

Gesetzliche Grundlagen

§ 105 Ärztegesetz, § 27 der Satzung der Wohlfahrtskasse und § 9 der Beitragsordnung.

Wer ist pflichtversichert?

Die Krankenpflegehilfe umfasst

- das **Mitglied**,
- den **Ehegatten** oder den **eingetragenen Partner**, auf Antrag den **geschiedenen Ehegatten** oder den **eingetragenen Partner nach Auflösung der eingetragenen Partnerschaft** wenn das Mitglied gerichtlich oder vertraglich zu einer Unterhaltsleistung verpflichtet ist. Ist diese befristet, endet der Versicherungsschutz mit Ablauf der Frist. Hat das Mitglied die Zerrüttung der Ehe nach § 55 Ehegesetz allein oder überwiegend verschuldet, ist weiters der Nachweis einer gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen.
- **die Kinder bis zum 18. Lebensjahr**, sofern sie in der Hausgemeinschaft des Mitgliedes leben oder sich nur vorübergehend wegen beruflicher (schulischer) Ausbildung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhalten. Alle diese auch dann, wenn sie nach einer Scheidung nicht mehr dem Haushalt des Mitgliedes angehören.
- Darüber hinaus sind auch **Kinder bis zum 27. Lebensjahr** versichert, wenn sie sich wegen einer wissenschaftlichen oder fachlichen Ausbildung noch nicht selbst erhalten können.
- Auf Antrag **Kinder über die Volljährigkeit hinaus ohne zeitliche Begrenzung**, wenn diese wegen eines körperlichen oder geistigen Gebrechens außerstande sind, sich den Unterhalt selbst zu verschaffen.
- Auf Antrag **Kinder bis zum vollendeten 30. Lebensjahr**, wobei ein eigener Beitrag zu bezahlen ist.

■ **Enkelkinder und Pflegekinder** können mit Zustimmung des Verwaltungsausschusses in die Versicherung mit eingeschlossen werden. Der Beitrag ist in diesem Fall in voller Höhe zu bezahlen und kann nur im Rahmen der Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden.

Wie und in welcher Höhe werden die Beiträge vorgeschrieben?

Die Finanzierung erfolgt im Wege eines Umlageverfahrens. Dies bedeutet, dass die Beiträge und Leistungen eines Jahres ausgeglichen sein müssen, und führt weiters dazu, dass jede Leistungserweiterung zwangsläufig zu einer zusätzlichen Beitragserhöhung führen muss.

- Der Monatsbeitrag beträgt **€ 165,00**.
- Besteht neben der Krankenpflegehilfe eine andere gesetzliche Krankenversicherung, die der Wohlfahrtskasse Kosten abnimmt, wird nur der halbe Beitrag in Höhe von **€ 82,50** vorgeschrieben.
- Versicherte der KFL konnten bis 31.12.2007 den Beitrag auf Antrag auf **€ 16,50** pro Monat verringern. Die Wohlfahrtskasse leistet dann jedoch nur mehr die von der KFL ausgewiesenen **Selbstbehalte**.

Mehrfachversicherte Mitglieder und Angehörige sind gem. § 28 Abs. 4 verpflichtet, primär die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Differenzkosten können eingereicht werden.

Es wird jeweils ein eigener Beitrag für das versicherte Mitglied und für die Angehörigen (Gatte oder eingetragener Partner und unversorgte Kinder) vorgeschrieben.

Für geschiedene Gatten oder eingetragene Partner nach Auflösung der eingetragenen Partnerschaft, Kinder über dem 27. Lebensjahr bzw. Enkel- und Pflegekinder wird jeweils ein eigener Beitrag in Rechnung gestellt.

Welche Befreiungsgründe gibt es?

- Pragmatisierung der Mitglieder bzw. Angehörigen.
- Krankenversicherung durch Kranken- und Unfallfürsorge für OÖ. Landesbeamte (KFL).
- Vorliegen einer Krankenversicherung der Angehörigen über den Dienstgeber (Gruppenversicherung), die der Krankenpflegehilfe entspricht.
- Finanzielle Belastungen (zB Ärzte in Ausbildung)

Steuerliche Behandlung der Beiträge ab 1995

- Besteht neben der Wohlfahrtskasse eine gesetzliche Krankenversicherung, kann ein monatlicher Beitrag bis zu € 222,23 als Betriebsausgabe oder Werbungskosten geltend gemacht werden.
- Besteht ein Versicherungsschutz nur über die Wohlfahrtskasse, kann ein monatlicher Betrag bis zu € 444,47 steuerlich geltend gemacht werden.
- Darüber hinausgehende Beiträge können nur im Rahmen der Sonderausgaben abgesetzt werden.

Behandlungen im Ausland

Die Leistungen aus dem Fonds der Krankenpflegehilfe werden auch im EWR-Ausland zur Gänze vergütet, wenn

- die Behandlung im Ausland dringend erforderlich ist,
- die Verrechnung über die EKVK (Europäische Krankenversicherungskarte) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung PEB („Urlaubskrankenschein“) der Wohlfahrtskasse erfolgt, und
- der Patient ausschließlich über die Wohlfahrtskasse krankenversichert ist.

Welche Leistungen gibt es?

Im Rahmen der Krankenpflegehilfe werden

- stationäre und ambulante Krankenhausbehandlungen
- Krankentransportkosten
- ärztliche Behandlungen
- zahnärztliche Behandlungen
- Medikamente / Rezeptgebühren
- Kurkostenbeitrag
- Heilbehelfe

vergütet. Der genaue Leistungsumfang wird in eigenen Merkblättern beschrieben.

Liste der MERKBLÄTTER

- Verwaltungsausschuss - Rechtsweg
- Die Beiträge zur Wohlfahrtskasse
- Beginn und Ende der Mitgliedschaft
- Befreiung von der Beitragspflicht
- Die außerordentliche Mitgliedschaft
- Mutterschutz und Wohlfahrtskasse

- Die Krankengeldhilfe
- Die Krankenpflegehilfe allgemein
- Krankenhausbehandlung
- Krankentransportkosten / ärztliche Behandlungen
- Zahnärztliche Leistungen
- Medikamente / Rezeptgebühren
- Kurkostenbeitrag / Heilbehelfe

- Die Notstandshilfe
- Die Altersversorgung
- Die vorzeitige Altersversorgung
- Die Invaliditätsversorgung
- Die Witwen/Witwerversorgung
- Die Kinderunterstützung und Waisenversorgung
- Die Todesfallbeihilfe
- PensionPlus

- Der Pensionsanspruch des Gemeindefacharztes
- Pensionsversicherung ASVG, FSVG, GSVG - Beitragsrecht
- Pensionsversicherung ASVG, FSVG, GSVG – Leistungsrecht
- Sondergebühren und Sozialversicherung
- Unfallversicherung - AUVA
- Das Pflegegeld

Nähere Auskünfte:

**ÄRZTEKAMMER für OÖ.
Wohlfahrtskasse**

Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Tel.: +43-732-77 83 71...-0

e-mail: wk@aekoee.at



Krankenpflegehilfe (allgemein)



Selbstbewusst in die Zukunft



Wohlfahrtskasse

www.aekoee.at