

4. Verordnung der Ärztekammer für Kärnten, mit der die Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten geändert wird

Die Erweiterte Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten hat am 10. Dezember 2012 beschlossen: Aufgrund §66a Abs 2 Z 2 in Verbindung mit §80b Z 1 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 80/2012 wird verordnet:

Die Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten, kundgemacht am 12.07.2010, zuletzt geändert am 30.12.2011 wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 2) lautet:

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 veranlagern, 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.

2. § 8 Abs. 4) lautet:

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.

3. § 8 Abs. 6) entfällt.

4. § 10 Abs. 3) lautet:

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.

5. § 10 Abs. 5) lautet:

Weiblichen Kammerangehörigen werden für die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes die Beiträge für die Grundleistung nachgelassen.

6. § 13 Abs. 1) lautet:

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 schriftlich bestätigten Berufsunfähigkeit gewährt. Die Bestätigung ist 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.

7. § 13 Abs. 5) lautet:

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. Die Höhe des Wochengeldes entspricht der Höhe des Krankengeldes für 53 Tage. Für jene Tage des Bezugszeitraumes, in denen von der Kammerangehörigen eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, wird das Wochengeld nicht gewährt. Für den Zeitraum des Bezuges von Wochengeld nach den Bestimmungen dieser Satzung ist der Bezug von Krankengeld ausgeschlossen.

8. § 13 Abs. 6) entfällt

9. § 13 Abs. 7) lautet:

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.

10. § 15 Abs. 2) lautet:

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 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.

11. § 15 Abs. 3) lautet:

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 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.

12. § 15 Abs. 4) lautet:

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 werden.

13. § 18 Abs. 2) lautet:

Die Höhe der Leistungen wird alljährlich von der erweiterten Vollversammlung festgelegt und in einem Leistungsblatt, welches einen Bestandteil dieser Satzung bildet, veröffentlicht.

14. § 26 Abs. 1) lautet:

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.