die Geschäftsführung des Wohlfahrtsfonds zu überprüfen. Hierbei hat er die Gebarung des Wohlfahrtsfonds an Hand der Bücher und Belege dahingehend zu überprüfen, ob alle Ausgaben durch Beschlüsse der zuständigen Organe gedeckt sind. Der Überprüfungsausschuss erstattet der Erweiterten Vollversammlung schriftlich Bericht über die durchgeführte Prüfung, die auf jeden Fall zwischen Beendigung der Bilanzierungsarbeiten für das abgelaufene Jahr und Beschlussfassung über den Jahresabschluss stattfindet.

§ 7 Beitragspflicht

- (1) Ordentliche Kammerangehörige haben ab Beginn ihrer Kammerangehörigkeit nach Maßgabe des Ärztegesetzes und dieser Satzung Beiträge zu leisten und haben Anspruch auf Leistungen des Wohlfahrtsfonds. Die Unterscheidung in ordentliche und außerordentliche Kammerangehörige wird für Ärzte nach dem Ärztegesetz und für Zahnärzte nach dem Zahnärztekammergesetz beurteilt (§68 ÄrzteG., § 13 ZÄKG). Jene Ärzte, die gemäß § 59 Abs. 1 lit. 3 Z c) ÄrzteG nicht aus der Ärzteliste gestrichen wurden, sind beitragsmäßig wie außerordentliche Mitglieder einzustufen, sofern keine ärztlichen Einkünfte erzielt werden. Werden ärztliche Einkünfte erzielt, sind die Mitglieder beitragsmäßig entsprechend dieser Tätigkeit einzustufen.
- (2) Außerordentliche Kammerangehörige können sich über Antrag vom Verwaltungsausschuss zur Leistung von Beiträgen freiwillig verpflichten, um in den Genuss der Leistungen des Wohlfahrtsfonds zu gelangen. Diese Verpflichtung erstreckt sich auf folgende Leistungsarten: Altersversorgung, Ersatz von Krankenhauskosten und Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung. Eine Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen für das Krankengeld ist für außerordentliche Kammerangehörige nicht möglich. Im übrigen gelten die Bestimmungen wie für ordentliche Kammerangehörige.
- (3) Die Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds erlischt nicht, wenn ein ordentlicher Kammerangehöriger zu Ausbildungszwecken bis zu drei Monate ausschließlich in einem anderen Kammerbereich ärztlich tätig ist. Diese Frist kann über Antrag des Kammerangehörigen durch Beschluss des Verwaltungsausschusses verlängert werden. Dasselbe gilt für Tätigkeiten im Ausland für die vom Verwaltungsausschuss im Vorhinein bewilligte Dauer.
- (4) Bezieher von Versorgungsleistungen sind verpflichtet, einen nach den Bestimmungen dieser Satzung für ihre Gruppe vorgesehenen Pensionssicherungsbeitrag im Wege des Abzuges von der ihnen zustehenden Leistung zu entrichten.

§ 8 Enden der Beitragspflicht

- (1) Die Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds erlischt
 - a) durch den Tod;
 - b) im Falle der Befreiung auf Grund des § 9 dieser Satzung;
 - c) bei außerordentlichen Kammerangehörigen auch durch Nichtzahlung der Beiträge trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung oder durch schriftliche Erklärung des außerordentlichen Kammerangehörigen;
 - d) durch Beendigung der Kammerangehörigkeit.
- (2) Verlegt der Kammerangehörige seinen Berufssitz (Dienstort) dauerhaft in ein anderes Bundesland, so werden die für die Grundleistung entrichteten Beiträge in voller Höhe der für ihn nunmehr zuständigen Ärztekammer überwiesen. Während der Zeit der Ausbildung eines Kammerangehörigen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen; diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen. Vom errechneten Überweisungsbetrag sind bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität und die an die Ärztekammer oder den Wohlfahrtsfonds aushaftenden Rückstände bzw. Schulden jeder Art abzurechnen.
- (3) Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste gebührt ihm der Rückersatz der zur Grundleistung entrichteten Beiträge in der Höhe von 50 % über Antrag und unter Anwendung des § 115 ÄrzteG, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste erfolgte, eine ärztliche Tätigkeit in einem anderen Land der europäischen Gemeinschaft aufgenommen wurde oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.
- (4) Die für die Zusatzleistung geleisteten Beiträge werden in der Höhe von 100 % gemäß Abs. (2) überwiesen oder gemäß Abs. (3) rückersetzt. Die für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Riskengemeinschaft I, II und III und für die Unterstützungsleistungen entrichteten Beiträge werden nicht überwiesen bzw. rückersetzt.
- (5) Mit der Überweisung bzw. dem Rückersatz der Beiträge erlöschen sämtliche Ansprüche auf Leistungen des Wohlfahrtsfonds, was dem Betroffenen durch Bescheid mitzuteilen ist.

§ 9 Befreiung von der Beitragspflicht, Nachzahlung von Beiträgen

- (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht und übt er keine freiberuflich ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs.(2) ÄrzteG bzw. § 23 Z 1 ZÄG aus, ist er auf Antrag, ausgenommen den für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und die Unterstützungsleistungen nach § 107 ÄrzteG, einzuhebenden Teil des Wohlfahrtsfondsbeitrages, von der Beitragspflicht zu befreien. Übt der Antragsteller jedoch eine freiberuflich ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. (2) ÄrzteG bzw. § 23 Z 1 ZÄG aus, ist eine Befreiung nur bis auf den zur Grundleistung einzuhebenden Teil des Wohlfahrtsfondsbeitrages zulässig, wobei eine Befreiung von Beiträgen zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und den Unterstützungsleistungen nicht zulässig ist (§ 112 Abs. 1 ÄrzteG).
- (2) Im Falle der Befreiung von der Beitragspflicht kann über Antrag eine Erstattung der Beiträge im Sinne des § 8 erfolgen.

- (3) Wird einem ordentlichen Kammerangehörigen gem. § 62 Abs 1 ÄrzteG vorläufig die Berufsausübung untersagt, kann ihn der Verwaltungsausschuss auf Antrag von der Beitragspflicht befreien und festlegen, ob und welche Leistungen des Wohlfahrtsfonds dadurch keine Kürzung erfahren, bis die vorläufige Untersagung der Berufsausübung beendet ist.
- (4) ---
- (5) Kammerangehörige, die nachweisen, dass ihnen ein gleichwertiger Anspruch auf Versorgungsleistungen auf Grund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer oder ein annähernd gleichwertiger Anspruch auf Grund der Zugehörigkeit zu einem berufsständischen Versorgungswerk in einem anderen Land des europäischen Wirtschaftsraumes zusteht, werden auf Antrag von der Beitragspflicht an den Wohlfahrtsfonds zur Gänze befreit.
- (6) Ärzte, die Kammerangehörige einer anderen Ärztekammer sind und Beiträge zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten zahlen, können mit Zustimmung der anderen Ärztekammer in begründeten Ausnahmefällen über Beschluss des Verwaltungsausschusses weiterhin beitragspflichtig beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten bleiben.
- (7) Kammerangehörige, die bei Vollendung des 50. Lebensjahres eine Anwartschaft von weniger als 55 % erreicht haben, sind verpflichtet, die auf eine Anwartschaft von 55 % fehlenden Beiträge, höchstens jedoch 15 %, nachzuzahlen.

Die Höhe der durch die Nachzahlung erworbenen Anwartschaften richtet sich nach dem Richtbeitrag und dem Prozentsatz gemäß § 19a Abs. 3, welcher zum Zeitpunkt der Erreichung des 50. Lebensjahres in Kraft ist. Der Nachzahlungsbetrag erhöht sich dabei um 40% vor 2021, 16,50% im Jahr 2021, 13,75% im Jahr 2022, 11,00% im Jahr 2023, 8,25% im Jahr 2024, 5,50% im Jahr 2025 und 2,75% im Jahr 2026, wobei das Jahr des Eintretens der Nachzahlungsverpflichtung maßgeblich ist.

Der Nachzahlungsbetrag kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen auf Antrag ermäßigt werden. Für Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem Vertragsstaat des europäischen Wirtschaftsraumes versichert war (siehe Abs. 3), ist keine Nachzahlung zu leisten.

- (7a) Der Nachzahlungsbeitrag gem. Abs. 7 kann auch in drei Jahresraten bezahlt werden. In diesem Fall erhöht sich der errechnete Beitrag um 5 %.

§ 10 Ermäßigung und Nachlass der Beiträge

- (1) Für die Dauer des Vorliegens berücksichtigungswürdiger Umstände kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Stundung oder Ermäßigung, in Härtefällen auch den Nachlass der Fondsbeiträge, bewilligen (§ 111 ÄrzteG).
- (2) Als berücksichtigungswürdige Umstände gelten insbesondere: Mehrere in Ausbildung stehende Kinder, hohe finanzielle Belastungen nach Eröffnung einer Praxis, unverschuldeter wirtschaftlicher Notstand sowie eine zeitlich begrenzte Unterbrechung der Berufsausübung, wobei die Zahlung der Beiträge zu einer unzumutbaren finanziellen Belastung führen würde.
- (3) Die Auswirkungen der Ermäßigung oder des Nachlasses auf den Leistungsanspruch sind in den Bescheid aufzunehmen.

- (4) Wird weder Ermäßigung noch Nachlass gewährt und werden die Beiträge trotz Mahnung nicht entrichtet, ruht ab dem Zeitpunkt der Mahnung der Anspruch auf Unterstützungsleistungen.
- (5) Weiblichen Kammerangehörigen werden für die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes die Beiträge für die Grundleistung nachgelassen.
- (6) Nach Wegfall der die Beitragsermäßigung begründenden Umstände sind weiterhin die vollen Beiträge zu leisten.
- (7) Für die Ermäßigung der Beiträge zur Zusatzleistung gilt Folgendes: Liegen die Einkünfte aus selbstständiger ärztlicher und/oder zahnärztlicher Tätigkeit des vorvergangenen Jahres unter dem 64-fachen der Beitragsstufe 1, wird der Beitrag nachgelassen. Liegen die Einkünfte aus selbstständiger ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit zwischen dem 64-fachen und 80-fachen, ist der Beitrag in der Höhe der Beitragsstufe 1 zu entrichten, zwischen dem 80-fachen und dem 100-fachen erfolgt eine Ermäßigung auf die Beitragsstufe 2. Die Ermäßigung ist jährlich schriftlich zu beantragen. Der Nachweis des Einkommens ist zu erbringen.
- (8) Die Beiträge für die Grundleistung werden niedergelassenen Ärzten / Zahnärzten ohne Anstellung und ohne Kassenvertrag bis zum ersten vollen Kalenderjahr nach Praxiseröffnung auf 25 % und im zweiten vollen Kalenderjahr nach Praxiseröffnung auf 50 % des Richtbeitrages ermäßigt.
- (9) Für die Ermäßigung der Beiträge für die Grundleistung gilt für beitragsmäßig als niedergelassen eingestufte Ärzte/Zahnärzte Folgendes: Liegen die Einkünfte aus ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit zwischen dem 6- und 8-fachen des Richtbeitrages, werden die Beiträge auf 75 % des Richtbeitrages, liegen die Einkünfte zwischen dem 4- bis 6-fachen des Richtbeitrages, werden die Beiträge auf 50 % des Richtbeitrages, liegen die Einkünfte unter dem 4-fachen des Richtbeitrages, werden die Beiträge auf 25 % des Richtbeitrages ermäßigt. Maßgebend ist dafür das nachgewiesene Gesamteinkommen aus ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit des vorvergangenen Jahres.
- (10) Für die Ermäßigung der Beiträge für die Grundleistung der angestellten Ärzte/angestellten Zahnärzte, die nicht freiberuflich tätig sind, gilt Folgendes: Liegt das Bruttogehalt pro Quartal aus ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit unter dem 4-fachen des Jahresbeitrages eines Turnusarztes, werden die Beiträge auf 2,5 % des Grundgehaltes ermäßigt, jedoch nicht unter den in der Beitragsordnung festgesetzten Mindestbeitrag. Liegt das Bruttogehalt zwischen dem 4- bis 5-fachen des Jahresbeitrages eines Turnusarztes werden die Beiträge in der Höhe eines Turnusarztes vorgeschrieben. Liegt das Bruttogehalt zwischen dem 5- bis 6-fachen des Jahresbeitrages eines Turnusarztes werden die Beiträge auf 5 % des Grundgehaltes ermäßigt, nicht jedoch unter den Beitrag eines Turnusarztes. Liegt das Bruttogehalt zwischen dem 6- bis 7-fachen des Jahresbeitrages eines Turnusarztes, so werden die Beiträge auf 7,5 % des Grundgehaltes ermäßigt. Maßgebend für die Ermäßigung ist das nachgewiesene aktuelle monatliche Einkommen, hochgerechnet auf das Quartal.
- (11) Die Beiträge für die Zusatzleistung werden bis zum zweiten vollen Kalenderjahr nach Praxiseröffnung nachgelassen.

§ 11 Schadenersatz

Können Personen, denen Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen aus dem gleichen Anlass erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, so geht der Anspruch auf die Ärztekammer insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Ärztekammer nicht über (§ 96 Abs. 4 ÄrzteG).

II. ABSCHNITT Unterstützungsleistungen

§ 12 Gliederung

Die Unterstützungsleistungen gliedern sich in folgende Arten:

- a) Krankenhilfe (Krankengeld und Ersatz von Krankenhauskosten (§§ 13 und 15));
- b) Zuschuss zum Kuraufenthalt (§ 14);
- c) Notstandshilfe (§ 17).

§ 13 Krankengeld, Wochengeld, Geburtenbeihilfe

- (1) Krankengeld wird ordentlichen Kammerangehörigen gewährt, die infolge Krankheit oder Unfall an der Ausübung ihrer ärztlichen und /oder zahnärztlichen Tätigkeiten verhindert sind. Das Krankengeld wird jeweils ab dem vierten Tag der schriftlich bestätigten Berufsunfähigkeit gewährt. Die Bestätigung ist samt Anführung der die Berufsunfähigkeit begründenden Diagnose(n) von der jeweiligen Krankenversicherung oder vom behandelnden Arzt auszustellen, der nicht Elternteil, Kind, Bruder oder Schwester des Kammerangehörigen bzw. nicht mit diesem im gemeinsamen Haushalt wohnhaft sein darf.
- (2) Das Krankengeld wird für höchstens 200 Tage innerhalb von zwei Jahren gewährt. Die Höhe des Krankengeldes wird für den vierten bis 100. Tag und für den 101. bis 200. Tag in unterschiedlicher Höhe festgesetzt. Der zweijährige Zeitraum wird jeweils ab 1.1.2000 errechnet.
- (3) Die Höhe des Krankengeldes wird jährlich im Leistungsblatt festgesetzt.
- (4) Das Krankengeld wird nicht gewährt, wenn während der Krankheitsdauer eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird oder wenn vom Kammerangehörigen die Krankheit absichtlich herbeigeführt wurde.
- (5) Weiblichen Kammerangehörigen, die Beiträge für das Krankengeld leisten oder bis spätestens 6 Monate vor dem Tag der Niederkunft leisteten, wird für die Zeit des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz bzw. nach § 106 Abs. 5 ÄrzteG Wochengeld ab dem auf den Tag der Niederkunft folgenden Tag für die Dauer von 8 Wochen gewährt, sofern nicht ein annähernd gleichartiger Anspruch aus einem Wohlfahrtsfonds einer anderen Landesärztekammer besteht. Die Höhe des Wochengeldes entspricht der Höhe des Krankengeldes für 53 Tage. Für den Zeitraum des Bezuges von Wochengeld nach den Bestimmungen dieser Satzung ist der Bezug von Krankengeld ausgeschlossen.
- (6) *entfällt*
- (7) Bei Geburt oder Totgeburt eines Kindes erhält der Kammerangehörige nach Vorlage der Geburtsurkunde bzw. des entsprechenden Nachweises eine einmalige Geburtenbeihilfe in der Höhe von € 220,- je Kind. Diese gelangt, auch wenn beide Elternteile Kammerangehörige sind, nur einmal zur Auszahlung.
- (8) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Entrichtung der hiefür in der Beitragsordnung vorgesehenen Beiträge. Für Kammerangehörige, die auf Grund ihres Alters keine Beiträge für das Krankengeld entrichten und die Alters- bzw. Invaliditätsversorgung nicht beziehen, beträgt das Krankengeld 1/30 der Grundleistung pro Tag.

- (9) Bei einer Berufsunfähigkeit während eines Auslandsaufenthaltes wird Krankengeld nur ab dem 4. Tag eines stationären Aufenthaltes gewährt.

§ 14 Zuschuss zum Kuraufenthalt

- (1) Ordentlichen Kammerangehörigen und Beziehern von Versorgungsleistungen des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten kann ein Zuschuss zu den Kosten eines Kuraufenthaltes im Inland gewährt werden.
- (2) Die Auszahlung des Kurzuschusses erfolgt im Nachhinein gegen Vorlage einer Bestätigung über den Kuraufenthalt und der Bewilligung durch den Pensionsversicherungsträger. Die Höhe des Zuschusses wird im Leistungsblatt festgesetzt. Während eines Kuraufenthaltes besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (3) Ein Zuschuss zum Kuraufenthalt wird für höchstens 60 Tage innerhalb von zehn Jahren bewilligt.

§ 15 Ersatz von Krankenhauskosten

- (1) Tatsächlich geleistete Krankenhauskosten werden gegen Erlag der Originalrechnung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen ersetzt, und zwar bei einem Krankenhausaufenthalt
- a) des Kammerangehörigen;
 - b) der Ehegattin bzw. des Ehegatten bei aufrechtem Bestand der Ehe;
 - c) des eingetragenen Partners
 - d) des ehelichen, unehelichen oder Wahlkindes, sofern diesem ein Anspruch auf Kinderunterstützung zustehen würde und darüber hinaus für volljährige Kinder, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, für die Zeit zwischen dem Abschluss der Schulausbildung oder der Zeit zwischen der Beendigung des Präsenz-, Ausbildungs-, Ersatz- oder Zivildienstes und dem Beginn einer weiteren Schul- oder Berufsausbildung, wenn diese zum frühest möglichen Zeitpunkt begonnen wird;
 - e) des Beziehers einer Alters-, Witwen- (Witwer-) oder Invaliditätsversorgung und Beziehers einer Versorgung für hinterbliebene eingetragene Partner der Ärztekammer für Kärnten und deren Angehörigen im Sinne lit. b), c) und d);
 - f) des Beziehers einer Waisenversorgung der Ärztekammer für Kärnten;
 - g) des geschiedenen Ehepartners eines Arztes bzw. des ehemaligen Partners nach aufgelöster eingetragener Partnerschaft, wenn eine Anwartschaft auf Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen ehemaligen eingetragenen Partners im Sinne des § 21 der Satzung vorliegt.
 - h) Für den unter Abs. (1) lit. d) bis g) genannten Personenkreis kann ein Ersatz von Kosten nicht erfolgen, wenn der Kammerangehörige nicht zumindest die letzten fünf Jahre vor Bezug der Altersversorgung bzw. vor seinem Ableben Beiträge entrichtet hat.
- (2) Der Ersatz von Krankenhauskosten erfolgt bei einem Aufenthalt in der Sonderklasse einer Kärntner Krankenanstalt und in einem Kärntner Sanatorium. Die Kosten werden höchstens in der von den Krankenanstalten mit dem Verband der Privatversicherungen vereinbarten Höhe für Mehrbettzimmer ersetzt. Besteht keine Vereinbarung, so ist für die Beurteilung des Kostenrückersatzes die letzte in Geltung gestandene Vereinbarung bzw. in deren Geltungsbereich die Verordnung der Kärntner Landesregierung über die Höhe der Sondergebühren heranzuziehen. Es erfolgt kein Kostenersatz für den Aufenthalt von Begleitpersonen oder für Aufenthalte im Zusammenhang mit Schönheitsoperationen bzw. kosmetischen Behandlungen, sofern diese nicht vom Leistungsspektrum der gesetzlichen

Krankenversicherung umfasst werden. Der Ersatz von Krankenhauskosten erfolgt höchstens für 60 Tage innerhalb von zwei Jahren. Pro Tag des Aufenthaltes in der Sonderklasse ist ein Eigenbeitrag von € 20,- zu leisten, mindestens jedoch € 75,- pro Krankenhausaufenthalt, höchstens jedoch € 400,- pro Jahr. Die Frist von zwei Jahren wird jeweils ab 1.1.2000 gerechnet. Kosten für ambulante Operationen in Kärntner Krankenanstalten werden in derselben Höhe wie von privaten Versicherungen für Sonderklasseversicherte ersetzt. Der Eigenbeitrag beträgt bei ambulanten Operationen € 75,- pro Fall. Nicht ersetzt werden Kosten für Pflegeheime und Alterskrankenhäuser. Abweichende Regelungen, die eine Besserstellung der Versicherten darstellen, können vom Verwaltungsausschuss beschlossen werden.

- (3) Bei Krankenhausaufenthalten außerhalb Kärntens sind die Kosten zunächst vom Kammerangehörigen selbst zu leisten. Die dafür anerlaufenen Kosten werden abzüglich des Anteils der Pflichtversicherung und allfälliger Leistungen aus anderen Versicherungen anhand des im Leistungsblatt enthaltenen Tarifes auf Antrag gegen Übermittlung der Originalrechnung und Zahlungsbestätigung rückersetzt. Wurde bei Anspruchsberechtigten mit Hauptwohnsitz oder Dienstort in Kärnten ein derartiger Krankenhausaufenthalt durch eine akute Erkrankung, einen Unfall oder dadurch notwendig, dass die Behandlung in Kärnten nicht durchführbar ist, werden die Kosten in 1,8-facher Höhe dieses Tarifes, maximal jedoch in tatsächlich angefallener Höhe, rückersetzt. Der Verwaltungsausschuss kann in begründeten Fällen einen höheren oder den vollen Kostenersatz beschließen.
- (4) Der Ersatz von Kosten kann nur erfolgen, wenn die Beiträge entsprechend der Beitragsordnung während der gesamten Dauer der ordentlichen und außerordentlichen Kammerzugehörigkeit oder seit mindestens einem Jahr gezahlt wurden. Bezieher von Versorgungsleistungen können sich zu Beginn des Bezuges zur Zahlung der Beiträge lt. Beitragsordnung verpflichten, allerdings nur dann, wenn für den jeweiligen Kammerangehörigen der Ersatz von Krankenhauskosten bis zu diesem Zeitpunkt aufrecht war. Geschiedene Ehepartner und eingetragene Partner nach Auflösung der eingetragenen Partnerschaft eines Kammerangehörigen können sich zur Beitragszahlung freiwillig verpflichten, wenn eine Anwartschaft auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder Versorgung von hinterbliebenen eingetragenen Partnern im Sinne des § 21 der Satzung vorliegt und bis zur Scheidung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft die Anspruchsberechtigung auf Ersatz von Krankenhauskosten bestanden hat. Ein entsprechender Antrag ist innerhalb von 3 Monaten nach der Ehescheidung zu stellen. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Frist vom Verwaltungsausschuss verlängert oder auch die Frist des ersten Satzes dieses Absatzes reduziert werden.

§ 15a Ersatz von Behandlungskosten außerhalb von Krankenanstalten, administrative Auslagerung

- (1) Leistungsberechtigte Personen (§ 15 Abs. 1 und 4 der Satzung), die keinen Anspruch an eine gesetzliche Krankenversicherung haben, haben Anspruch auf Ersatz von Behandlungs- und Medikamentenkosten, sofern Beiträge hierfür geleistet werden. Der Kostenersatz richtet sich nach einem Versicherungsvertrag, der über Beschluss des Verwaltungsausschusses mit einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden kann. Der Inhalt des Leistungsanspruches und jede Änderung sind durch Veröffentlichung auf der Homepage der Ärztekammer für Kärnten und Mitteilung an die Landes Zahnärztekammer bekannt zu machen.
- (2) Der Verwaltungsausschuss kann mit der administrativen Abwicklung von Ansprüchen an den Wohlfahrtsfonds für den Bereich des Ersatzes von ambulanten und/oder stationären Krankheitskosten ein privates Versicherungsunternehmen beauftragen (§ 113 Abs. 1 ÄrzteG).

§ 16 Pflegegeld

Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds gebührt kein Pflegegeld an einzelne Leistungsbezieher. Nach den gesetzlichen Vorschriften ist der Ersatz für den Pflegegeldaufwand an die zuständige Sozialversicherungsanstalt zu leisten.

§ 17 Notstandshilfe

- (1) Kärntner Ärzten oder Zahnärzten, deren Familienangehörigen sowie Hinterbliebenen, sowie deren geschiedenen Ehepartnern und ehemaligen eingetragenen Partnern kann im Falle eines nachgewiesenen unverschuldeten, wirtschaftlich bedingten Notstandes eine Unterstützung in Form einmaliger oder wiederkehrender finanzieller Leistungen gewährt werden.
- (2) Laufende Unterstützungen werden 14-mal jährlich ausgezahlt und können jeweils höchstens für ein Jahr bewilligt werden.
- (3) Einmalige Unterstützungen können insbesondere gewährt werden für
 - a) Ausbildungs- und Studienzwecke;
 - b) notwendige Heilbehelfe;
 - c) außergewöhnlich hohe Krankheitskosten;
 - d) sonstige außergewöhnliche Ereignisse.

III. ABSCHNITT Versorgungsleistungen

§ 18 Allgemeines und Gliederung

- (1) Folgende Versorgungsleistungen werden gewährt:
 - a) Altersversorgung (§§ 19 und 19a);
 - b) Invaliditätsversorgung (§§ 20 und 20a);
 - c) Kinderunterstützung (§ 22);
 - d) Witwen- und Witwerversorgung und Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners (§ 21);
 - e) Waisenversorgung (§ 23);
 - f) Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 24).

Die Leistungen nach a) bis e) werden, soweit diese Satzung keine andere Regelung trifft, 14-mal jährlich, monatlich im Vorhinein, ausbezahlt, wobei die 13. Auszahlung jeweils am 1. Juni und die 14. Auszahlung jeweils am 1. Dezember erfolgt.

- (2) Die Höhe der Leistungen wird alljährlich von der erweiterten Vollversammlung festgelegt und in einem Leistungsblatt, welches einen Bestandteil dieser Satzung bildet, veröffentlicht.
- (3) Eine Zusatzleistung zu den im Abs. (1) angeführten Versorgungsleistungen wird gewährt, wenn die Beiträge für die Zusatzleistungen geleistet wurden. Sie bemisst sich nach der Höhe der Beiträge. Nähere Bestimmungen enthalten die §§ 25 und 26.

§ 19 Altersversorgung

- (1) Die Altersversorgung ist dem Kammerangehörigen zu gewähren, sofern dieser Beiträge zur Altersversorgung geleistet hat und nicht von der Beitragspflicht befreit war. Die Altersversorgung setzt sich zusammen aus der Grundleistung, der Ergänzungsleistung für niedergelassene Ärzte und der Zusatzleistung (siehe §§ 25 und 26).
- (2) Voraussetzung für den Bezug der Grundleistung ist der Bezug einer gesetzlichen Pension oder eines gesetzlichen Ruhegenusses oder die gänzliche Einstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeit. Die Grundleistung wird nicht gewährt, wenn der Kammerangehörige weiterhin einen kurativen Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger hat oder eine Hausapotheke führt.
- (3) Die Grundleistung kann ab Vollendung des 55. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. Sie vermindert sich um ein Zwölftel von 5 % des sich als Summe von Grundleistung und allfälliger Ergänzungsleistung für niedergelassene Ärzte ergebenden Betrages je vollem Kalendermonat, das zwischen dem Lebensalter bei der erstmaligen Inanspruchnahme und der Vollendung des 65. Lebensjahres liegt. Diese Verminderung bleibt jeweils für die Dauer des Bezuges wirksam und wirkt für die Versorgung der Angehörigen fort.
- (4) Die Ergänzungsleistung für niedergelassene Kammerangehörige wird Beziehern der Altersversorgung gewährt, wenn im Zeitraum zwischen dem 1.1.1950 und der Vollendung des 65. Lebensjahres ein kurativer Kassenvertrag mit der BVA und/oder der VA/VAEB für mehr als 25 Jahre bestanden hat.

Für jedes die Vertragsdauer von 25 Jahren übersteigende volle Vertragsjahr wird ein im Leistungsblatt festzusetzender Betrag monatlich gewährt. Diese Ergänzungsleistung kann

verringert werden, wenn aufgrund einer Änderung des Gesamtvertrages mit der BVA deren Beitragszahlungen für diese Leistung verringert werden oder ausbleiben.

- (5) Mit Wirkung ab 1.1.2005 wird die allgemeine Ergänzungsleistung aufgelassen und die Grundleistung um die allgemeine Ergänzungsleistung erhöht. Die Begriffe Grundpension und Grundversorgung werden durch den Begriff Grundleistung ersetzt. Die Höhe der Leistungen wird dadurch nicht geändert.

§ 19a Altersversorgung ab 1. 1. 1988

- (1) Die Grundleistung wird nach der Höhe der Beitragsleistung ermittelt.
- (2) In der Beitragsordnung wird jährlich ein Richtbeitrag festgesetzt. Der Richtbeitrag ist im zur finanziellen Sicherstellung der vorgesehenen Leistungen erforderlichen Ausmaß festzusetzen.
- (3) Für jedes Jahr, für das der volle Richtbeitrag geleistet wird, wird bis zum 31.12.2020 eine Anwartschaft auf 3% und ab dem 1.1.2021 eine Anwartschaft auf 2,65 % der Grundleistung erworben. Erreichen im Einzelfall die Beiträge, aus welchem Grund immer, nicht den Richtbeitrag, wird die Anwartschaft für das betreffende Jahr in dem der geringeren Beitragsleistung entsprechenden Verhältnis vermindert erworben. Die Anwartschaft wird auf hundertstel Prozentanteile genau ermittelt.

Unterschreitet der jährliche Richtbeitrag den in der folgenden Tabelle für das jeweilige Jahr maßgeblichen Sollbeitrag, wird der Satz von 2,65 % im Verhältnis des jährlichen Richtbeitrages zum jeweils maßgeblichen Sollbeitrag verändert. Für den Erwerb von Anwartschaften ab dem 1.1.2028 wirkt der für das Jahr 2027 maßgebliche Prozentsatz fort.

Jahr	Sollbeitrag
2021	€ 8.340,00
2022	€ 8.556,00
2023	€ 8.772,00
2024	€ 9.000,00
2025	€ 9.228,00
2026	€ 9.456,00
2027	€ 9.696,00

- (4) Eine Anwartschaft auf mehr als 100 % der Grundleistung steht in keinem Fall zu. Nimmt jedoch ein Kammerangehöriger nach Vollendung des 65. Lebensjahres den Bezug der Grundleistung nicht in Anspruch, obwohl er die dafür notwendigen Voraussetzungen erfüllen würde oder ruht ab diesem Zeitpunkt sein Anspruch auf die Grundleistung, so erhöht sich auf Antrag sein Anspruch auf die Grundleistung je Kalendermonat der Nichtinanspruchnahme um einen Pensionszuschlag von 0,125 % jenes Betrages der Grundleistung, auf den er bei der späteren Inanspruchnahme oder nach Beendigung des Ruhens Anspruch hat. Bei der Berechnung dieses Pensionszuschlages bleiben allenfalls bereits früher zuerkannte Pensionszuschläge außer Betracht. Der Pensionszuschlag kann nicht rückwirkend beantragt werden.
- (5) § 19 Abs. (3) ist bei Inanspruchnahme der Grundleistung vor Vollendung des 65. Lebensjahres auf den sich aus der Anwartschaft ergebenden Anspruch anzuwenden.
- (6) Beitragszeiten zwischen dem 1.10.1950 und dem 31.12.1987 gelten, sofern keine bescheidmäßige Ermäßigung oder Befreiung erfolgt ist, als mit 3 % Anwartschaft für jedes volle Kalenderjahr anerkannt. Teile von Jahren gelten verhältnismäßig weniger, begonnene Monate zählen als volle Monate.

- (7) Das Kammeramt hat dem (der) Kammerangehörigen auf Anfrage die von ihm (ihr) erworbenen Anwartschaften und voraussichtlichen Leistungserwartungen mitzuteilen.
- (8) Bescheide über Ermäßigung, Nachlass und Befreiung, in denen auf die Auswirkung nach § 10 Abs. (3) hingewiesen wird, sind für den Zeitraum vor dem 1.1.1988 so zu berücksichtigen, dass die Anwartschaft entsprechend dem verringerten Beitrag ermittelt wird.
- (9) Der § 10 Abs. (3) zweiter und dritter Satz, sowie § 9 Abs. (3) erster Satz betreffend die Anspruchsminderung wegen Befreiung oder Nachlass von Beiträgen sind nur für die Zeit vor dem 1. 1. 1988 anzuwenden.
- (10) Beiträge, die für Kammerangehörige von der Ärztekammer eines anderen Bundeslandes überwiesen werden, werden sinngemäß nach den für die Ärztekammer für Kärnten geltenden Grundsätzen angerechnet, wobei der erworbene Anspruch gemäß Abs. 3 durch den Richtbeitrag übersteigende Überweisungen im entsprechenden Verhältnis erhöht werden kann. Werden für Kammerangehörige, die nicht Mitglied der Zusatzleistung II sind oder innerhalb von 3 Kalenderjahren nach Beginn der Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten werden, Beiträge aus anderen Leistungsarten als der Grund- bzw. Allgemeinen Ergänzungsleistung überwiesen, werden diese der Grundleistung zugerechnet, anderenfalls der Zusatzleistung II, wobei in diesem Fall die Zahlung dem Jahr der Überweisung angerechnet wird und dieses auch als Basis für die Berechnung der Pensionsmesszahl dient.
- (11) Die Zeit der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Dienstverhältnisses zwischen 1.10.1950 und 31.12.1969 wird als Beitragszeit im Sinne des Abs. (1) anerkannt, sofern damals und zum 31.12.1987 die ordentliche Kammerangehörigkeit gegeben war.

§ 20 Invaliditätsversorgung

- (1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr nicht vollendet hat, Beiträge zur Grundleistung bzw. zur Zusatzleistung geleistet hat und vor Bezug der Altersversorgung infolge eines körperlichen oder geistigen Gebrechens gänzlich unfähig ist, seine bisherige oder eine andere ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit auszuüben. Die Invaliditätsversorgung kann befristet gewährt werden.
- (2) Die Höhe der Invaliditätsversorgung entspricht der Höhe der Altersversorgung bzw. der Zusatzleistung, ermittelt nach den §§ 19, 19a, 20, 20a, 25 und 26. Sie beträgt für den Kammerangehörigen bei einem Alter von mehr als

50 Jahren	95 %
51 Jahren	90 %
52 Jahren	85 %
53 Jahren	80 %;
bei einem Alter von 54 - 60 Jahren	75 %

 der Summe aus den durch Beitragsleistung erworbenen Anwartschaften auf laufende Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung für niedergelassene Ärzte und dem Bonuszuschlag gem. § 20 a und bleibt für die Dauer des Bezuges der Versorgungsleistung aufrecht.
- (3) Die Zuerkennung der Invaliditätsversorgung erfolgt über Antrag durch den Verwaltungsausschuss nach Vorlage eines entsprechenden Gutachtens des Vertrauensarztes der Ärztekammer oder der Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension durch die gesetzliche Pensionsversicherung.

- (4) Die Invaliditätsversorgung wird eingestellt, wenn der Kammerangehörige wieder die Fähigkeit zur Ausübung einer ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit erlangt oder ein angefordertes Gutachten nicht beibringt.
- (5) Bei befristet gewährten Invaliditätspensionen, die nach Ablauf der Befristung ohne Unterbrechung befristet oder unbefristet weitergewährt werden, ist für die Berechnung der Pensionshöhe der im ursprünglichen Bescheid zuerkannte Betrag heranzuziehen. Bei allfälligen Unterbrechungen bei der Gewährung einer Invaliditätspension liegt es im Ermessen des Verwaltungsausschusses, bei neuerlicher Zuerkennung den ursprünglichen Betrag anstelle des sich aus den §§ 20 und 20a ergebenden Betrages zuzuerkennen.

Diese Bestimmung tritt rückwirkend mit 1. 1. 2011 in Kraft.

§ 20a Bonus für die Grundleistung bei Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung

- (1) Zu den durch Beitragsleistungen erworbenen Anwartschaften auf laufende Versorgungsleistungen wird im Falle der Invalidität oder des vorzeitigen Ablebens des Kammerangehörigen ein Bonus nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gewährt.
- (2) Der Bonus richtet sich nach dem Lebensalter des Kammerangehörigen zum Zeitpunkt der Zuerkennung der Invaliditätsversorgung oder zum Zeitpunkt seines Ablebens und bleibt für die Dauer des Bezuges der Versorgungsleistungen aufrecht. Der Bonus beträgt vor Vollendung des

27. Lebensjahres	100 %
28. Lebensjahres	97 %
29. Lebensjahres	94 %
30. Lebensjahres	91 %
31. Lebensjahres	88 %
32. Lebensjahres	85 %
33. Lebensjahres	82 %
34. Lebensjahres	79 %
35. Lebensjahres	76 %
36. Lebensjahres	73 %
37. Lebensjahres	70 %
38. Lebensjahres	67 %
39. Lebensjahres	64 %
40. Lebensjahres	61 %
41. Lebensjahres	58 %
42. Lebensjahres	55 %
43. Lebensjahres	52 %
44. Lebensjahres	49 %
45. Lebensjahres	46 %
46. Lebensjahres	43 %
47. Lebensjahres	40 %
48. Lebensjahres	37 %
49. Lebensjahres	34 %
50. Lebensjahres	31 %
51. Lebensjahres	28 %
52. Lebensjahres	25 %
53. Lebensjahres	22 %
54. Lebensjahres	19 %
55. Lebensjahres	16 %
56. Lebensjahres	13 %
57. Lebensjahres	10 %
58. Lebensjahres	7 %
59. Lebensjahres	4 %

60. Lebensjahres 1 %

der im Leistungsblatt jeweils festgesetzten Grundleistung, höchstens jedoch den auf die volle Grundleistung fehlenden Prozentsatz.

- (3) Liegen zwischen Ende der ordentlichen Kammerangehörigkeit und der Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen mehr als 3 unmittelbar aufeinanderfolgende Monate oder wird eine bonifizierte Invaliditätspension durch eine andere Landesärztekammer zuerkannt, wird der Bonus nicht gewährt. Wurde im letzten Quartal der ordentlichen Kammerangehörigkeit kein Beitrag wegen völligen Nachlasses der Beiträge geleistet, wird der Bonus ebenfalls nicht gewährt.
- (4) Außerordentlichen Kammerangehörigen wird der Bonus nur gewährt, wenn die satzungsgemäßen Beitragszahlungen zur Grundleistung ab Beendigung der ordentlichen Kammerzugehörigkeit bis zur Inanspruchnahme höchstens 3 Monate unterbrochen wurden.
- (5) Der Bonus wird bei Zuerkennung der Invaliditätsversorgung ab dem 1.1.1988 gewährt; bei Witwenversorgung, Kinderunterstützung, Waisenversorgung nur dann, wenn der Kammerangehörige vor Bezug der Altersversorgung nach dem 1.1.1988 verstorben ist.
- (6) Bei Bezug der Invaliditätspension ab dem vollendeten 50. Lebensjahr ist die Abschlagsregelung gem. § 20 Abs. 2 anzuwenden.

§ 21 Witwen(Witwer-)versorgung und Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

- (1) Die Witwenversorgung oder Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners ist zu gewähren
 - a) an Witwen von anspruchsberechtigten Kammerangehörigen, die mit ihrem Ehegatten zum Zeitpunkt seines Todes in staatlich gültiger Ehe gelebt haben;
 - b) an eingetragene Partner von anspruchsberechtigten Kammerangehörigen die mit ihrem eingetragenen Partner zum Zeitpunkt ihres Todes in einer aufrechten eingetragenen Partnerschaft nach den Bestimmungen des EPG gelebt haben;

Witwenversorgung bzw. die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. (2) vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten, dessen Ehe mit dem Kammerangehörigen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, sowie dem eingetragenen Partner nach Auflösung der eingetragenen Partnerschaft wenn ihm der Kammerangehörige zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen zu leisten hatte.

Hat der frühere Ehegatte oder hinterbliebenen ehemalige eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen ehemaligen eingetragenen Partners längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Die Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen ehemaligen eingetragenen Ehepartners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte oder hinterbliebene ehemalige eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn

Ziff. 1: das auf Scheidung bzw. Auflösung der Partnerschaft lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. (3) Ehegesetz dRGBI 1938 1, S 807 bzw. § 17 Abs. (1) EPG;

Ziff. 2: die Ehe bzw. eingetragene Partnerschaft hat mindestens 15 Jahre gedauert und

Ziff. 3: der frühere Ehegatte bzw. frühere eingetragene Partner hat im Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils bzw. der Auflösung der eingetragenen Partnerschaft das 40. Lebensjahr vollendet.

Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt bei Ehescheidungen, wenn der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils erwerbsunfähig ist oder aus der geschiedenen Ehe ein Kind hervorgegangen oder durch diese Ehe ein Kind legitimiert worden ist oder die Ehegatten ein gemeinsames Wahlkind angenommen haben und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

Die Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners und die Versorgung des früheren Ehegatten bzw. ehemaligen eingetragenen Partners dürfen zusammen den Betrag nach Abs. (3) nicht übersteigen. Der Betrag nach Abs. (3) ist zwischen der Witwe bzw. eingetragenen Partner und der früheren Ehegattin(en) bzw. des(der) früheren eingetragenen Partner(s) im Verhältnis 36 zu 24 zu teilen. Die Witwenversorgung mehrerer früherer Ehegattinnen bzw. Versorgung mehrerer ehemaliger eingetragener Partner ist im gleichen Verhältnis zu kürzen.

Ist keine anspruchsberechtigte Witwe bzw. kein hinterbliebener eingetragener Partner vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten bzw. hinterbliebenen ehemaligen eingetragenen Partners so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine anspruchsberechtigte Witwe bzw. einen anspruchsberechtigten eingetragenen Partner hinterlassen hätte.

Ein allfälliger Wegfall des Anspruches der früheren Ehegattin(en) bzw. des (der) früheren eingetragenen Partner(s) bewirkt keine Erhöhung des Leistungsanspruches allfälliger weiterer hinterbliebener Ehegatten(innen) oder eingetragener Partner(innen).

- (2) Die Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners wird nicht gewährt, wenn die Ehe oder eingetragene Partnerschaft erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes weniger als drei Jahre bestanden hat.

Dies gilt nicht, wenn der Tod des Ehegatten oder eingetragenen Partners durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist, aus der Ehe ein Kind hervorgeht, durch die Eheschließung ein Kind legitimiert worden ist oder im Zeitpunkt des Todes des Kammerangehörigen dem Haushalt der Witwe oder des hinterbliebenen eingetragenen Partners ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenversorgung hat (§ 102 Abs. 2 ÄrzteG).

- (3) Die Höhe der Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners richtet sich nach den Versorgungsansprüchen des verstorbenen Kammerangehörigen und beträgt 60 % der Altersversorgung (§§ 19 und 19a) bzw. Invaliditätsversorgung (§§ 20 und 20 a) des Kammerangehörigen. Bei Ableben des Kammerangehörigen vor Bezug einer Alters- oder Invaliditätsversorgung beträgt die Witwenversorgung bzw. die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners 60 % der Alters- bzw. Invaliditätsversorgung auf die der verstorbene Kammerangehörige zum Zeitpunkt seines Ablebens Anspruch gehabt hätte. Bei Ableben des Kammerangehörigen vor Vollendung des 60. Lebensjahres beträgt die Witwenversorgung bzw. die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners 60 % der Invaliditätsversorgung gem. §§ 20 und 20a, bei Ableben des Kammerangehörigen nach Vollendung des 60. Lebensjahres 60 % der (vorzeitigen) Altersversorgung gem. §§ 19 und 19a. Für die Berechnung der Witwen(Witwer-) versorgung und der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners wird die Ergänzungsleistung für niedergelassene Ärzte nicht berücksichtigt.

Der Anspruch hinsichtlich der Zusatzleistung I beträgt 75%, hinsichtlich der Zusatzleistung II 60 %.

Der Anspruch auf Witwenversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners ermäßigt sich um jeweils 3 % für jedes Jahr, um welches der Altersunterschied mehr als 15 Jahre betragen hat (z.B. der Anspruch beträgt bei einem Altersunterschied von 21 Jahren

42 % bei Grundleistung und Zusatzleistung II bzw. 57 % bei Zusatzleistung I). Diese Anspruchsermäßigung darf 30 % nicht übersteigen.

- (4) Im Falle der Wiederverhehlung oder einer neuerlichen Begründung einer eingetragenen Partnerschaft erlischt der Anspruch auf die Witwenversorgung bzw. die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners.
- (5) Die Bestimmungen der Abs. (1) bis (4) gelten sinngemäß für den Witwer nach einer Kammerangehörigen.

§ 22 Kinderunterstützung

- (1) Kinderunterstützung ist zu gewähren an eheliche Kinder, uneheliche Kinder und legitimierte Kinder oder Wahlkinder von Empfängern einer Invaliditäts- oder Altersversorgung
- (2) Die Kinderunterstützung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gewährt, wobei jedoch die Kinderunterstützung über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus zu gewähren ist, wenn die betreffende Person
 - a) das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder Familienbeihilfe bezieht oder für sie bezogen wird; oder
 - b) wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen erwerbsunfähig ist, wenn dieser Zustand seit Vollendung des 18. Lebensjahres oder in unmittelbarem Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung besteht, solange dieser Zustand andauert.
- (3) Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht
 1. für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs. (3) des Einkommensteuergesetzes 1988 (EStG 1988), BGBl. Nr. 400 - ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis - beziehen, sofern diese den im § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, jeweils festgesetzten monatlichen Betrag übersteigen;
 2. bei Verhehlung oder bei Begründung einer eingetragenen Partnerschaft;
- (4) Die Kinderunterstützung wird, wie die Grundleistung, 14-mal jährlich ausgezahlt und beträgt 15 % der Grundleistung.
- (5) Für Kinder von Ehepaaren die beide Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung sind, wird die Kinderunterstützung doppelt gewährt.
- (6) Für die Ermittlung der Kinderunterstützung ist die Grundleistung mit jener Höhe anzusetzen, die dem Kammerangehörigen zuerkannt wurde.

§ 23 Waisenversorgung

- (1) Die Waisenversorgung gebührt bei Vorliegen der in § 22 Abs. (1) bis (3) festgelegten Voraussetzungen Waisen nach Kammerangehörigen, die eine Alters- oder Invaliditätsversorgung erhalten würden.
- (2) Die Höhe der Waisenversorgung beträgt für Halbweise 25 % und für Vollweise 50 % der Grundleistung.

- (3) Die Waisenversorgung der Zusatzleistung I beträgt bei Halbweisen 25 %, bei Vollweisen 50 % der Zusatzleistung, auf die der Versicherte Anspruch gehabt hätte. Die Waisenversorgung der Zusatzleistung I darf jedoch für Halbweise insgesamt nicht mehr als 50 %, für Vollweise nicht mehr als 100 % der Rente des Versicherten betragen. Bei mehreren Anspruchsberechtigten sind die Leistungen anteilmäßig zu kürzen.
- (4) Die Waisenversorgung der Zusatzleistung II beträgt für Halbweise 20 %, für Vollweise 40 % der Alterszuwendung, die der verstorbene Kammerangehörige im Zeitpunkt seines Todes bezog oder auf die er zum Zeitpunkt seines Ablebens Anspruch gehabt hätte. Die Waisenversorgung der Zusatzleistung II für Halb- und Vollweise wird im vollen Ausmaß für höchstens drei anspruchsberechtigte Kinder gewährt.

Sind mehr als drei anspruchsberechtigte Kinder vorhanden, ist die Witwen- und Waisenversorgung im gleichen Verhältnis so weit zu kürzen, dass sie insgesamt das 1,2fache bzw. 1,8fache (bei Vollweisen) der der Berechnung zugrunde gelegten Leistung nicht übersteigt.
- (5) Die Waisenversorgung erlischt bei Annahme des Waisen an Kindes Statt.
- (6) Für die Ermittlung der Waisenversorgung ist die Grundleistung mit jener Höhe anzusetzen, die dem Kammerangehörigen zuerkannt wurde.

§ 23a Pensionssicherungsbeitrag

- (1) Ab 1.7.2021 wird von den Alters-, Invaliditäts-, Witwen- und Witwerversorgungen und Versorgungen der hinterbliebenen eingetragenen Partner ein Pensionssicherungsbeitrag gem. § 109 Abs 8 ÄrzteG 1998 eingehoben. Der Pensionssicherungsbeitrag beträgt ab Juli 2021 2 % des Anteils der Grundleistung und eines allfälligen Bonus gem. § 20a an der jeweiligen Versorgung und erhöht sich mit Beginn der Jahre 2022 bis 2028 jeweils um denselben Prozentsatz bis zum maximalen Wert von 16 % des Anteils der Grundleistung und eines allfälligen Bonus gem. § 20a an der jeweiligen Versorgung.
- (2) Ein Pensionssicherungsbeitrag gem. Abs 1 wird nicht eingehoben,
 - a. wenn im Fall einer Alters- oder Invaliditätsversorgung die Grundleistung und ein allfälliger Bonus gem. § 20a nicht mehr als € 500 betragen,
 - b. wenn im Fall einer Witwen- und Witwerversorgung oder Versorgung eines hinterbliebenen Partners die Grundleistung und ein allfälliger Bonus gem. § 20a nicht mehr als € 300 betragen,
 - c. von Waisenversorgungen gem. § 23 und Kinderunterstützung gem. § 22.
- (3) Liegt die Höhe der Grundleistung und eines allfälligen Bonus gem. § 20a im Falle der Alters- oder Invaliditätsversorgung zwischen € 500 und € 700, wird ein Pensionssicherungsbeitrag gem. Abs 1 anteilig eingehoben. In diesem Fall bestimmt sich der Anteil nach dem € 500 übersteigenden Betrag der Grundleistung und der Bonusleistung im Verhältnis zu € 200.
- (4) Liegt die Höhe der Grundleistung und eines allfälligen Bonus gem. § 20a im Falle der Witwen- und Witwerversorgung oder der Versorgung eines hinterbliebenen Partners zwischen € 300 und € 420, wird ein Pensionssicherungsbeitrag gem. Abs. 1 anteilig eingehoben. In diesem Fall bestimmt sich der Anteil nach dem € 300 übersteigenden Betrag der Grundleistung und der Bonusleistung im Verhältnis zu € 120.
- (5) Betragen die Beitragszeiten, angerechnete Beitragszeiten wegen überwiesener Beiträge von Wohlfahrtsfonds anderer Landesärztekammern oder aus Nachzahlungen und im Falle der Gewährung eines Bonus nach § 20a die Zeiten vom Eintritt des Versorgungsfalles bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres - im Folgenden als „maßgebliche Jahre“ bezeichnet - weniger als 30 Jahre, so vermindern sich die in den Absätzen 2, 3 und 4 genannten EURO-Beträge (€ 120, € 200, € 300, € 420, € 500 und € 700) im Verhältnis der Zahl der maßgeblichen Jahre zur Zahl 30. Begonnene Teile von Jahren gelten als volle Jahre.

- (6) Der Pensionssicherungsbeitrag kann über Antrag im Hinblick auf das Gesamteinkommen und die Vermögenslage des Antragstellers, die absolute Höhe des Pensionssicherungsbeitrages und das Vorliegen einer persönlichen Notlage (Krankheit, Tod eines nahen Angehörigen, etc.) im Einzelfall zur Vermeidung sozialer Härten zur Gänze oder zu einem Teil befristet oder auf Dauer erlassen werden.

§ 23b Aufhebung des Pensionssicherungsbeitrages

- (1) Ab 1.1.2029 kann der Pensionssicherungsbeitrag jeweils zum Anfang jeden Jahres um maximal 1,5 % reduziert werden, sofern jeweils ein versicherungsmathematisches Gutachten gem. § 23c unter Berücksichtigung des derart reduzierten Pensionssicherungsbeitrages die versicherungsmathematisch dafür erforderliche Deckung belegt.
- (2) Die versicherungsmathematisch erforderliche Deckung ist gegeben, wenn das Verhältnis des Vermögens zum Deckungskapital bezogen auf den aktuellen Bestand 35 % nicht unterschreitet, das Verhältnis des Vermögens zum Deckungskapital bezogen auf den aktuellen Bestand sowie der Nachfolger der jeweils nächsten 25 Jahre 40 % nicht unterschreitet und das Verhältnis des jeweils weitere 25 Jahre projizierten Vermögens zum 25 Jahre projizierten Deckungskapital bezogen auf den jeweils um 25 Jahre projizierten Bestand (somit ohne weitere Nachfolger nach dem 25. Jahr der Projektion) 35 % nicht unterschreitet.
- (3) Bei der Ermittlung des Deckungskapitals (Abs. 2) sind zu berücksichtigen:
- 1.) die auf die Grundleistung entfallenden Verwaltungskosten,
 - 2.) für die Jahre 2021 bis 2027 jährliche Richtbeitrags erhöhungen nach Maßgabe des für das jeweilige Jahr festgesetzten Sollbeitrages (§ 19a Abs. 3),
 - 3.) für die Jahre ab 2028 jährliche Richtbeitrags erhöhungen im Ausmaß der langfristigen Inflationsannahme,
 - 4.) ab dem Jahr, in dem der Pensionssicherungsbeitrag voraussichtlich vollständig aufgehoben ist, jährliche Leistungserhöhungen im Ausmaß der langfristigen Inflationsannahme.
- Der Rechnungszins ist mit dem langfristig erwarteten Veranlagungsergebnis (vor Abzug der Verwaltungskosten) anzusetzen.
- (4) War es entsprechend den Bestimmungen der Absätze 2 bis 6 des § 23a zu keiner oder lediglich anteiligen Vorschreibung des Pensionssicherungsbeitrags gekommen, wird die Reduktion des Pensionssicherungsbeitrags anteilig gekürzt.

§ 23c Versicherungsmathematische Überprüfung der Sanierungsmaßnahmen

Im Zeitraum der Einhebung eines Pensionssicherungsbeitrages gem. § 23a ist die versicherungsmathematisch erforderliche Deckung der Grundversorgung jährlich zu prüfen und darüber ein Gutachten zu erstellen.

§ 24 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

- (1) Nach Ableben eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung wird die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung gewährt, sofern der Kammerangehörige auf Grund der Beitragsordnung entsprechende Beiträge zu leisten verpflichtet war und geleistet hat.
- (2) Die Bestattungsbeihilfe beträgt € 4.000,-, die Hinterbliebenenunterstützung zerfällt in drei Riskengemeinschaften. Die Hinterbliebenenunterstützung der Riskengemeinschaft I beträgt € 13.000,-, für Kammerangehörige, die vor Vollendung des 65. Lebensjahres sterben, € 25.000,-

Die Hinterbliebenenunterstützung der Riskengemeinschaft II beträgt € 16.000,- und der Riskengemeinschaft III € 9.000,-.

Ab dem 1.1.1972 können Beitritte zur Riskengemeinschaft III nicht erfolgen. Die Rechte und Pflichten der bis dahin Beigetretenen bestehen unverändert fort.

- (3) Auf die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung haben, sofern der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche eigenhändig unterschriebene Erklärung bei der Ärztekammer hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:
- a) die Witwe (der Witwer) bzw. der hinterbliebene eingetragene Partner;
 - b) die Waisen;
 - c) sonstige gesetzliche Erben.

Sind mehrere Anspruchsberechtigte nach lit. b) oder c) vorhanden, ist diesen die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

- (4) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. (3) nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der Bestattungsbeihilfe.

Die Ärztekammer ist berechtigt, die Auszahlung der Bestattungsbeihilfe und der Hinterbliebenenunterstützung ganz oder zum Teil erst dann vorzunehmen, wenn der Empfänger die Leistung der mit dem Todesfall zusammen hängenden, notwendigen und den Standesinteressen entsprechenden Zahlungen nachgewiesen hat. Forderungen der Ärztekammer an den Verstorbenen, wie z.B. Beitrags- und Umlagenrückstände, sind von der Hinterbliebenenunterstützung in Abzug zu bringen. Der Anspruch auf Hinterbliebenenunterstützung vermindert sich um einen derartigen Abzug.

- (5) Übergangsbestimmung: Aufgrund der Änderung des § 104 Ärztegesetz wird mit 1. Juli 2005 die bis dahin geltende Todesfallbeihilfe durch die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung ersetzt. Die bis 30. Juni 2005 namhaft gemachten Zahlungsempfänger für die Todesfallbeihilfe gelten als Zahlungsempfänger für die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung.

IV. ABSCHNITT Zusatzleistungen

§ 25 Zusatzleistung I

- (1) Die Zusatzleistung, als Verbesserung der Altersversorgung, gebührt Kammerangehörigen oder deren Hinterbliebenen, wenn nach den Bestimmungen der Beitragsordnung Beiträge zur Zusatzleistung I geleistet wurden. Die Zusatzleistung I wird zusätzlich zu den einzelnen Versorgungsleistungen gewährt.
- (2) Die Höhe der Zusatzleistung I richtet sich nach der Höhe der gesamten geleisteten Beiträge einschließlich der während der Beitragsdauer anfallenden Zinsen. Die Höhe der Zusatzleistung I, Alters- bzw. Invaliditätsversorgung, beträgt 1 % der verzinnten Beitragssumme zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme. Witwen-, Kinder- und Waisenversorgung richten sich nach diesem Anspruch.
Die Höhe des Kontostandes zum Jahresende ist jedem Kammerangehörigen bis zum 30. Juni des Folgejahres schriftlich bekannt zu geben.
- (3) Die Zusatzleistung I wird nur so lange gewährt, bis die Leistungen die gesamten Beiträge zuzüglich der Verzinsung aufgezehrt haben.
- (4) Erlöschen sämtliche Anspruchsberechtigungen auf die Zusatzleistung I vor Erschöpfung des Kontostandes, so erhalten die gesetzlichen Erben des anspruchsberechtigten Kammerangehörigen den verbliebenen Betrag in der Höhe des Kontostandes zum Zeitpunkt des Ablebens des letzten Anspruchsberechtigten. Sind keine gesetzlichen Erben in direkter aufsteigender oder absteigender Linie vorhanden, so verbleibt der restliche Betrag dem Wohlfahrtsfonds (Unterstützungsfonds) der Ärztekammer.
- (5) Die Zusatzleistung I wird 14-mal jährlich ausbezahlt.
- (6) Die Zusatzleistung I ist getrennt von den übrigen Einrichtungen des Wohlfahrtsfonds zu führen und zu verwalten. Für jeden beitragszahlenden Kammerangehörigen ist ein eigenes Konto anzulegen. Kammerangehörige, die nach dem 1.1.1917 geboren wurden und bis zum 1.7.1975 keine Beiträge zur Zusatzleistung I entrichtet haben, können auch weiterhin keine Beiträge zur Zusatzleistung I entrichten.
- (7) Die Höhe des Leistungsanspruches der Zusatzleistung I wird alljährlich schriftlich bekannt gegeben.

§ 26 Zusatzleistung II

- (1) Die Zusatzleistung II gebührt Kammerangehörigen bzw. deren Hinterbliebenen, die nach den Bestimmungen der Beitragsordnung Beiträge zur Zusatzleistung II geleistet haben.
Die Höhe der Leistung errechnet sich nach dem durchschnittlichen jährlichen Beitrag einschließlich der gemäß Abs. (3) gutgebrachten Überschüsse, wobei der durchschnittliche Jahresbeitrag geteilt durch die Pensionsmesszahl, den monatlichen Pensionsanspruch ergibt.
Bei der Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages sind alle vollen Monate seit der ersten Beitragsleistung bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres oder bis zum vorherliegenden Zeitpunkt des Pensionsantrittes zu erfassen.
Für die Festlegung der Pensionsmesszahlen ist der Zeitpunkt der ersten Beitragszahlung bzw. der Zeitpunkt des erstmaligen Bezuges maßgebend.

Die Pensionsmesszahlen (PMZ) betragen bei einem Beitrittsalter von

Alter	PMZ 2011	PMZ 2012	PMZ 2013	PMZ 2014	PMZ 2015	PMZ 2016	PMZ 2017	PMZ 2018	PMZ 2019	PMZ 2020
27	5,90	6,10	6,30	6,50	6,70	6,90	7,10	7,30	7,50	7,70
28	6,10	6,30	6,50	6,70	6,90	7,10	7,30	7,50	7,70	7,90
29	6,39	6,58	6,77	6,96	7,15	7,34	7,53	7,72	7,91	8,10
30	6,59	6,78	6,97	7,16	7,35	7,54	7,73	7,92	8,11	8,30
31	6,88	7,06	7,24	7,42	7,60	7,78	7,96	8,14	8,32	8,50
32	7,18	7,36	7,54	7,72	7,90	8,08	8,26	8,44	8,62	8,80
33	7,39	7,58	7,77	7,96	8,15	8,34	8,53	8,72	8,91	9,10
34	7,69	7,88	8,07	8,26	8,45	8,64	8,83	9,02	9,21	9,40
35	7,90	8,10	8,30	8,50	8,70	8,90	9,10	9,30	9,50	9,70
36	8,20	8,40	8,60	8,80	9,00	9,20	9,40	9,60	9,80	10,00
37	8,50	8,70	8,90	9,10	9,30	9,50	9,70	9,90	10,10	10,30
38	8,81	9,02	9,23	9,44	9,65	9,86	10,07	10,28	10,49	10,70
39	9,12	9,34	9,56	9,78	10,00	10,22	10,44	10,66	10,88	11,10
40	9,34	9,58	9,82	10,06	10,30	10,54	10,78	11,02	11,26	11,50
41	9,66	9,92	10,18	10,44	10,70	10,96	11,22	11,48	11,74	12,00
42	9,98	10,26	10,54	10,82	11,10	11,38	11,66	11,94	12,22	12,50
43	10,40	10,70	11,00	11,30	11,60	11,90	12,20	12,50	12,80	13,10
44	10,73	11,06	11,39	11,72	12,05	12,38	12,71	13,04	13,37	13,70
45	11,07	11,44	11,81	12,18	12,55	12,92	13,29	13,66	14,03	14,40
46	11,41	11,82	12,23	12,64	13,05	13,46	13,87	14,28	14,69	15,10
47	11,86	12,32	12,78	13,24	13,70	14,16	14,62	15,08	15,54	16,00
48	12,31	12,82	13,33	13,84	14,35	14,86	15,37	15,88	16,39	16,90
49	12,87	13,44	14,01	14,58	15,15	15,72	16,29	16,86	17,43	18,00
50	13,52	14,14	14,76	15,38	16,00	16,62	17,24	17,86	18,48	19,10
51	14,11	14,82	15,53	16,24	16,95	17,66	18,37	19,08	19,79	20,50
52	14,89	15,68	16,47	17,26	18,05	18,84	19,63	20,42	21,21	22,00
53	15,79	16,68	17,57	18,46	19,35	20,24	21,13	22,02	22,91	23,80
54	16,81	17,82	18,83	19,84	20,85	21,86	22,87	23,88	24,89	25,90
55	18,05	19,20	20,35	21,50	22,65	23,80	24,95	26,10	27,25	28,40
56	19,61	20,92	22,23	23,54	24,85	26,16	27,47	28,78	30,09	31,40
57	21,33	22,86	24,39	25,92	27,45	28,98	30,51	32,04	33,57	35,10
58	23,60	25,40	27,20	29,00	30,80	32,60	34,40	36,20	38,00	39,80
59	26,56	28,72	30,88	33,04	35,20	37,36	39,52	41,68	43,84	46,00
60	31,09	33,68	36,27	38,86	41,45	44,04	46,63	49,22	51,81	54,40
61	37,64	40,88	44,12	47,36	50,60	53,84	57,08	60,32	63,56	66,80
62	48,50	52,80	57,10	61,40	65,70	70,00	74,30	78,60	82,90	87,20
63	69,72	76,14	82,56	88,98	95,40	101,82	108,24	114,66	121,08	127,50
64	133,26	145,92	158,58	171,24	183,90	196,56	209,22	221,88	234,54	247,20
65	127,81	140,22	152,63	165,04	177,45	189,86	202,27	214,68	227,09	239,50

- (2) Die Zusatzleistung II kann ab Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch genommen werden und wird gemeinsam mit der Grundleistung geleistet. Sie vermindert sich um ein Zwölftel von 5 % der sich nach Abs 1 ergebenden Leistung je vollem Kalendermonat, das zwischen dem Lebensalter bei der erstmaligen Inanspruchnahme und der Vollendung des 65. Lebensjahres liegt. Diese Verminderung bleibt jeweils für die Dauer des Bezuges wirksam und wirkt für die Versorgung der Angehörigen fort.
- (3) Die Zusatzleistung II ist getrennt von den übrigen Einrichtungen des Wohlfahrtsfonds zu führen und zu verwalten. Für jeden beitragszahlenden Kammerangehörigen ist ein eigenes Konto anzulegen.
Ergeben sich aus der Verwaltung der Zusatzleistung II Überschüsse, die höher sind als die versicherungsmathematisch notwendige Deckung, so sind die Überschüsse den Konten der einzelnen beitragszahlenden Kammerangehörigen im Verhältnis ihres Kontostandes gutzubringen.
- (4) Zur Sicherstellung der zu erbringenden Leistungen kann unter gleichzeitiger Vereinbarung einer Gewinnbeteiligung ein Rückdeckungsvertrag mit einer Versicherungsanstalt dahingehend abgeschlossen werden, dass bei Ableben eines Kammerangehörigen vor dem 65. Lebensjahr bzw. bei Inanspruchnahme einer Invaliditätsversorgung zur Abdeckung der bestehenden Leistungsverpflichtung eine einmalige Kapitalzahlung geleistet wird.
- (5) Die Zusatzleistung II ist nach den im Abs. (3) festgehaltenen versicherungstechnischen Grundsätzen in ihrem Werte zu sichern. Der Prozentsatz der Wertsicherung ist nach dem Vorschlag eines Versicherungsmathematikers jährlich von der Vollversammlung festzusetzen und im Leistungsblatt kundzumachen.
- (6) Die Zusatzleistung II wird 14-mal jährlich erbracht.
- (7) ---

§ 27 Wertsicherung

- (1) Die Grundleistung und die Zusatzleistung II sind jährlich durch einen Beschluss der Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten zu sichern. Hiebei sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:
 - a) die Veränderungen des Verbraucherpreises,
 - b) die wirtschaftliche Lage der Kammerangehörigen,
 - c) allfällige vorliegende Gutachten und Stellungnahmen,
 - d) die Ertragslage des Vermögens des Wohlfahrtsfonds.
- (2) Haben im Rahmen der Wertsicherung Leistungserhöhungen zu erfolgen, sind die Wohlfahrtsfondsbeiträge nach versicherungstechnischen Grundsätzen, unter Bedachtnahme auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds, sowie auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die Art der Berufsausübung der beitragspflichtigen Kammerangehörigen, neu festzusetzen.
- (3) Wertsicherungen der Grundleistung im Sinne des § 27 Abs 1 sind ausgeschlossen, so lange der Pensionssicherungsbeitrag nicht vollständig aufgehoben ist.

§ 28 Inkrafttreten

- (1) Die Bestimmungen dieser Satzung treten mit Ausnahme der §§ 20, 20 a Abs. 6 und 21 Abs. 3 mit Ablauf des Tages der Freigabe zur Abfrage im Internet in Kraft.
- (2) Die §§ 20, 20 a Abs. 6 und 21 Abs. 3 treten mit 1.1.2011 mit der Maßgabe in Kraft, dass bei vor diesem Zeitpunkt befristet gewährten Invaliditätspensionen, die nach Ablauf der Befristung ohne Unterbrechung befristet oder unbefristet weitergewährt werden, für die Berechnung der Pensionshöhe der im ursprünglichen Bescheid zuerkannte Betrag heranzuziehen ist.
- (3) § 9 Abs. 7 tritt am 1.1.2011 in Kraft.

§ 29 Verordnungen der erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten

- (1) Der erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten obliegt gem. § 66 a ÄrzteG die Erlassung insbesondere nachfolgender Verordnungen und sonstiger genereller Beschlüsse:
 1. Satzung des Wohlfahrtsfonds
 2. Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds
 3. Jahresvoranschlag
 4. Rechnungsabschluss
- (2) Die Ärztekammer für Kärnten hat Verordnungen gem. Abs. 1 unverzüglich im Internet auf ihrer Homepage allgemein zugänglich und dauerhaft zu verlautbaren.
- (3) Verordnungen gem. Abs. 1 treten, sofern sie keinen anderen Inkrafttretenszeitpunkt vorsehen, mit Ablauf des Tages der Freigabe zur Abfrage im Internet in Kraft.
- (4) Die Beitragsordnung und die Satzung des Wohlfahrtsfonds sowie Änderungen dieser Verordnungen dürfen in Hinblick auf die damit verbundenen Beitrags- und Leistungsverpflichtungen rückwirkend in Kraft gesetzt werden, wobei der Zeitpunkt des Inkrafttretens nicht vor dem 1. Jänner des drittvorangegangenen Kalenderjahres liegen darf.

§ 30 Übergangs- und Inkrafttretensbestimmungen der Verordnung 01/2020

- (1) Mit 1.1.2021 treten §§ 19 Abs 3, 19a Abs 3, 19a Abs 4, die Überschrift von § 20a, §§ 23b, 23c sowie 27 Abs 3 in der Fassung der Verordnung 01/2020 in Kraft,
- (2) mit 1.7.2021 treten § 7 Abs 4 und 23a in der Fassung der Verordnung 01/2020 in Kraft,
- (3) mit 1.1.2024 treten §§ 20a Abs 2 und 23d in der Fassung der Verordnung 01/2020 in Kraft,
- (4) mit 1.1.2026 treten §§ 19 Abs 2 und 19b in der Fassung der Verordnung 01/2020 in Kraft,
- (5) mit Ablauf des 31.12.2020 treten §§ 19 Abs 3 und 19a Abs 3 und Abs 4 und die Überschrift von § 20a in der Fassung der Verordnung 01/2019 außer Kraft,
- (6) mit Ablauf des 31.12.2023 tritt § 20a Abs 2 in der Fassung der Verordnung 01/2019 außer Kraft und
- (7) mit Ablauf des 31.12.2025 tritt § 19 Abs 2 in der Fassung der Verordnung 01/2019 außer Kraft.

LEISTUNGSBLATT

- | | | |
|-----|---|---|
| 1.) | GRUNDLEISTUNG (14mal jährlich)
§§ 19, 19 a, 20 und 20 a der Satzung des Wohlfahrtsfonds | € 1.189,00 |
| | ERGÄNZUNGSLEISTUNG FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE
§ 19 Abs. 4 der Satzung des Wohlfahrtsfonds | € 11,50 |
| 2.) | WITWEN(WITWER-)VERSORGUNG UND VERSORGUNG DES HINTERBLIEBENEN
EINGETRAGENEN PARTNERS (14mal jährlich) /
§ 21 der Satzung des Wohlfahrtsfonds
60 % der Grundleistung | € 713,40 |
| 3.) | KINDERUNTERSTÜTZUNG (14mal jährlich) /
§ 22 der Satzung des Wohlfahrtsfonds
15 % der Grundleistung | € 178,35 |
| 4.) | WAISENUNTERSTÜTZUNG (14mal jährlich) /
§ 23 der Satzung des Wohlfahrtsfonds
für Halbweise 25 % der Grundleistung
für Vollweise 50 % der Grundleistung | € 297,25
€ 594,50 |
| 5.) | KRANKENHILFE:
ERSATZ VON KRANKENHAUSKOSTEN /
§§ 15 und 15 a der Satzung des Wohlfahrtsfonds | |
| | KRANKENGELD (pro Tag) /
§ 13 der Satzung des Wohlfahrtsfonds | |
| | a) für niedergelassene Ärzte | 4. bis 100. Tag € 120,00
101. bis 200. Tag € 33,00 |
| | b) für nicht niedergelassene Ärzte
und für Wohnsitzärzte | 4. bis 200. Tag € 33,00 |
| | c) für Kammerangehörige die auf Grund ihres Alters keine Beiträge für das
Krankengeld entrichten und die Alters- bzw. Invaliditätsversorgung nicht beziehen | € 39,63 |
| 6.) | Die ZUSATZLEISTUNGEN werden individuell errechnet. (§§ 25 und 26 der Satzung des Wohlfahrtsfonds)
Die auszahlenden Beträge für Bezieher der Zusatzleistung II werden ab 1.1.2021 um 1,5 % erhöht. | |
| 7.) | ZUSCHUSS ZUM KURAUFWENTHALT (pro Tag) /
§ 14 der Satzung des Wohlfahrtsfonds | |
| | a) für niedergelassene Ärzte | € 40,00 |
| | b) für nicht niedergelassene Ärzte
und für Wohnsitzärzte | € 15,00 |
| | c) für Pensionisten und Hinterbliebene von Kammerangehörigen | € 15,00 |

8.) Tarifmodell für den Ersatz von Krankenhauskosten

Die Refundierung von Krankenhauskosten gemäß § 15 Abs. 3) der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten setzt sich wie folgt zusammen:

- a) für jeden stationär verbrachten Tag in der Sonderklasse:
180 v.H. der im Vertrag zw. KABEG und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs festgelegten Anstaltsgebühr für das Klinikum Klagenfurt (Aufzahlungssatz auf die Sonderklasse/Zweibettzimmer)

- b) operativer Eingriff:
200 v.H. des im Vertrag zw. Humanomed und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs festgelegten Gebührensatzes der entsprechenden OP-Gruppe der Privatklinik Villach

bei mehreren operativen Eingriffen während eines stationären Aufenthaltes:
 - b1) im gleichen OP-Gebiet:
50 % des o.g. Betrages ab dem zweiten Eingriff
 - b2) bei anderen OP-Gebieten (bei anderem operativen Zugang):
80 % des o.g. Betrages ab dem zweiten Eingriff
bei Catarakt-OP:
100 v.H. der im Vertrag zw. Humanomed und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs festgelegten Pauschale der Privatklinik Villach (ohne Tagsatz gem. a))

Die formellen Voraussetzungen des Anspruches und insbesondere die maximale Höhe der Refundierung sind in § 15 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten geregelt.