

Jahrgang 2010

2. Verordnung: Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten

Die ordentliche erweiterte Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten hat am 28.6.2010 beschlossen:

Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten

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) Waisenversorgung (§ 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 Landeszahnärztekammer 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.

- (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 (Verhehlung, 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) Auf Grund falscher Angaben bezogene Leistungen sind der Ärztekammer für Kärnten zurückzuerstatten.
- (9) Verspätete Meldungen von anspruchsbegründenden Umständen führen zum Verlust des Rechtsanspruches und auf darauf begründete Leistungen. Wird die Berufsunfähigkeitsbestätigung nicht innerhalb von einem Monat 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.

§ 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.

§ 3 Der Verwaltungsausschuss und der Beschwerdeausschuss des Wohlfahrtsfonds, Administration

- (1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und dem Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer für Kärnten, einem Mitglied des Landesvorstandes der Landeszahnärztekammer 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 Stimmengleichheit, 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. Gegen die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Recht der Beschwerde an den Beschwerdeausschuss zu. Näheres über Tagungen und Einberufung des Verwaltungsausschusses wird durch die Geschäftsordnung geregelt.
- (5) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 anzuwenden.
- (6) Die Zusammensetzung und Wahl des Beschwerdeausschusses sowie Verfahrensvorschriften ergeben sich aus § 113 Abs. 4 bis 6 ÄrzteG. Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Beschwerden gegen Bescheide des Verwaltungsausschusses. Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind endgültig und können durch ein ordentliches Rechtsmittel nicht angefochten werden.
Der Beschwerdeausschuss wird vom Vorsitzenden einberufen.

- (7) Eine Beschwerde ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des angefochtenen Bescheides schriftlich bei der Ärztekammer für Kärnten einzubringen. Sie hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den sie sich richtet und einen begründeten Antrag zu enthalten. Der Beschwerdeführer kann sich durch eine mit Vollmacht ausgewiesene eigenberechtigte Person vertreten lassen; hieraus entstehende Kosten sind vom Beschwerdeführer zu tragen.
- (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) Die mit dem Betrieb des Wohlfahrtsfonds verbundenen Verwaltungskosten sind vom Wohlfahrtsfonds aufzubringen und werden mit 0,73 % des Vermögens des Wohlfahrtsfonds, gerechnet vom zum Zeitpunkt des Beschlusses über den Jahresvoranschlag letztvorliegenden Jahresabschluss, festgesetzt.
- (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 sind nach den Grundsätzen des § 25 des Pensionskassengesetzes (PKG) BGBl.Nr.281, 1990, in der Fassung BGBl. Nr.80/2003 unter Außerachtlassung des § 203 zu veranlagern, wobei die Veranlagung in Liegenschaften mit höchstens 30 v.H. des Vermögens begrenzt ist.
- (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).
- (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.

§ 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 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, 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 % und die für die Riskengemeinschaft II und III der Hinterbliebenenunterstützung geleisteten Beiträge in der Höhe von 100 % gemäß Abs. (2) überwiesen oder gemäß Abs. (3) rückersetzt. Die für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Riskengemeinschaft I, und 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.
 - (6) Werden die in der Beitragsordnung vorgesehenen Beiträge zur Riskengemeinschaft II und III, aus welchem Grund immer, nicht entrichtet (z.B. Nachlass, vorübergehende Einstellung des Berufes), so besteht kein Leistungsanspruch nach § 24, sondern ein Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Beiträge nach Abs. (4).

§ 9 Befreiung von der Beitragspflicht, Nachzahlung von Beiträgen

- (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm oder 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 § 26 erfolgen.

- (3) Kammerangehörige, deren Kammerangehörigkeit nach Vollendung des 35. Lebensjahres beginnt, sind zur Nachzahlung der Kammerbeiträge im Sinne des Abs. (4) verpflichtet. Die Nachzahlungsverpflichtung entfällt für Zeiträume, für die Überweisungsbeiträge anderer Ärztekammern geleistet werden und für Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.
- (4) Der Nachzahlungsbeitrag wird nach der zum Zeitpunkt der Fälligkeit der Nachzahlung geltenden Beitragsordnung errechnet. Für die Einstufung ist die zu diesem Zeitpunkt ausgeübte ärztliche/zahnärztliche Tätigkeit maßgebend. Beiträge für die Bestattungsbeihilfe und die Unterstützungsleistungen sind nicht nachzuzahlen.
- (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 55. Lebensjahres eine Anwartschaft von weniger als 70 % der Grundleistung erreicht haben, sind verpflichtet, die zur Erreichung der 70 %igen Anwartschaft fehlenden Beiträge nachzuzahlen. Der Nachzahlungsbetrag wird nach dem Richtbeitrag zum Zeitpunkt der Vollendung des 55. Lebensjahres vorgeschrieben. 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 Wirtschaftsraums versichert war (siehe Abs. 3), ist keine Nachzahlung zu leisten

§ 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. Die Beiträge für die Zusatzleistung werden bis zum zweiten vollen Kalenderjahr nach Praxiseröffnung nachgelassen.
- (3) Die Ermäßigung bzw. der Nachlass der Beiträge kann bei entsprechender Begründung in folgender Reihenfolge ausgesprochen werden: Zusatzleistung, Krankengeld, Grundleistung, Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung. Die Auswirkungen der Ermäßigung oder des Nachlasses auf den Leistungsanspruch sind in den Bescheid aufzunehmen. Eine Ermäßigung der Beiträge für die Grundleistung auf Grund der Satzung oder über Antrag ist

immer mit einer Ermäßigung der Beiträge für das Krankengeld (Anspruch wie für angestellte Ärzte) verbunden.

- (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 8 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt 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. 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 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 (Ersatz von Krankenhauskosten und Krankengeld (§§ 13 und 15));
- b) Zuschuss zum Kuraufenthalt (§ 14);
- c) Hilflosenzuschuss (§ 16);
- d) 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 behindert sind. Das Krankengeld wird jeweils ab dem vierten Tag der vom behandelnden Arzt schriftlich bestätigten Berufsunfähigkeit gewährt.
- (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 wird für die Zeit des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz Wochengeld gewährt. Die Höhe des Wochengeldes entspricht der Höhe des Krankengeldes für 53 Tage. Anspruch auf den Bezug von Wochengeld besteht auch für Kammerangehörige, deren ordentliche Kammerangehörigkeit als angestellte Ärztin oder Zahnärztin vor weniger als 6 Monaten vor der Geburt geendet hat.
- (6) Für die Zeit des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird Krankengeld nicht gewährt.
- (7) Bei Geburt eines Kindes erhält der Kammerangehörige nach Vorlage der Geburtsurkunde eine einmalige Geburtenbeihilfe in der Höhe von € 220,-. Diese gelangt, auch wenn beide Elternteile Kammerangehörige sind, nur einmal zur Auszahlung.
- (8) Ein Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Entrichtung der hierfür 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) Der Zuschuss zum Kuraufenthalt ist vor Antritt der Kur unter Beibringen eines Gutachtens des Vertrauensarztes der Ärztekammer beim Verwaltungsausschuss zu beantragen. Die Auszahlung erfolgt im Nachhinein gegen Vorlage einer Bestätigung über den Kuraufenthalt. Die Höhe des Zuschusses wird im Leistungsblatt festgesetzt. Während eines Kuraufenthaltes besteht kein Anspruch auf Krankengeld.
- (3) Ein Zuschuss zum Kuraufenthalt soll für höchstens 60 Tage innerhalb von zehn Jahren bewilligt werden.

§ 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;
 - 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) und c);
 - 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 f) 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. Es erfolgt kein Kostenersatz für den Aufenthalt von Begleitpersonen. 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.
- (3) Bei Krankenhausaufenthalten außerhalb Kärntens sind die Kosten zunächst vom Kammerangehörigen selbst zu leisten. Der volle Kostenersatz bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb Kärntens erfolgt bei akuten Erkrankungen und Unfällen. Bei anderen Krankenhausaufenthalten außerhalb Kärntens werden die Kosten auf Basis eines vom Verwaltungsausschuss festgesetzten transparenten, nachvollziehbaren und angemessenen

Tarifmodells 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.

§ 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 in der „Kärntner Ärztezeitung“ 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 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 beträgt entsprechend dem Lebensalter bei der erstmaligen Inanspruchnahme bei einem Alter von mehr als

55 Jahren	50%
56 Jahren	55%
57 Jahren	60%
58 Jahren	65%
59 Jahren	70%
60 Jahren	75%
61 Jahren	80%
62 Jahren	85%
63 Jahren	90%
64 Jahren	95%
65 Jahren	100%

des sich als Summe von Grundleistung und allfälliger Ergänzungsleistung für niedergelassene Ärzte ergebenden Betrages. Die 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 bzw. Witwenversorgung 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 22 Jahre bestanden hat. Für jedes die Vertragsdauer von 22 Jahren übersteigende volle Vertragsjahr wird ein im Leistungsblatt festzusetzender Betrag monatlich gewährt.
- (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 eine Anwartschaft auf 3 % 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.
- (4) Eine Anwartschaft auf mehr als 100 % der Grundleistung steht in keinem Fall zu.
- (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 jährlich bis 30. Juni des Folgejahres die Anwartschaft auf Grundleistung jedes Kammerangehörigen zu ermitteln und den Kammerangehörigen über Anfrage 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.

- (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. § 38 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.

§ 20a Bonus bei Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung für die Grundleistung ab 1.1.1988

- (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, 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.

- (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. 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:
- a) eheliche Kinder;
 - b) uneheliche Kinder,
 - c) 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;
 - 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;
 3. für Zeiträume, für die für das Kind vor der Vollendung des 26. Lebensjahres keine Familienbeihilfe bezogen wird.

- (4) Die Kinderunterstützung wird, wie die Grundleistung, 14-mal jährlich ausgezahlt und beträgt 15 % der Grundleistung. Sie erhöht sich für Anspruchsberechtigte, die nicht am Wohnort des Erziehungsberechtigten einer Berufsausbildung nachgehen können, um weitere 9 % 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
 Halbwaise 22 % und für Vollwaise 44 % der Grundleistung.
 Sie erhöht sich für Anspruchsberechtigte, die nicht am Wohnort des Erziehungsberechtigten einer Berufsausbildung nachgehen können, um weitere 9 % 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 Halbwaise insgesamt nicht mehr als 50 %, für Vollwaise 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 Halbwaise 20 %, für Vollwaise 40 % der Alterszuwendung, die der verstorbene Kammerangehörige im Zeitpunkt seines Todes bezog oder auf die er nach Vollendung seines 65. Lebensjahres Anspruch gehabt hätte. Die Waisenversorgung der Zusatzleistung II für Halb- und Vollwaise 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 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.

§ 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) 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 maßgebend.

Die Pensionsmesszahlen betragen bei einem Beitrittsalter von

27 Jahren	5,7
28 Jahren	5,9
29 Jahren	6,2
30 Jahren	6,4
31 Jahren	6,7
32 Jahren	7,0
33 Jahren	7,2
34 Jahren	7,5
35 Jahren	7,7
36 Jahren	8,0
37 Jahren	8,3
38 Jahren	8,6
39 Jahren	8,9
40 Jahren	9,1
41 Jahren	9,4
42 Jahren	9,7
43 Jahren	10,1
44 Jahren	10,4
45 Jahren	10,7
46 Jahren	11,0
47 Jahren	11,4
48 Jahren	11,8
49 Jahren	12,3
50 Jahren	12,9
51 Jahren	13,4
52 Jahren	14,1
53 Jahren	14,9
54 Jahren	15,8
55 Jahren	16,9
56 Jahren	18,3
57 Jahren	19,8
58 Jahren	21,8
59 Jahren	24,4
60 Jahren	28,5
61 Jahren	34,4
62 Jahren	44,2
63 Jahren	63,3
64 Jahren	120,6
65 Jahren	115,4

- (2) Die Zusatzleistung II wird gemeinsam mit der Grundleistung geleistet. Sie beträgt bei der erstmaligen Inanspruchnahme bei einem Alter von mehr als

60 Jahren	75 %
61 Jahren	80 %
62 Jahren	85 %
63 Jahren	90 %
64 Jahren	95 %
65 Jahren	100 %

der sich nach Abs. (1) ergebenden Leistung. Eine allfällige Invaliditätsversorgung wird ungekürzt gewährt.

Die Höhe der Witwen- und Waisenzusatzleistung sowie die Höhe der Zusatzleistung der hinterbliebenen eingetragenen Partner wird nach der Höhe bemessen, auf die der Kammerangehörige zum Zeitpunkt seines Todes Anspruch hatte.

- (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 Kapitalszahlung 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) Die Höhe des Leistungsanspruches der Zusatzleistung II wird alljährlich schriftlich bekannt gegeben.

§ 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.

§ 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 in Kraft.



LEISTUNGSBLATT

Gültig ab 1. Jänner 2010

1.)	GRUNDLEISTUNG (14mal jährlich)		€ 1.166,-
	ERGÄNZUNGSLEISTUNG FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE		€ 11,50
2.)	WITWEN(WITWER-)VERSORGUNG (14mal jährlich) 60 % der Grundleistung		€ 699,60
3.)	KINDERUNTERSTÜTZUNG (14mal jährlich) 15 % der Grundleistung		€ 174,90
	für auswärts Studierende zusätzlich 9 % der Grundleistung		€ 104,94
4.)	WAISENUNTERSTÜTZUNG (14mal jährlich) für Halbweise 22 % der Grundleistung		€ 256,52
	für Vollweise 44 % der Grundleistung		€ 513,04
	für auswärts Studierende zusätzlich 9 % der Grundleistung		€ 104,94
5.)	KRANKENHILFE: ERSATZ VON KRANKENHAUSKOSTEN		
	KRANKENGELD (pro Tag)		
	a) für niedergelassene Ärzte	4. bis 100. Tag	€ 120,-
		101. bis 200. Tag	€ 33,-
	b) für nicht niedergelassene Ärzte bzw. für Ärzte mit Beitragsermäßigung und für Wohnsitzärzte	4. bis 200. Tag	€ 33,-
6.)	Die ZUSATZLEISTUNGEN werden individuell errechnet. Die Zusatzleistungen werden für das Jahr 2010 nicht erhöht.		
7.)	ZUSCHUSS ZUM KURAUFWENTHALT (pro Tag)		
	a) für niedergelassene Ärzte		€ 40,-
	b) für nicht niedergelassene Ärzte bzw. für Ärzte mit Beitragsermäßigung und für Wohnsitzärzte		€ 15,-
	c) für Pensionisten und Hinterbliebene von Kammerangehörigen		€ 15,-