

1. Verordnung vom 01.12.2025, mit der die Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten geändert wird

Die Erweiterte Vollversammlung der Ärztekammer für Kärnten hat am 01.12.2025 beschlossen:

Gemäß § 66a Abs 2 Z 2 in Verbindung mit § 80b Z1 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBI. I, Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 50/2025, wird verordnet:

Die Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten, Verordnung 02/2010, zuletzt geändert durch die Verordnung 01/2024, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs 2a (Neu) hat zu lauten:

Scheidet eines der weiteren Mitglieder aus dem Verwaltungsausschuss aus, so hat die Gruppe, aus der das scheidende Mitglied stammt, unverzüglich die Nominierung eines Nachfolgers vorzunehmen. Mit der Nominierung vor dem Verwaltungsausschuss gilt das betreffende Verwaltungsausschussmitglied als bestellt.

Begründung:

Bislang fehlt in der Satzung eine Regelung für das Vorgehen im Falle des Ausscheiden eines weiteren Mitgliedes. Es wird daher gleichlautend jene Regelung aus dem Ärztegesetz (§ 113 Abs. 2) aufgenommen, die bereits aufgrund dieser gesetzlichen Grundlage anzuwenden ist.

2. § 3 Abs 3 lit e hat zu lauten:

Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht (§ 112 ÄrzteG);

Begründung:

Die Beitragsnachzahlungsverpflichtung ist nicht mehr gegeben (siehe auch Änderungen § 9 Abs. 7 und 7a). Das Ansuchen um Nachlass von Beiträgen ist in der lit c) geregelt, daher erfolgt die Neuformulierung dieses Punktes

3. § 6 Abs 3 (Neu) hat zu lauten:

Scheidet eines der Mitglieder des Überprüfungsausschusses und/oder dessen Stellvertreter aus, so hat die Gruppe, aus der das scheidende Mitglied/Ersatzmitglied stammt, unverzüglich die Nominierung eines Nachfolgers vorzunehmen. Mit der Nominierung gegenüber der Ärztekammer gilt das betreffende Mitglied als bestellt.

Begründung:

Bislang fehlt in der Satzung eine Regelung für das Vorgehen im Falle des Ausscheiden eines Mitgliedes/Ersatzmitgliedes. Da im Ärztegesetz (§ 114) für diesen Fall keine Vorsorge getroffen ist, ist in der Satzung (gesetzesergänzende Funktion der Satzung) eine Regelung festzuschreiben.

4. § 9 Abs 6 ist zu streichen

Begründung:

Die Vorgehensweise hinsichtlich Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds bzw. bei Übertritten zwischen verschiedenen Wohlfahrtsfonds ist im Ärztegesetz (§§ 109 und 115) abschließend geregelt, § 9 Abs.6 der Satzung widerspricht diesen gesetzlichen Regelungen und ist zu streichen.

5. § 9 Abs 7 und Abs. 7a sind zu streichen

Begründung:

Die verpflichtende Nachzahlung (§ 9 Abs. 7 und 7a) wurde mit 01.01.2024 durch eine freiwillige Möglichkeit des Nachkaufes von Anwartschaften ersetzt. Daher hat eine Streichung dieser beiden Absätze zu erfolgen.

6. § 13 Abs 1 hat zu lauten:

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. In begründeten Fällen (insbesondere bei langen oder wiederkehrenden Krankenständen) ist vor der Auszahlung des Krankengeldes eine Überprüfung möglich.

Begründung:

Die bisherige verpflichtende Bestimmung, wonach der die Krankenbestätigung ausstellende Arzt nicht Elternteil, Kind, Bruder oder Schwester des Kammerangehörigen bzw. nicht mit diesem im gemeinsamen Haushalt wohnhaft sein darf, soll entfallen. Die Änderung erfolgt einerseits aus Vertrauensgründen zu den Mitgliedern und andererseits gibt es viele Fälle von akuten (z.B. grippeähnlicher) Erkrankungen und ist hier eine Bestätigung eines z.B. verwandten Arztes lebensnah und praktikabel. Dies ist auch bei laufenden Behandlungen bspw. chronischen Erkrankungen gegeben. Nach der geltender Satzung müsste ein zusätzlicher Arzt (oftmals im Nachhinein) konsultiert werden. Überdies verringert sich damit der Verwaltungsaufwand für die Leistungsberechtigten, aber auch für die Kammer. In begründeten Fällen (insbesondere bei langen oder wiederkehrenden Krankenständen) ist vor der Auszahlung des Krankengeldes eine Überprüfung möglich.

7. § 15 Abs 1 lit d hat zu lauten:

des ehelichen, unehelichen, legitimierten Kindes oder eines Wahlkindes, sofern diesem ein Anspruch auf Kinderunterstützung zustehen würde, oder einem Kind, für das ein versichertes Mitglied durch einen gerichtlichen Beschluss die Obsorge erhielt, sofern die dafür wesentlichen Aufwendungen nicht durch Unterhaltszahlungen abgedeckt werden. 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 und auch während der Zeit der Absolvierung des Präsenz-, Ausbildungs-, Ersatz- oder Zivildienstes;

Begründung:

Die Neufassung umfasst zwei Änderungen:

- 1) Die Bestimmung wird um die Mitversicherung von legitimierten Kindern und Kindern, für die ein versichertes Mitglied durch einen gerichtlichen Beschluss die Obsorge erhielt (sofern die dafür wesentlichen Aufwendungen nicht durch Unterhaltszahlungen abgedeckt werden), erweitert. Dies ist sachgerecht, da bei der Satzungsänderung - 5. Verordnung 2022 - dieser Personenkreis bei der Anspruchsberechtigung der Kinderunterstützung hinzugefügt wurde. Hinsichtlich der Sonderklasseversicherung besteht grundsätzlich Deckungsgleichheit. Um dies weiterhin zu gewährleisten, soll die vorgeschlagene Adaptierung vorgenommen werden.
- 2) Die Mitversicherung der Anspruchsberechtigten soll auch auf den Grundwehr- und Zivildienst ausgeweitet werden, wodurch der Versicherungsschutz in der Sonderklasse nochmals verbessert wird.

8. § 19 Abs 4 hat zu lauten:

Die Ergänzungsleistung für niedergelassene Kammerangehörige wird Beziehern der Altersversorgung gewährt, wenn zum Zeitpunkt des Pensionsantrittes ein kurativer Kassenvertrag mit der BVAEB bestanden hat.

Für jedes volle Vertragsjahr bis zum Beginn des Bezuges der Altersversorgung wird ein im Leistungsblatt festzusetzender Betrag pro Monat gewährt. Diese Ergänzungsleistung kann verringert oder eingestellt werden, wenn aufgrund einer Änderung des Gesamtvertrages mit der BVAEB deren Beitragszahlungen für diese Leistung verringert werden oder ausbleiben oder die Deckung des Umlagesystems dies erfordert.

Begründung:

Durch die derzeitigen Voraussetzungen von mehr als 25 Vertragsjahren und die Berechnung der Vertragsdauer bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, wird für zahlreiche KollegInnen zwar ein Beitrag seitens der BVAEB geleistet, ohne dass diese aber einen Leistungsanspruch erwerben können. Alle mit Beginn des Kassenvertrages nach dem 40. Geburtstag sind davon betroffen. Auch führt die Regelung zu einer nicht nachvollziehbaren Verteilung der Leistungen (z.B. 25 Vertragsjahre vor 65 = EUR 0,26 Vertragsjahre vor 65 = EUR 11,50

30 Vertragsjahre vor 65 (von 35 bis 65) = EUR 57,50 bzw. das 5-fache

30 Vertragsjahre von 40 bis 70 = EUR 0 (es zählen nur Jahre vor 65)

Bei rund 650 Vertrags(zahn)ärzten, beträgt derzeit der durchschnittliche Beitrag der BVAEB je Vertragspartner rd. EUR 1.000 p.a. Durch verschiedene Effekte stieg der Saldo (Beiträge abzgl. Leistungen) auf nunmehr rd. EUR 300.000 jährlich an, was beinahe der Hälfte der Beitragssumme entspricht.

Die Neuregelung soll auch angesichts der Pensionsantrittswelle (im Zusammenhang mit dem Wegfall der Rücklegung der Kassenverträge als Voraussetzung für den Pensionsbezug) zum Jahresbeginn 2026 in Kraft treten, um nicht eine hohe Anzahl an KollegInnen im alten System zu belassen.

Sichergestellt werden soll auch, dass wie bisher die Leistungen jederzeit eingestellt oder reduziert werden können, wenn die Deckung dies ergibt und/oder die Beiträge seitens der BVAEB gekürzte oder eingestellt werden (z.B. durch eine Änderung im BVAEB-Gesamtvertrag).

Die Höhe des im Leistungsblatt festzulegenden Betrages ist versicherungsmathematisch berechnet worden. Die hierbei möglichen EUR 4,50 je Vertragsjahr werden aus Vorsichtsgründen reduziert mit EUR 4,00 vorgeschlagen. Auch wird festgestellt, dass faktisch in keiner Konstellation eine Benachteiligung gegenüber dem Bestandsystem besteht, weshalb von einer Übergangsregelung abgesehen wurde.

Es besteht wie bisher eine gemeinsame Betrachtung mit dem Kapitalkonto der Grundleistung. Die Ergänzungsleistung für Niedergelassene ÄrztInnen wird dabei im Umlageverfahren und unter Einberechnung von fiktiven Verwaltungskosten iHv 4% der Beitragssumme geführt. Hinterbliebenenleistungen werden wie bisher nicht zuerkannt.

Die Bestimmung wurde von der Kurie der Niedergelassenen Ärzte und auch vom Landesausschuss der Zahnärztekammer positiv befürwortet.

9. § 19a Abs 10 hat zu lauten:

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 (ausgenommen ist der Invaliditätsfall).

Begründung:

Die Anrechnungsregelung übertragener Beiträge der Zusatzleistung soll Benachteiligungen von KollegInnen verhindern, die in einem Bundesland zu Beginn geringe Beiträge geleistet haben, da sich hierdurch geringere Durchschnittsbeitragsjahre als Grundlage für die Berechnung der Pension ergeben hätten.

Allerdings wurde übersehen, dass im Falle eines Übertrages mit anschließender zeitnaher Invalidisierung Leistungen in exorbitanter und nicht rechtfertigbarer Höhe entstehen würden.

Als Beispiel: werden 2025 EUR 150.000 aus einem anderen Bundesland für ein 43-jähriges Mitglied übertragen und würde dieses im selben Jahr invalide werden, ergäbe sich eine monatliche Pension iHv rund EUR 7.000 bzw. jährlich EUR 98.000. Das Kapital wäre damit nach rd. 1,5 Jahren verbraucht, obwohl die Lebenserwartung eines 43-jährigen noch rd. 40 Jahre betragen würde.

Es wird daher vorgeschlagen, die Anrechnung im Falle einer Invalidität wie bei einer normalen Altersversorgung vorzunehmen (Beginn der erstmaligen Zahlung im Wohlfahrtsfonds der ursprünglichen Landesärztekammer und Anwendung der sich daraus ergebenden Pensionsmesszahl).

10. § 21 Abs 3) hat zu lauten:

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 II beträgt 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). Diese Anspruchsermäßigung darf 30 % nicht übersteigen.

Begründung:

Die Zusatzleistung I ist ausgelaufen und es gibt keine Pensionisten mehr mit dem Bezug dieser Leistung. Daher kann sich daraus auch keine Hinterbliebenenleistung mehr ableiten. Daher sind die Sätze bezüglich der Hinterbliebenenleistung nach der Zusatzleistung I in diesem Absatz zu streichen.

11. § 23 Abs 3 ist zu streichen:

Begründung:

Da es keine Anspruchsberechtigten der Zusatzleistung I mehr gibt, kann daraus auch keine Waisenversorgung abgeleitet werden. Daher ist dieser Absatz zu streichen.

12. § 24 Abs 2 hat zu lauten:

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 bei Ableben bis inkl. 31.12.2025 € 16.000,- bzw. bzw. ab 01.01.2026 € 13.000,- und der Riskengemeinschaft III € 9.000,-.

Ab dem 1.1.1972 können Beitritte zur Riskengemeinschaft III und ab dem 01.01.2026 Beitritte zur Riskengemeinschaft II nicht erfolgen. Die Rechte und Pflichten der bis dahin Beigetretenen bestehen unverändert fort.

Begründung:

Das System der Riskengemeinschaft II wurde bereits im versicherungsmathematischem Gutachten 2020 als unterdeckt beurteilt, wobei auf Grund verschiedener Variablen ein Zuwarten für 5 Jahre empfohlen wurde. Ein diesbezügliches aktuelles Gutachten beurteilt eine verschärzte Situation. Jeder neue Eintritt ist untergedeckt und schädigt das System.

Es wurde daher ein Vorschlag mit dem Versicherungsmathematiker erarbeitet, der ebenfalls (wie bei der Ergänzungsleistung) seitens der Kurie der Niedergelassenen Ärzte, wie auch des Landesausschusses der Zahnärztekammer positiv befürwortet wurde. Dieser sieht vor, das System mit Ende 2025 für Neueintritte zu schließen und mit der Riskengemeinschaft I zu fusionieren. Als notwendige Begleitmaßnahmen sollen Beiträge der im System verbliebenen um 30% und zugleich die Leistung ab 2026 von bisher EUR 16.000 auf EUR 13.000 reduziert werden.

Auch hier wird von einer Übergangsregelung Abstand genommen. Die Beitragserhöhungen erscheinen prozentuell hoch, allerdings wurde in diesem Bereich seit vielen Jahren keine Valorisierung vorgenommen und ist eine Betrachtung in Relation zu den Gesamtbeiträgen des Wohlfahrtsfonds ausgewogen.

Die Leistungsreduktion beträgt 18,75%, wobei den eingetragenen Hinterbliebenen im Ablebensfall des Mitgliedes eine Gesamtleistung (inkl. Riskengemeinschaft I) von EUR 30.000 zufließt (bisher € 33.000). Bei Ableben vor dem 65. Lebensjahr beträgt die Gesamtleistung nunmehr EUR 42.000 (statt bisher EUR 45.000). Die Reduktion beträgt in diesem Fall 6,67 %..

Inkrafttreten: die Bestimmungen treten mit 01.01.2026 in Kraft

ALT	NEU
§ 3: (2a) ---	§ 3: (2a) Scheidet eines der weiteren Mitglieder aus dem Verwaltungsausschuss aus, so hat die Gruppe, aus der das scheidende Mitglied stammt, unverzüglich die Nominierung eines Nachfolgers vorzunehmen. Mit der Nominierung vor dem Verwaltungsausschuss gilt das betreffende Verwaltungsausschussmitglied als bestellt.
§ 3: (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: (...) (lit. e) Ansuchen um Nachlass oder Befreiung von der Beitragspflicht (§ 112 ÄrzteG) oder der Nachzahlungsverpflichtung;	§ 3: (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: (...) (lit. e) Ansuchen um Nachlass oder Befreiung von der Beitragspflicht (§ 112 ÄrzteG) oder der Nachzahlungsverpflichtung ;
§ 6: (3) ---	§ 6: (3) Scheidet eines der Mitglieder des Überprüfungsausschusses und/oder dessen Stellvertreter aus, so hat die Gruppe, aus der das scheidende Mitglied/Ersatzmitglied stammt, unverzüglich die Nominierung eines Nachfolgers vorzunehmen. Mit der Nominierung gegenüber der Ärzteammer gilt das betreffende Mitglied als bestellt.
§ 9: (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	§ 9: (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

<p>über Beschluss des Verwaltungsausschusses weiterhin beitragspflichtig beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten bleiben.</p>	<p>über Beschluss des Verwaltungsausschusses weiterhin beitragspflichtig beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten bleiben.</p>
<p>§ 9:</p>	<p>§ 9:</p>
<p>(7) Kammerangehörige, die ihr 50. Lebensjahr bis zum 31.12.2023 vollendet und 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 Anwartschaftsprozentsatz 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 sowie 11,00 % im Jahr 2023, wobei das Jahr des Eintretens der Nachzahlungsverpflichtung maßgeblich ist.</p>	<p>(7) Kammerangehörige, die ihr 50. Lebensjahr bis zum 31.12.2023 vollendet und 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 Anwartschaftsprozentsatz 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 sowie 11,00 % im Jahr 2023, wobei das Jahr des Eintretens der Nachzahlungsverpflichtung maßgeblich ist.</p>
<p>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, ist keine Nachzahlung zu leisten.</p>	<p>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, ist keine Nachzahlung zu leisten.</p>
<p>(7a) Der Nachzahlungsbetrag gem. Abs. 7 kann auch in drei Jahresraten bezahlt werden. In diesem Fall erhöht sich der errechnete Beitrag um 5 %.</p>	<p>(7a) Der Nachzahlungsbetrag gem. Abs. 7 kann auch in drei Jahresraten bezahlt werden. In diesem Fall erhöht sich der errechnete Beitrag um 5 %.</p>
<p>§13:</p> <p>(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</p>	<p>§13:</p> <p>(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</p>

<p>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.</p>	<p>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. In begründeten Fällen (insbesondere bei langen oder wiederkehrenden Krankenständen) ist vor der Auszahlung des Krankengeldes eine Überprüfung möglich.</p>
<p>§ 15:</p> <p>(1) Tatsächlich geleistete Krankenhauskosten werden gegen Ertrag der Originalrechnung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen ersetzt, und zwar bei einem Krankenhausaufenthalt (...) (lit. d) des ehelichen, unehelichen oder Wahlkindes, sofern diesem ein Anspruch auf Kinderunterstützung zusteht 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;</p>	<p>§ 15:</p> <p>(1) Tatsächlich geleistete Krankenhauskosten werden gegen Ertrag der Originalrechnung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen ersetzt, und zwar bei einem Krankenaufenthalt (...) (lit. d) des ehelichen, unehelichen, legitimierten Kindes oder eines Wahlkindes, sofern diesem ein Anspruch auf Kinderunterstützung zusteht würde, oder einem Kind, für das ein versichertes Mitglied durch einen gerichtlichen Beschluss die Obsorge erhielt, sofern die dafür wesentlichen Aufwendungen nicht durch Unterhaltszahlungen abgedeckt werden. 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 und auch während der Zeit der Absolvierung des Präsenz-, Ausbildungs-, Ersatz- oder Zivildienstes;</p>

<p>§19:</p> <p>(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.</p> <p>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.</p>	<p>§19:</p> <p>(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 zum Zeitpunkt des Pensionsantrittes ein kurativer Kassenvertrag mit der BVAEB BVA und/oder der VA/VAEB 25 Jahre bestanden hat.</p> <p>Für jedes die Vertragsdauer von 25 Jahren übersteigende volle Vertragsjahr bis zum Beginn des Bezuges der Altersversorgung wird ein im Leistungsblatt festzusetzender Betrag monatlich pro Monat gewährt. Diese Ergänzungsleistung kann verringert oder eingestellt werden, wenn aufgrund einer Änderung des Gesamtvertrages mit der BVAEB BVA deren Beitragszahlungen für diese Leistung verringert werden oder ausbleiben oder die Deckung des Umlagesystems dies erfordert.</p>
<p>§19a:</p> <p>(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.</p>	<p>§ 19a:</p> <p>(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 (ausgenommen ist der spätere Invaliditätsfall).</p>

<p>§ 21:</p> <p>(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.</p> <p>Der Anspruch hinsichtlich der Zusatzleistung I beträgt 75%, hinsichtlich der Zusatzleistung II 60 %.</p> <p>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.</p>	<p>§ 21:</p> <p>(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.</p> <p>Der Anspruch hinsichtlich der Zusatzleistung I beträgt 75%, hinsichtlich der Zusatzleistung II beträgt 60 %.</p> <p>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.</p>
--	--

<p>§ 23:</p> <p>(3) Die Waisenversorgung der Zusatzleistung I beträgt bei Halbwaisen 25 %, bei Vollwaisen 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.</p>	<p>§ 23:</p> <p>(3) Die Waisenversorgung der Zusatzleistung I beträgt bei Halbwaisen 25 %, bei Vollwaisen 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.</p>
<p>§ 24:</p> <p>(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.</p>	<p>§ 24:</p> <p>(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 bei Ableben bis inkl. 31.12.2025 € 16.000,- bzw. ab 01.01.2026 € 13.000,- und der Riskengemeinschaft III € 9.000,-. Ab dem 1.1.1972 können Beitritte zur Riskengemeinschaft III und ab dem 01.01.2026 Beitritte zur Riskengemeinschaft II nicht erfolgen. Die Rechte und Pflichten der bis dahin Beigetretenen bestehen unverändert fort.</p>