



Satzungen des Wohlfahrtsfonds

per 1. Jänner 2024

(Stand EVV 07.12.2023)



Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeines.....	5
§ 1 Wesen und Zweck des Wohlfahrtsfonds.....	5
§ 2 Leistungsarten.....	5
§ 3 Wertanpassung von Leistungen.....	6
§ 4 Grund- und Ergänzungsleistung.....	6
§ 5 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.....	6
§ 6 (aufgehoben samt Überschrift, Verordnung der EVV über die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds vom 02.12.2021).....	7
§ 7 (aufgehoben samt Überschrift, Verordnung der EVV über die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds vom 02.12.2021).....	7
II. Aufbringung der Beiträge.....	7
§ 8 Bedeckung der Leistungen - Gebarung.....	7
§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen.....	7
§ 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht.....	9
§ 11 Freiwillige Beitragsleistung.....	10
§ 12 Nachzahlung zum 55. Lebensjahr zur Grund- und Ergänzungsleistung.....	11
§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge.....	11
§ 14 Grundsätze der Veranlagung.....	12
§ 14a Berater, Experten und Unterausschüsse.....	12
§ 15 Pflichten der Kammerangehörigen und Leistungsempfänger.....	12
§ 16 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen.....	13
§ 16a Streichung und Beitragsrückerstattung.....	14
§ 17 Legalzession.....	15
III. Verwaltungsausschuss.....	15
§ 18 Verwaltungsausschuss.....	15
IV. Überprüfungsausschuss und Geschäftsführung.....	16
§ 19 Bestellung der Rechnungsprüfer.....	16
§ 20 Geschäftsführung.....	16
V. Leistungsrecht.....	17
§ 21 Leistungsanspruch, Beitragsschuld, Verminderung der Leistung.....	17
§ 22 Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung.....	17
§ 23 Invaliditätsversorgung.....	18
§ 24 Kinderunterstützung.....	19
§ 25 Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners.....	19
§ 26 Waisenversorgung.....	21
§ 26a Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche.....	21
§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.....	21



§ 28 Krankenbeihilfe.....	22
§ 28a Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt	23
§ 28b Wochengeld	24
§ 28c Krankenversicherung für Kammerangehörige, die ihren Beruf selbständig ausüben.....	26
§ 29 Notstandsunterstützung	26
§ 30 Fortbildungsunterstützung.....	26
VI. Ergänzende Vorschriften der Beitragsorientierten Zusatzversorgung.....	27
§ 31 Ergänzende Versorgungsleistung	27
§ 32 Persönlicher Geltungsbereich	27
§ 33 Leistungen der Beitragsorientierten Zusatzversorgung	27
§ 34 Altersversorgung	27
§ 35 Invaliditätsversorgung	27
§ 36 Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners ²⁸	
§ 37 Waisenversorgung	28
§ 38 Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche.....	28
§ 39 Leistungsfeststellung bei offenen Fondsbeiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung ²⁸	
§ 40 Mehrere Leistungsbezieher.....	29
§ 41 Anspruch auf Versorgungsleistung	29
§ 42 Wertanpassung von Leistungen.....	29
§ 43 Beiträge	29
§ 44 Nachzahlung zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung	29
§ 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen	30
§ 46 Streichung und Beitragsrückersatz	30
§ 47 Beitragsüberweisung von anderen Ärztekammern	30
§ 48 Pensionskonto.....	31
§ 49 Geschäftsplan	31
§ 50 Mitteilungsverpflichtung über Änderungen im Familienstand	31
§ 51 Verrentungsfaktor.....	31
§ 52 Bewertungsregeln	32
§ 53 Übergangsbestimmungen für die Beitragsorientierte Zusatzversorgung.....	32
VII. Verfahrensgrundsätze.....	32
§ 54 Antragsteller, Bevollmächtigung.....	32
§ 55 Anbringen	32
§ 56 Aktenvermerke - Niederschriften.....	33
§ 57 Akteneinsicht.....	33
§ 58 Ermittlungsverfahren, Vertrauensärzte	34
§ 59 Inhalt und Form der Beschlüsse	34
§ 60 Auszahlung der Leistungen.....	34
§ 60a Anlagen	34
VIII. Übergangsbestimmungen – Inkrafttreten	34



§ 61 Übergangsbestimmungen	34
§ 62 Inkrafttreten	35
Anlage 1	36
Anlage 2	38
1. Allgemeines	38
2. Anlageziel	38
3. Anlagegrundsätze.....	38

I. Allgemeines

§ 1 Wesen und Zweck des Wohlfahrtsfonds

- (1) Gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, ist bei der Ärztekammer für Steiermark zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen ein Wohlfahrtsfonds eingerichtet. Gemäß § 12 des Zahnärztekammergesetzes (ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, in Verbindung mit § 96 ÄrzteG 1998 sind auch die der Landes Zahnärztekammer für Steiermark zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufs, Mitglieder des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark.
- (2) Der Wohlfahrtsfonds bildet ein zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer. Seine Verwaltung ist getrennt von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens durch den Verwaltungsausschuss zu führen.
- (3) Jeder Kammerangehörige ist, nach Maßgabe der Vorschriften des Ärztegesetzes, des Zahnärztekammergesetzes sowie auf Grund dieser Satzungen des Wohlfahrtsfonds (SWF), verpflichtet, - Beiträge an den Wohlfahrtsfonds zu entrichten, und berechtigt, Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds in Anspruch zu nehmen.
- (4) Bei allen in diesen Satzungen des Wohlfahrtsfonds verwendeten personenbezogenen Bezeichnungen (z.B. Arzt, Zahnarzt, Kammerangehöriger, Leistungsempfänger, ...) gilt die gewählte Form für beide Geschlechter. Die Bezeichnung „Kammerangehörige“ bezieht sich sowohl auf Kammerangehörige der Ärztekammer als auch auf die der Landes Zahnärztekammer für Steiermark zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufes. Der Begriff „Arzt“ umfasst ebenfalls den Begriff „Zahnarzt“.
- (5) Soweit in dieser Verordnung auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze oder Verordnungen verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden. Verweise ohne Angabe der Gesetzesnorm beziehen sich auf Bestimmungen dieser Verordnung.

§ 2 Leistungsarten

- (1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind Leistungen
 - a) an anspruchsberechtigte Kammerangehörige für den Fall des Alters, der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit,
 - b) an Kinder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung,
 - c) an Hinterbliebene im Fall des Ablebens eines anspruchsberechtigten Kammerangehörigen und
 - d) an ehemalige Kammerangehörige und Hinterbliebene von ehemaligen Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind, zu gewähren.
- (2) Im Einzelnen umfasst der Wohlfahrtsfonds folgende Versorgungs- und Unterstützungsleistungen:
 - a) Altersversorgung
 - b) Invaliditätsversorgung
 - c) Kinderunterstützung
 - d) Witwen- und Witwerversorgung
 - e) Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners
 - f) Waisenversorgung
 - g) Hinterbliebenenunterstützung
 - h) BestattungsbeihilfeDarüber hinaus können bei Vorliegen der festgesetzten Voraussetzungen folgende Unterstützungsleistungen gewährt werden:
 - i) Krankenbeihilfe
 - j) Notstandsunterstützung
 - k) Fortbildungsunterstützung



- (3) Grundsätzlich setzen sich alle Versorgungsleistungen aus der Grund- und Ergänzungsleistung und allenfalls aus der Zusatz- bzw. Erweiterten Zusatzleistung oder aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung zusammen.
Die laufenden Versorgungsleistungen werden als monatliche Leistung zugesprochen und 14-mal jährlich bezahlt, wobei der 13. und 14. Bezug sonstige Bezüge im Sinne des § 67 des Einkommensteuergesetzes 1988 (EStG 1988), BGBl. Nr. 400/1988 darstellen.
- (4) Jene Empfänger von Versorgungsleistungen, die am 1. Jänner 1967 schon im Genuss von Versorgungsleistungen gestanden sind, haben nur Anspruch auf die Grundleistung.

§ 3 Wertanpassung von Leistungen

- (1) Alle bisher angefallenen und zukünftig anfallenden Versorgungs- und Unterstützungsleistungen können für einzelne Leistungsarten oder gesamt angepasst werden. Die Wertanpassung ist unter Bedachtnahme auf die Leistungsfähigkeit der beitragspflichtigen Kammerangehörigen, die Kaufkraft der Leistungsbezieher, die Ertragnisse des Wohlfahrtsfondsvermögens und die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen mit Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds festzulegen.
- (2) Die Versorgungsleistungen gemäß § 2 Abs. 4 SWF werden analog der Regelungen des Abs. 1 angepasst.
- (3) Unter Berücksichtigung des Beitragsaufkommens können auch zusätzliche einmalige Leistungen festgelegt werden.

§ 4 Grund- und Ergänzungsleistung

- (1) Jeder Kammerangehörige hat nach Maßgabe der Satzungen des Wohlfahrtsfonds und der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung zu zahlen.
- (2) Die Grundleistung entspricht der im Sinne des § 98 Abs. 3 ÄrzteG 1998 festgelegten wertgesicherten Versorgungsleistung.
- (3) Die Ergänzungsleistung besteht aus dem sich aus der Gegenüberstellung der Grundleistung (§ 98 Abs. 3 ÄrzteG 1998) und der wertangepassten Leistung (§ 3 Abs. 1) ergebenden Differenzbetrag.
- (4) Entspricht das Beitragsaufkommen eines Jahres dem vollen Richtbeitrag, so werden dem Kammerangehörigen 3 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht den Richtbeitrag, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Richtbeitrag liegt. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Grund- und Ergänzungsleistung ergibt sich aus der Addition der jährlichen Zuwachsprozentsätze.
- (5) Wurden Beiträge gemäß § 5 Abs. 4 in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen, dann ergibt sich für diese Beitragsjahre rückwirkend ein zusätzlicher Anspruch aus der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß Abs. 4. Liegen dadurch die Beiträge über dem jeweiligen jährlichen Richtbeitrag, so werden dem Kammerangehörigen auch mehr als 3 % Leistungszuwachs p.a. unter Anwendung der Regelung des Abs. 4 angerechnet.

§ 5 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte

- (1) §-2-Kassenärzte sind Ärzte oder Zahnärzte, die für eine Einzelordination einen kurativen Einzelvertrag mit dem in § 2 des zwischen der Ärztekammer für Steiermark oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und der Österreichischen Gesundheitskasse (vormals Steiermärkischen Gebietskrankenkasse) für das Bundesland Steiermark abgeschlossenen Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger haben, und Ärzte oder Zahnärzte, die Gesellschafter einer Gruppenpraxis gemäß § 52a ÄrzteG 1998 oder § 26 des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, – OEG (offene Erwerbsgesellschaft) mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben



bis zum 31.12.2020 Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen. Mit 31.12.2020 endet die Beitragspflicht zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.

- (2) Bei Vorliegen eines Vertrages im Sinne des Abs. 1 und der sonstigen Voraussetzungen steht diesen Kammerangehörigen, sofern sie das Geburtsjahr 1960 oder älter aufweisen und zum 31.12.2020 noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu. Für die jeweilige Berechnung der Ergänzungsleistung für den einzelnen §-2-Kassenarzt sind dessen Vertragszeiten mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern ab dem 1. Jänner 1948 und längstens bis zum 31.12.2020 heranzuziehen. Vertragszeiten, die über den 31.12.2020 hinaus bestehen, führen zu keinen neuen Leistungsansprüchen. Anrechenbar sind überdies nur Zeiten, für die sich der §-2-Kassenarzt zur Behandlung von Urlaubern im Rahmen der Verträge Österreichs über Soziale Sicherheit bereit erklärt hat.
- (3) Das Ausmaß der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte gemäß Abs. 2 beträgt für die Dauer des Einzelvertrages mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern gemäß Abs. 2 den in der Anlage 1 genannten Betrag pro Vertragsmonat.
- (4) Bei jenen §-2-Kassenärzten gemäß Abs. 1, die das Geburtsjahr 1961 oder jünger aufweisen und zum Stichtag 31.12.2020 noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, werden die bis zum 31.12.2020 geleisteten Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte in den Fonds der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 übertragen. Es entfällt der Leistungsanspruch aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.
- (5) Kammerangehörige gemäß Abs. 2 können bis zum 30.06.2021 schriftlich beantragen, dass die zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte geleisteten Beiträge in den Fonds der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 übertragen werden. In diesem Fall entfällt der Leistungsanspruch aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.

§ 6 *(aufgehoben samt Überschrift, Verordnung der EVV über die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds vom 02.12.2021)*

§ 7 *(aufgehoben samt Überschrift, Verordnung der EVV über die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds vom 02.12.2021)*

II. Aufbringung der Beiträge

§ 8 Bedeckung der Leistungen - Gebarung

Für die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds sind unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit Beiträge einzuheben. Um dies zu gewährleisten, ist die Gebarung des Wohlfahrtsfonds hinsichtlich der Bedeckung für alle Versorgungsleistungen (Grund- und Ergänzungsleistung und Beitragsorientierte Zusatzversorgung inkl. der früheren Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.

§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen

- (1) Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds wird alljährlich von der Erweiterten Vollversammlung unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des § 109 Abs. 2 ÄrzteG 1998 festgesetzt. Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds darf 18 % der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (§ 109 Abs. 3 ÄrzteG 1998) nicht überschreiten. Die Überprüfung der 18 %-Grenze erfolgt auf Antrag des Kammerangehörigen. Der Nachweis, dass diese Grenze überschritten wird, obliegt dem Kammerangehörigen.



- (2) a) Grundlage für die Bemessung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds für Kammerangehörige, die den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf in einem Dienstverhältnis ausüben und in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, ist (für daraus erzielte Einkünfte) das monatliche Bruttogrundgehalt. Unter Bruttogrundgehalt versteht man das reine Grundgehalt, das im Gehaltsschema als solches ersichtlich ist und zwölfmal im Jahr ausbezahlt wird, wobei die gemäß § 3 EStG 1988 steuerbefreiten und die gemäß § 68 EStG 1988 steuerbefreiten bzw. zu versteuernden Bezüge und Zuschläge sowie die sonstigen Bezüge nach § 67 EStG 1988 nicht zu rechnen sind.
Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds wird in einem Prozentsatz auf Basis des Bruttogrundgehaltes festgesetzt.
Die Beiträge zum Wohlfahrtsfonds sind diesfalls vom Dienstgeber einzubehalten und spätestens bis zum 15. Tag nach Ablauf des Kalendermonats an die zuständige Ärztekammer abzuführen. Über Verlangen der Ärztekammer sind vom Dienstgeber die zur Feststellung der Bemessungsgrundlage der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds erforderlichen Daten zu übermitteln (§ 109 Abs. 7 ÄrzteG 1998).
- b) Werden neben den ärztlichen oder zahnärztlichen Einkünften aus dem Dienstverhältnis selbständige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit erzielt, wird die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds für diesen Teil der Einkünfte (nach Maßgabe von Abs. 3 lit. a und b) in einem altersabhängigen Prozentsatz gemäß § 9a BO auf Basis des jährlichen Einkommens des zweitvorangegangenen Kalenderjahres aus selbständiger ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit festgesetzt.
- (3) a) Für alle übrigen Kammerangehörigen, das sind diejenigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, wird die Höhe des Beitrages zum Wohlfahrtsfonds in einem Prozentsatz auf der Basis des jährlichen Einkommens des zweitvorangegangenen Kalenderjahres aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit festgesetzt.
- b) Einkommen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit ist der Gesamtbetrag der Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit nach § 2 Abs. 3 Z 2 und 4 EStG 1988, wobei die Sonderausgaben gemäß § 18 EStG 1988 (Verlustvorträge, soweit diese aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit stammen) und die außergewöhnlichen Belastungen gemäß §§ 34 und 35 EStG 1988 sowie die Freibeträge nach den §§ 105 und 106a EStG 1988 abzuziehen sind.
- c) Bei erstmaliger Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit wird auf Antrag für zwei Jahre ab Aufnahme der wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung auf null Euro ermäßigt, wenn daneben keine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausgeübt wird. Diese Bestimmung kommt nur einmal, und zwar für den zeitlich früher verwirklichten Tatbestand zur Anwendung. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht. Wenn der Kammerangehörige noch nicht alle 24 Monate dieser Ermäßigung in Anspruch genommen hat, kann er eine Ermäßigung im Ausmaß der noch offenen Monate beantragen, vorausgesetzt, der Erstantrag auf Ermäßigung wurde bei erstmaliger Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit gestellt.
- d) Bei erstmaliger Praxisgründung wird auf Antrag für zwei Jahre ab Praxisgründung der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung auf null Euro ermäßigt. Diese Bestimmung kommt nur einmal, und zwar für den zeitlich früher verwirklichten Tatbestand zur Anwendung. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht. Liegt neben der selbständigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt oder Zahnarzt auch ein Dienstverhältnis vor, und wurde noch keine Ermäßigung gewährt, kann diese Ermäßigung für die ersten zwei Jahre nach Wegfall des Dienstverhältnisses beantragt werden. Eine spätere Beantragung der Ermäßigung ist nicht mehr möglich. Der Abzugsvorgang im Sinne des § 12 Abs. 3 BO um den jeweiligen altersabhängigen Beitragssatz bleibt bestehen und kann auch nicht reduziert werden. Wenn der Kammerangehörige noch nicht alle 24 Monate dieser Ermäßigung in Anspruch genommen hat, kann er eine Ermäßigung im Ausmaß der noch offenen Monate beantragen, vorausgesetzt, der Erstantrag auf Ermäßigung wurde bei erstmaliger Praxisgründung gestellt.



§ 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht

- (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds im Zeitpunkt der Antragstellung besteht, und übt er keine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 ÄrzteG 1998 oder keine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 23 Z 1 ZÄG aus, ist er auf Antrag, ausgenommen den für die Unterstützungsleistungen nach § 107 ÄrzteG 1998 einzuhebenden Teil des Fondsbeitrages, von der Verpflichtung nach § 109 ÄrzteG 1998 zu befreien. Übt der Antragsteller jedoch daneben eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 des ÄrzteG 1998 oder eine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 23 Z 1 ZÄG aus, bleibt die Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung, zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und zu den Unterstützungsleistungen nach § 105 ÄrzteG 1998 bestehen.
Auf Antrag eines so befreiten Kammerangehörigen kann der Verwaltungsausschuss die Befreiung für die Zukunft aufheben. Eine neuerliche Befreiung auf Basis derselben Grundlage wie für die vorangegangene Befreiung ist ausgeschlossen.
- (2) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen im Ausmaß der Befreiung ausgeschlossen.
- (3) Die Beitragspflicht erlischt
 - a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,
 - b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. der vorzeitigen Altersversorgung oder
 - c) bei Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit,wobei für lit. b und c die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 27) weiter aufrecht bleibt.
Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung nach § 22 erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Abs. 4 aufrecht.
- (3a) Die Beitragspflicht wird bei der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung zufolge vorübergehender Berufsunfähigkeit unterbrochen, wobei die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bestehen bleibt. Mit dem Zeitpunkt der (Wieder-) Aufnahme der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit besteht die Beitragspflicht (wieder) in vollem Umfang.
- (4) Bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Zuerkennung einer Versorgungsleistung nach §§ 22 und 23, ausgenommen bei einer vorübergehenden Invaliditätsversorgung, kann sich der Kammerangehörige einmalig und unwiderruflich gegen eine weitere Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung entscheiden, sodass in diesem Fall die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ebenfalls erlischt.
- (5) Bei Kammerangehörigen, die ihren Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern oder Landeszahnärztekammern ausüben, entsteht keine Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, wenn die Berufsausübung im Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer vorher aufgenommen wurde, solange die Berufsausübung dort andauert und die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds dieser Ärztekammer besteht. Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate sowie eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer oder im Ausland aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 letzter Satz ÄrzteG 1998) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung.
Wird der Kammerangehörige gleichzeitig Mitglied in der Ärztekammer für Steiermark oder in der Landeszahnärztekammer für Steiermark und in einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet. Entsteht keine Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, so bestehen auch keine Leistungsansprüche gegenüber dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark.



- (6) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichartiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss auf Grund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes oder ein zumindest annähernd gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss aufgrund der Zugehörigkeit zu einem berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 ÄrzteG 1998 befreit. Eine diesbezügliche, längstens bis zum 1. Jänner 2005 rückwirkende Befreiung ist zulässig.
- (7) Für jene Kammerangehörigen, die gemäß Abs. 1 bis zum 31.12.2010 von der Beitragsleistung gemäß § 109 ÄrzteG 1998 befreit worden sind, bleibt die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung weiterhin bestehen.
- (8) Für Kammerangehörige besteht während des Bezuges des satzungsgemäßen Wochengeldes gemäß § 28b keine Beitragspflicht. Für Kammerangehörige besteht auf Antrag keine Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezugs des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes gemäß § 1 Z 2 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. Nr. 103/2001, längstens jedoch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Für die Zeit der Befreiung besteht kein Anspruch auf Leistungen gemäß §§ 28 und 28a.
- (9) Kammerangehörige, ausgenommen niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte mit einem §-2-Kassenvertrag, die ab dem vollendeten 60. Lebensjahr
 - a) erstmalig in die Ärzte- oder Zahnärzteliste aufgenommen werden oder
 - b) aufgrund einer vormaligen Befreiung von der Beitragspflicht zu einem Wohlfahrtsfonds einer Ärztekammer keinen Leistungsanspruch haben und es zum Wiederaufleben der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds kommen würde,können sich auf Antrag gemäß lit. a zur Gänze und gemäß lit. b im Ausmaß der vormaligen Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds befreien lassen. Voraussetzung für diese Befreiung ist der Nachweis über das Bestehen einer Pflichtkrankenversicherung.

§ 11 Freiwillige Beitragsleistung

- (1) Außerordentliche Kammerangehörige gemäß § 68 Abs. 5 ÄrzteG 1998 oder gemäß § 13 Abs. 1 ZÄKG können über Antrag vom Verwaltungsausschuss als außerordentliche Mitglieder des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark aufgenommen werden.
- (2) Ärzte oder Zahnärzte im Sinne des Abs. 1 haben einen jährlichen Beitrag jeweils nach ihrer Wahl im Ausmaß von 1/3, 2/3 oder des vollen Richtbeitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung sowie einen Beitrag zu dem Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung auf Basis der Erfordernisbeitragsgrundlage zu entrichten.
- (3) Kammerangehörige, die altersbedingt oder aus Gründen der Invalidität ihre ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ohne Anspruch auf Altersversorgung oder Invaliditätsversorgung einstellen und die gemäß § 10 Abs. 1 bis zum 31.12.2010 von der Beitragsleistung befreit worden sind, können sich zur Leistung von Beiträgen in den Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung freiwillig verpflichten.
Diese Ärzte oder Zahnärzte haben einen Beitrag in Höhe des jeweiligen Erfordernisbeitrages zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung gemäß §§ 9, 9a BO zu leisten.
- (4) Für außerordentliche Mitglieder des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark im Sinne des Abs 1 sind die Bestimmungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds sinngemäß anzuwenden, wobei sie bis zur Gewährung der Altersversorgung im Sinne des § 22 wie ordentliche Kammerangehörige zu behandeln sind. Die Anwendung von § 23 ist ausgeschlossen.



§ 12 Nachzahlung zum 55. Lebensjahr zur Grund- und Ergänzungsleistung

- (1) Kammerangehörige, die noch keine Versorgungsleistungen beziehen, können im Jahr nach Vollendung des 55. Lebensjahres den Nachkauf von Leistungsansprüchen zur Grund- und Ergänzungsleistung beantragen, sofern sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten.
- (2) Die maximale Höhe des Nachkaufs zur Grund- und Ergänzungsleistung errechnet sich, indem zur Anzahl der bereits erworbenen Anwartschaftspunkte die zukünftig jährlich maximal mögliche Anzahl an Anwartschaftspunkten addiert wird, die bis zur Altersversorgung bei Erreichen des 65. Lebensjahres bei voller Beitragsleistung erworben werden können. Ergibt die daraus errechnete Summe weniger als 100 Anwartschaftspunkte, so kann ein Nachkauf bis zu Differenz auf 100 Anwartschaftspunkte beantragt werden.
- (3) Die Höhe der Nachzahlung wird errechnet, indem ein Drittel des Richtbeitrages des jeweils vorangegangenen Jahres mit der Differenz an Anwartschaftspunkten gemäß Abs. 2 multipliziert wird.

§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge

- (1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Stundung oder eine Ermäßigung der Fondsbeiträge bewilligen und Ratenzahlungen gewähren. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann sogar eine Ermäßigung über die Grenzen der Abs. 3 bis 4 hinaus bewilligt werden. Stundungen sind nur dann zu bewilligen, wenn der Kammerangehörige nachvollziehbar nachweist, dass der gestundete Betrag bis zum Ende der Stundung auch bezahlt wird. Diese Ansuchen sind bei der Ärztekammer für Steiermark schriftlich einzubringen und unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.
- (2) Für gestundete Beiträge und Ratenzahlungen sind Zinsen in Höhe von 4 % p. a. zu leisten. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann der Verwaltungsausschuss von der Anrechnung von Zinsen Abstand nehmen. Wird eine der bewilligten Ratenzahlungen nicht termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des gesamten aushaftenden Betrages ein.
- (3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden:
 - a) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigen, um die Hälfte. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein gegen Vorlage des Jahreslohnzettels beantragt werden. (§ 5 Abs. 3 BO)
 - b) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtiges Einkommen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (gemäß Einkommensteuerbescheid des zweitvorangegangenen Jahres) den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigen, um die Hälfte.
 - c) Kammerangehörigen, die aufgrund zwingender kollektivvertraglicher Bestimmungen neben der bestehenden Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds und zusätzlich zur Beitragspflicht in die gesetzliche Pensionsversicherung verpflichtet sind, Beiträge in ein bestehendes betriebliches Pensionssystem einzuzahlen, bis zu dem Betrag, den sie nachweislich selbst pro Jahr in diese zusätzliche Pensionsvorsorge einbezahlt haben. Eine Ermäßigung über den Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung des § 9a Abs. 2 BO hinaus ist nicht möglich.
 - d) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind und die neben den ärztlichen oder zahnärztlichen Einkünften aus dem Dienstverhältnis selbständige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit erzielen (wohnsitz(zahn)ärztliche Nebentätigkeit), können den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die Hälfte ermäßigen, wenn die Summe der steuerpflichtigen Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) und des Einkommens im Sinne des § 9 Abs 2 lit. b den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigt. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein für das vorange-



gangene Beitragsjahr gegen Vorlage des Jahreslohnzettels und des Einkommensteuerbescheids des drittvorangegangenen Jahres erfolgen. (§ 5 Abs. 4 BO)

- (4) Der Beitrag zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr ermäßigt werden, jedoch nicht unter 10 % des 100%-igen Erfordernisbeitrages.
- (5) Eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 0,0 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,
 - a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt,
 - b) für die ersten zwei Jahre der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit.

§ 14 Grundsätze der Veranlagung

- (1) Die Veranlagung des Vermögens obliegt dem Verwaltungsausschuss. (Innenverhältnis)
Dem Präsidenten kommt die Außenvertretungskompetenz zu. (Außenverhältnis)
- (2) Die Vermögensveranlagung hat unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit zu erfolgen. Die näheren Bestimmungen zur Veranlagung sind in der Veranlagungsrichtlinie geregelt, die als angeschlossene Anlage 2 einen integrierten Bestandteil der SWF bildet. Der Verwaltungsausschuss hat die Veranlagungsentscheidungen unter Berücksichtigung der Bestimmungen in dieser Veranlagungsrichtlinie durchzuführen. (§ 108 Abs 1 ÄrzteG 1998).
- (3) Dem Wohlfahrtsfonds fließen neben den Beiträgen der Kammerangehörigen auch die erzielten Erträge, Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächtnisse sowie Schenkungen und sonstige Zuwendungen mit Zweckwidmung zu. Zur Sicherung des dauernden Bestandes der Wohlfahrtsfondseinrichtungen werden Rücklagen gebildet, die im Sinne der Veranlagungsrichtlinie zu veranlagen sind.
- (4) Der Verwaltungsausschuss ist verpflichtet, der Erweiterten Vollversammlung über die Veranlagung und deren Entwicklung im vorangegangenen Jahr einmal jährlich Bericht zu erstatten.

§ 14a Berater, Experten und Unterausschüsse

Der Verwaltungsausschuss kann

1. sich gemäß §§ 108 Abs. 2 und 113 Abs 1 ÄrzteG 1998 bei Erfüllung seiner Aufgaben sachverständiger externer Berater bedienen und diese als unabhängige Experten bei seinen die Vermögensveranlagung betreffenden Beratungen sowie bei in seine Zuständigkeit fallenden Angelegenheiten beiziehen;
2. sich zur Vor- und Aufbereitung, insbesondere bei Immobilienprojekten im Sinne der Veranlagungsrichtlinie (Anlage 2), eines Ausschusses (z.B. Wirtschaftsausschuss) bedienen, der sich aus Mitgliedern des Verwaltungsausschusses zusammensetzt, wobei eines davon ein Vertreter der Landeszahnärztekammer für Steiermark zu sein hat. Die im Ausschuss erfolgten Erledigungen sind dem Verwaltungsausschuss zur Beschlussfassung vorzulegen.

§ 15 Pflichten der Kammerangehörigen und Leistungsempfänger

- (1) Die Kammerangehörigen sind gemäß § 109 Abs. 1 ÄrzteG 1998 verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds zu leisten. Zu seiner Erfassung hat jeder Arzt oder Zahnarzt im Rahmen seiner Anmeldung nach § 68 Abs. 3 ÄrzteG 1998 oder nach § 12 ZÄG das für den Wohlfahrtsfonds bestimmte Formblatt gewissenhaft auszufüllen.



- (2) Die beitragspflichtigen Kammerangehörigen sind gehalten,
- die festgesetzten Beiträge fristgerecht zu entrichten;
 - der Erklärspflicht zur Ermittlung und Vorschreibung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds im Sinne des § 5 BO nachzukommen;
 - der Ärztekammer alle für die Wohlfahrtsversorgung erforderlichen Angaben unverzüglich und wahrheitsgetreu mitzuteilen;
 - sich den vom Verwaltungsausschuss angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.
- (3) Kammerangehörige haben der Ärztekammer für Steiermark gemäß § 96a ÄrzteG 1998 folgende für den Wohlfahrtsfonds relevante Daten unverzüglich sowie jede Änderung dieser Daten längstens binnen 4 Wochen, bekannt zu geben:
1. Vor- und Zuname und gegebenenfalls Geburtsname, Titel;
 2. Geburtsdatum;
 3. Staatsangehörigkeit;
 4. Hauptwohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt;
 5. Zustelladresse;
 6. Berufssitze, Dienstorte samt Namen des Arbeitgebers oder bei Wohnsitzärzten oder Wohnsitzzahnärzten den Wohnsitz;
 7. jede Eröffnung, Erweiterung und Schließung von Gruppenpraxen sowie Beginn und Ende der Beteiligung an einer solchen;
 8. die Aufnahme und Beendigung einer ärztlichen oder zahnärztlichen Nebentätigkeit;
 9. jede Aufnahme, Einstellung, Unterbrechung, Entziehung, Untersagung, Einschränkung und Wiederaufnahme der Berufsausübung;
 10. Verträge mit Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten;
 11. Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen;
 12. Telefonnummern und E-Mailadressen (Wohnsitz, Berufssitz, Dienstort);
 13. Familienstand, Vor- und Zuname des Ehepartners oder des eingetragenen Partners und von Kindern samt Geburtsdaten;
 14. Beginn und Ende von Krankenständen samt Nachweisen;
 15. im Falle von Leistungsbezügen Bankverbindung mit Kontonummer;
 16. die laufenden Einkommensnachweise für die Vorschreibungserstellung.

Für den Fall, dass die Daten trotz nachweislicher Aufforderung nach Ablauf einer angemessenen Nachfrist nicht oder nicht vollständig an den Wohlfahrtsfonds übermittelt werden, kann für den Zeitraum bis zur Nachreichung der beitrags- und leistungsrelevanten Daten der entsprechende Höchstbeitrag vorgeschrieben werden.

- (4) Leistungsempfänger haben die Ärztekammer von Änderungen in der Berufstätigkeit, die für das Verhältnis zum Wohlfahrtsfonds von Bedeutung sind und von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente binnen vier Wochen nach Eintritt der Änderung schriftlich in Kenntnis zu setzen. Zusätzlich sind alle für die Leistungsabwicklung notwendigen Unterlagen (z. B. Nachweise für Schul- und Berufsausbildung, Scheidungsvergleiche, etc.) umgehend beizubringen.
- (5) Empfänger von laufenden Unterstützungsleistungen (mit Ausnahme der Krankenbeihilfe) haben jede Änderung ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse innerhalb von vier Wochen bekannt zu geben. Im Falle einer Verletzung dieser Vorschrift können die zu Unrecht bezogenen Leistungen zur Rückzahlung vorgeschrieben werden.
- (6) Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Meldung im Sinne der Absätze 2 bis 5 eingetretenen Folgen haftet der Säumige.

§ 16 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

- (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem



Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5), Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht. Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, sofern diese Beiträge nicht in die Grund- und Ergänzungsleistung gem. § 4 Abs. 5 übertragen wurden, usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.

- (2) 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.
- (3) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich der Ärztekammer für Steiermark oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und wird damit die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark begründet, wird der Überstellungsbetrag der Grund- und Ergänzungsleistung zugerechnet. Der jährlich bezahlte Beitrag wird dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem der jeweilige Jahresbetrag geleistet wurde. Für den Anteil des Überstellungsbetrages, der über die Grund- und Ergänzungsleistung im jeweiligen Kalenderjahr hinausgeht, gilt § 47 sinngemäß. Die Aufteilung der beitragsüberstellenden Ärztekammer ist für die Zuteilung nicht entscheidend.

§ 16a Streichung und Beitragsrückerersatz

- (1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5) zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht.
Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückerersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.
- (2) Ein Rückerersatz von Beiträgen (nach § 115 Abs. 1 oder 2 ÄrzteG 1998) ist nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.
- (3) Entsteht zu einem späteren Zeitpunkt neuerlich die Pflicht zur Beitragszahlung, so leben die dem nicht rückerstatteten Beitrag entsprechenden Anwartschaften in dem Ausmaß wieder auf, wie sie zum Zeitpunkt des Wegfalls der Beitragspflicht bestanden haben. Bei einem erneuten Wegfall der Beitragsverpflichtung entfällt ein Rückerersatz der nicht rückerstatteten Beiträge.
- (4) Bei Befreiung von der Beitragspflicht im Sinne des § 10 sind die Bestimmungen des Abs. 1 sinngemäß anzuwenden.



§ 17 Legalzession

Können Personen, denen Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen aus dem gleichen Anlass erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften, ausgenommen nach sozialversicherungsrechtlichen 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.

III. Verwaltungsausschuss

§ 18 Verwaltungsausschuss

- (1) Die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens getrennt zu führen. Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Verwaltung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds sowie die Entscheidung in allen Angelegenheiten, die die Beiträge zum Wohlfahrtsfonds und die Leistungen des Wohlfahrtsfonds betreffen.
- (2) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und dem Finanzreferenten der Ärztekammer, einem Mitglied des Landesvorstandes der Landes Zahnärztekammer sowie aus mindestens 3 weiteren Mitgliedern der Erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens einer ein Zahnarzt sein muss. Die Zahl der weiteren Mitglieder wird von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzt. Die weiteren Mitglieder werden für die Dauer ihrer Funktionsperiode
 1. hinsichtlich der zahnärztlichen Vertreter von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG bestellt und
 2. hinsichtlich der übrigen Mitglieder von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerräte der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes gewählt.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 in den Verwaltungsausschuss gilt das betreffende Verwaltungsausschussmitglied als bestellt.
- (3) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen.
- (4) Gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Rechtsmittel der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu, welches schriftlich oder per Fax binnen vier Wochen nach Zustellung des Bescheides beim Verwaltungsausschuss der Ärztekammer für Steiermark einzubringen ist. Die Beschwerde hat den angefochtenen Bescheid und die belangte Behörde zu bezeichnen sowie die Gründe, auf die sich die Behauptung der Rechtswidrigkeit stützt, das Begehren und die Angaben, die erforderlich sind, um zu beurteilen, ob die Beschwerde rechtzeitig eingebracht ist, zu enthalten. Wird keine Begründung angegeben oder wird diese nicht binnen der Rechtsmittelfrist nachgereicht, ist die Beschwerde zurückzuweisen.
- (5) Der Verwaltungsausschuss kann im Verfahren über die Beschwerde den angefochtenen Bescheid innerhalb von zwei Monaten nach Einbringung der Beschwerde aufheben, abändern oder die Beschwerde zurückweisen oder abweisen (Beschwerdevorentscheidung). Die Beschwerdevorentscheidung ist den Parteien zuzustellen. Jede Partei kann binnen zwei Wochen nach Zustellung der Beschwerdevorentscheidung den Antrag stellen, dass die Beschwerde dem Landesverwaltungsgericht zur Entscheidung vorgelegt wird (Vorlageantrag). In der Beschwerdevorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen.
- (6) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses haben sich der Ausübung ihres Amtes zu enthalten:
 - a) in Sachen, in denen sie selbst, der andere Ehepartner, ein Verwandter oder Verschwägerter in auf- oder absteigender Linie, ein Geschwisterkind oder eine Person, die noch näher verwandt oder im gleichen Grade verschwägert ist, beteiligt sind;
 - b) in Sachen ihrer Wahl- oder Pflegeeltern, Wahl- oder Pflegekinder, ihrer Mündel oder Pflegebefohlenen;



- c) in Sachen, in denen sie als Bevollmächtigte einer Partei bestellt waren oder bestellt sind;
- d) wenn sonstige wichtige Gründe vorliegen, die geeignet sind, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

IV. Überprüfungsausschuss und Geschäftsführung

§ 19 Bestellung der Rechnungsprüfer

- (1) Die Geschäftsführung des Wohlfahrtsfonds ist von einem Überprüfungsausschuss mindestens einmal jährlich zu überprüfen. Der Überprüfungsausschuss besteht aus drei Rechnungsprüfern, von denen für die Dauer eines Jahres
 - 3. einer von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen ist und
 - 4. die beiden anderen von der Vollversammlung aus dem Kreise der Kammerangehörigen der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes zu wählen sind.
- (2) Für jeden Rechnungsprüfer ist ein Stellvertreter zu wählen.
- (3) Die Rechnungsprüfer und ihre Stellvertreter dürfen dem Kammervorstand und dem Verwaltungsausschuss nicht angehören.

§ 20 Geschäftsführung

- (1) Die administrativen Arbeiten des Wohlfahrtsfonds werden durch das Kammeramt besorgt. Der damit verbundene Personal- und Sachaufwand ist aus den Wohlfahrtsfondsbeiträgen aufzubringen und der Kammerverwaltung zu ersetzen.
- (2) Über die Einnahmen und Ausgaben der Wohlfahrtseinrichtungen ist unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung gesondert Buch zu führen, und zwar getrennt nach den einzelnen Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen. Die Aufteilung der Kosten gemäß Abs. 1 auf die einzelnen Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen des Wohlfahrtsfonds erfolgt aliquot auf Basis der gesamten Beitragseinnahmen.
- (3) Nach Schluss des Geschäftsjahres, das mit dem Kalenderjahr zusammenfällt, hat der Verwaltungsausschuss den Jahresabschluss, bestehend aus Gewinn- und Verlustrechnung, Bilanz und der Jahresstatistik zu verfassen.
- (4) Der Jahresabschluss ist so rechtzeitig fertig zu stellen, dass er nach Prüfung durch den Überprüfungsausschuss mit seinem schriftlichen Bericht im Wege des Kammervorstandes bis längstens 30. Juni der Erweiterten Vollversammlung zur Genehmigung und Entlastung des Verwaltungsausschusses vorgelegt werden kann.
- (5) Für die verbindliche Fertigung in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten der Wohlfahrtseinrichtungen nach außen ist jedenfalls die Unterschrift des Präsidenten, des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, in finanziellen Angelegenheiten auch die des Finanzreferenten erforderlich.

V. Leistungsrecht

§ 21 Leistungsanspruch, Beitragsschuld, Verminderung der Leistung

- (1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind den Anspruchsberechtigten nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu gewähren.
- (2) Für den Fall, dass der beitragspflichtige Kammerangehörige mit der Entrichtung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds in Verzug geraten ist, kann die fällige Beitragsschuld von den beanspruchten und gewährten Leistungen abgezogen werden, wem oder aus welchem Titel immer diese Leistungen zustehen. Auch Überbezüge von Leistungen durch Leistungsbezieher können mit beanspruchten und gewährten Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds gegenverrechnet werden, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel immer diese Leistungen zustehen.
- (3) Bei der Festsetzung der Leistungen ist die Höhe der geleisteten Beiträge zu berücksichtigen. Wurden fällige Beiträge nicht geleistet bzw. wegen Uneinbringlichkeit von der Ärztekammer durch Abschreibung gelöscht (§ 18 Abs. 1 BO), sind die Leistungsansprüche beim jeweiligen Leistungsteil (Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung, Erweiterte Zusatzleistung, Beitragsorientierte Zusatzversorgung, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte) an die tatsächlich entrichteten Beiträge anzupassen.
- (4) Liegen bei der Festsetzung der Leistung im Sinne des Abs. 3 noch offene fällige Beiträge vor, ist der Kammerangehörige unter Setzung einer Frist von bis zu 4 Monaten zur Zahlung dieser offenen, fälligen Beiträge aufzufordern. Dabei ist der Kammerangehörige auch über die Leistungsfeststellung im Sinne des Abs. 3 und die Folgen zu informieren, wenn keine fristgerechte Zahlung der offenen, fälligen Beitragsschuld erfolgt. In diesem Fall werden die offenen, fälligen Beiträge und Beitragsschuldigkeiten im Sinne des § 18 Abs. 1 BO durch Abschreibung unter Reduzierung der Leistungsansprüche im Ausmaß der vorgenommenen Abschreibung gelöscht. (vgl. § 11 Abs. 1 BO)

§ 22 Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung

- (1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten gemäß § 5 Abs. 2, die keine Übertragung gemäß § 5 Abs. 5 beantragt haben, kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu.
Diese Leistungen werden (ehemaligen) Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.
Über gesonderten Antrag ist (ehemaligen) Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung).
Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 1) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.
- (2) Mit Vollendung des 65. Lebensjahres wird auf Antrag die Altersversorgung ohne Rücksicht auf Art und Umfang der weiterhin ausgeübten ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit gewährt.
- (3) Voraussetzung für die Gewährung der vorzeitigen Altersversorgung ist die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im vollen Umfang, ausgenommen die privatärztliche oder privat Zahnärztliche Tätigkeit und die Tätigkeit als Wohnsitzarzt oder Wohnsitz Zahnarzt.
- (4) Die Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung werden auf Antrag gewährt. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizulegen bzw. müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - a) Antragstellung im Vorhinein,
 - b) Vorlage eines Antrags auf bargeldlose Pensionszahlung,
 - c) die Bezahlung aller Beiträge inklusive allfälliger noch offener Ratenvereinbarungen, Beitragsstundungen und Nachzahlungen und
 - d) der Nachweis über die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit für den Fall der vorzeitigen Altersversorgung gemäß Abs. 3.



- (5) Fällt eine der in § 22 Abs. 3 normierten Voraussetzungen für die Gewährung der vorzeitigen Altersversorgung weg oder wird nach dem Zeitpunkt der Gewährung – unabhängig vom Alter des Kammermitgliedes – ein Dienstverhältnis begründet, ist die vorzeitige Altersversorgung einzustellen. Die Fortsetzung der vorzeitigen Altersversorgung erfolgt zum nächstfolgenden Monatsersten nach (Wieder-) Vorlage aller normierten Voraussetzungen, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag.

§ 23 Invaliditätsversorgung

- (1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist. Hat der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird keine Invaliditätsversorgung gewährt. Es sind dann die Bestimmungen des § 22 und der Anlage 1 IV über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.
- (2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung entspricht jener Versorgung, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche auf Grund- und Ergänzungsleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 1 IV voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 1 VI festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.
- (2a) Für ehemalige Kammerangehörige (§ 97 Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998), soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115 ÄrzteG 1998), entspricht das Ausmaß der Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung jener Versorgung, auf die sie zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätten, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 1 IV voll in Ansatz zu bringen. Die Regelung über die Mindestansprüche gemäß Anlage 1 VI ist nicht anzuwenden.
- (3) Im Falle von Ermäßigungen oder Nachsicht der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds kann der Verwaltungsausschuss nach Maßgabe der individuellen Situation eine entsprechende Kürzung auch unter die in der Anlage 1 VI festgelegten Mindestansprüche durchführen, wobei sich die Kürzung an den Prozentpunkten zu orientieren hat, die ohne Ermäßigung oder Nachsicht erworben hätten werden können.
Diese Bestimmung gilt sinngemäß auch für Kammerangehörige, die über einen längeren Zeitraum keine Beiträge leisten.
- (4) Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn diese nach begründeter medizinischer Voraussicht in absehbarer Zeit zu beheben ist. Der Leistungsfall der vorübergehenden Berufsunfähigkeit liegt jedenfalls nicht vor, wenn diese weniger als drei Monate andauert.
- (5) Besteht die vorübergehende Berufsunfähigkeit länger als durch ein Jahr, für welchen Zeitraum die Krankenbeihilfe gewährt wird, ist auf Antrag bei Vorliegen der Voraussetzungen entweder die (vorzeitige) Alters- oder die Invaliditätsversorgung zu gewähren. Diese Leistungen können auch ohne Antrag schon früher an Stelle der Krankenbeihilfe treten, wenn durch vorliegende Unterlagen (z.B. ärztliche Befunde, Bescheide öffentlicher Institutionen, etc.) oder eine vertrauensärztliche Untersuchung festgestellt wird, dass eine dauernde oder vorübergehende Invalidität vorliegt oder die Voraussetzungen für die Gewährung der (vorzeitigen) Altersversorgung erfüllt sind.
- (6) Die Invaliditätsversorgung ist grundsätzlich befristet zu gewähren. Sie ist nicht befristet (weiter) zu gewähren, wenn aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes dauernde Invalidität nachweislich vorliegt.



§ 24 Kinderunterstützung

- (1) Kindern von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist bis zur Erlangung der Volljährigkeit eine Kinderunterstützung zu gewähren.
- (2) Über die Volljährigkeit hinaus ist eine Kinderunterstützung zu gewähren, wenn die betreffende Person
 - a) das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet;
 - b) wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen erwerbsunfähig ist, wenn dieser Zustand seit Erlangung der Volljährigkeit oder im unmittelbaren Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung besteht, solange dieser Zustand andauert.
- (3) Während der Dauer des ordentlichen Präsenzdienstes beim österreichischen Bundesheer oder des Zivildienstes bis zum 27. Lebensjahr gebührt die Hälfte der jeweiligen Kinderunterstützung, auf die ansonsten Anspruch bestünde.
- (4) Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht:
 - a) für Volljährige, die selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 EStG 1988 - ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis - beziehen, sofern diese den in § 5 Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG 1967), BGBl. Nr. 376/1967, jeweils festgesetzten Betrag übersteigen;
 - b) bei Verhehlung oder bei Begründung einer eingetragenen Partnerschaft.
- (5) Im Sinne dieser Bestimmungen sind Kinder einer Person:
 - a) deren eheliche Kinder,
 - b) deren Wahlkinder (Adoptivkinder),
 - c) deren außereheliche Kinder, für die eine gesetzliche Unterhaltspflicht besteht.
- (6) Die Kinderunterstützung beträgt 20 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung nach § 22 Abs. 1 ohne Bonusberücksichtigung, ohne die Beitragsorientierte Zusatzversorgung und ohne Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte. Sie erhöht sich ab der Erlangung der Volljährigkeit bis zur Erreichung des 27. Lebensjahres und im Falle des Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert, auf 22,5 %.
Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog zur Altersversorgung gekürzt (Anlage 1 IV).

§ 25 Witwen- und Witwersversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

- (1) Nach dem Tode eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist seiner Witwe (seinem Witwer) oder seinem hinterbliebenen eingetragenen Partner, die (der) mit ihm (ihr) im Zeitpunkt des Todes in aufrechter Ehe oder eingetragener Partnerschaft gelebt hat, die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners zu gewähren.
- (2) Die Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners wird nicht gewährt, wenn die Ehe oder die eingetragene Partnerschaft erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung geschlossen wurde und die Ehe oder die eingetragene Partnerschaft zum Zeitpunkt des Todes des Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als drei Jahre bestanden hat. Dies gilt nicht, wenn
 1. der Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Partners durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist, oder
 2. aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist oder hervorgeht, oder
 3. durch die Eheschließung ein Kind legitimiert worden ist, oder
 4. im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten oder des eingetragenen Partners dem Haushalt der Witwe oder des eingetragenen Partners ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenversorgung hat.



- (3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Ehegatten oder eingetragenen Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden bzw. aufgelöst worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige oder der Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte.

Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft entstanden sein.

Hat der frühere Ehegatte oder der frühere eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen oder den Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder auf Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere eingetragene Partner gegenüber dem verstorbenen Kammerangehörigen oder dem verstorbenen Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat. Die Witwen-(Witwer-)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn

1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGGBl. 1938 I S 807,
2. die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und
3. der frühere Ehegatte hat im Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet.

Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn

- a) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils erwerbsunfähig ist oder
- b) 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 oder des Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgung hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

Die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners und die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung (unter Ausschluss der Bonuszahlungen und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5 Abs. 2) Anspruch gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen(Witwer-)versorgung mehrerer früherer Ehegatten und die mehreren früheren eingetragenen Partnern gebührende Versorgung hinterbliebener eingetragener Partner ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) und kein hinterbliebener eingetragener Partner vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) oder einen hinterbliebenen eingetragenen Partner hinterlassen hätte. Die Ansprüche des oder der früheren Ehegatten und des oder der früheren eingetragenen Partner dürfen insgesamt 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.

- (4) Im Falle der Verehelichung oder der Begründung einer eingetragenen Partnerschaft erlischt der Anspruch auf Witwen(Witwer)versorgung oder Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners.
- (5) Die Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners beträgt 60 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder in sinngemäßer Anwendung von § 23 Abs. 2 gebührt hätte, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.



Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Witwen- bzw. Witwerversorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners analog zur Altersversorgung gekürzt (Anlage 1 IV).

§ 26 Waisenversorgung

- (1) Waisenversorgung gebührt bei Vorliegen der für die Kinderunterstützung (§ 24) festgelegten Voraussetzungen und zu den dort genannten Zwecken.
- (2) Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit:
 - a) für jede Halbweise 20 %,
 - b) für jede Vollweise 40 %;ab der Erlangung der Volljährigkeit bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres und im Falle des § 24 Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert:
 - c) für jede Halbweise 25 %,
 - d) für jede Vollweise 50 %der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder in sinngemäßer Anwendung von § 23 Abs. 2 gebührt hätte, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.
Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog zur Altersversorgung gekürzt (Anlage 1 IV).
- (3) Sind mehrere Waisen vorhanden, darf die Waisenversorgung insgesamt das Zweifache der Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.

§ 26a Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche

- (1) Erreichen die unbefristeten Leistungen gemäß §§ 22, 23, 24, 25 und 26 zum Anfallszeitpunkt jeweils weniger als ein Zehntel der in § 98 Abs. 3 ÄrzteG 1998 angeführten monatlichen Grundleistung (EUR 71,66 brutto), so erfolgt eine Abfindung unter Bedachtnahme der vom Versicherungsmathematiker zuletzt angewendeten Sterbetafel und des zuletzt angewendeten Rechenzinses. Befristete Leistungen werden bis zum Ablauf der Frist abgefunden. Leistungen gemäß §§ 24 und 26 werden einheitlich bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres abgefunden.
- (2) Im Falle einer Abfindung im Sinne des Abs. 1 sind Leistungen aus dem Notstands- und Unterstützungsfonds gem. § 29 ausgeschlossen.

§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

- (1) Beim Tod eines Kammerangehörigen, der noch keine Alters- oder dauernde Invaliditätsversorgung bezieht, ist die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung in maximaler Höhe zu gewähren.
- (2) Beim Tod eines Empfängers einer Alters- oder dauernden Invaliditätsversorgung ist die Bestattungsbeihilfe zu gewähren. Der Anspruch auf Hinterbliebenenunterstützung besteht nur dann, wenn gemäß § 10 Abs. 4 die Beitragspflicht des verstorbenen Kammerangehörigen nicht erloschen ist.
Hat ein Kammerangehöriger altersbedingt oder aus Gründen der dauernden Invalidität seine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ohne Anspruch auf Altersversorgung oder dauernde Invaliditätsversorgung eingestellt und hat er gemäß § 10 Abs. 4 die Mitgliedschaft zum Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung freiwillig fortgesetzt, ist bei seinem Tode ebenfalls die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung zu gewähren.
- (2a) Beim Tod eines ehemaligen Kammerangehörigen (§ 97 Abs 1 Z 4 ÄrzteG 1998) ist die Bestattungsbeihilfe zu gewähren.



- (3) Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe beträgt EUR 6.000,--.
- (4) Die maximale Höhe der Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 25.000,--. Der individuelle Anspruch wird bei Antritt der Alters- oder Invaliditätsversorgung festgestellt. Hat der Kammerangehörige mindestens 25 Jahre den vollen Beitrag gemäß §§ 9 und 9a BO geleistet, so gebührt im Fall des Todes des Kammerangehörigen die maximale Höhe der Hinterbliebenenunterstützung. Hat der Kammerangehörige weniger als 25 Jahre den vollen Beitrag gemäß §§ 9 und 9a BO geleistet, so reduziert sich die individuelle Höhe der Hinterbliebenenunterstützung für jedes Jahr, für das er nicht den vollen Beitrag geleistet hat, um EUR 1.000,--. Wurde weniger als 10 Jahre der volle Beitrag gemäß §§ 9 und 9a BO geleistet, so besteht kein Anspruch auf die Hinterbliebenenunterstützung.
- (4a) Der individuelle Anspruch auf Hinterbliebenenunterstützung wird beim Ableben des ehemaligen Kammerangehörigen festgestellt. Hat der ehemalige Kammerangehörige mindestens 25 Jahre den vollen Beitrag gemäß §§ 9 und 9a BO geleistet, so gebührt im Fall des Todes des ehemaligen Kammerangehörigen die maximale Höhe der Hinterbliebenenunterstützung. Hat der ehemalige Kammerangehörige weniger als 25 Jahre den vollen Beitrag gemäß §§ 9 und 9a BO geleistet, so reduziert sich die individuelle Höhe der Hinterbliebenenunterstützung für jedes Jahr, für das er nicht den vollen Beitrag geleistet hat, um EUR 1.000,--. Wurde weniger als 10 Jahre der volle Beitrag gemäß §§ 9 und 9a BO geleistet, so besteht kein Anspruch auf die Hinterbliebenenunterstützung.
- (5) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung analog § 61 Abs. 5.
- (6) Auf die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung haben, sofern der verstorbene Arzt oder Zahnarzt nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung, deren Unterschrift notariell oder gerichtlich beglaubigt sein muss, beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:
- a) die Witwe (der Witwer) oder der eingetragene Partner,
 - b) die Waisen (d. s. Kinder ohne Rücksicht auf das Lebensalter)
 - c) sonstige gesetzliche Erben.
- (7) Sind mehrere Waisen oder mehrere anspruchsberechtigte sonstige gesetzliche Erben vorhanden, ist diesen die Bestattungsbeihilfe und gegebenenfalls die Hinterbliebenenunterstützung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.
- (8) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 6 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zum Ausmaß der Bestattungsbeihilfe.
- (9) Ein Beitritt zum Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ist nach dem vollendeten 55. Lebensjahr nicht mehr möglich. Es sind daher weder Beiträge zu leisten noch besteht im Todesfall ein Leistungsanspruch.

§ 28 Krankenbeihilfe

- (1) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird eine einmalige Krankenbeihilfe, die im Falle der Hausbehandlung frühestens ab dem 15. Tag und im Falle der stationären Aufnahme in einer Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 - 6 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, (mit Ausnahme von Rehabilitationseinrichtungen) ab dem 4. Tage der Aufnahme zu berechnen ist, gewährt. Schließt sich an den stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen in einer genannten Krankenanstalt unmittelbar eine Hausbehandlung an, so wird eine Krankenbeihilfe ohne Wartezeit ab dem der Entlassung folgenden Tag gewährt. Ab dem 15. Tag der Berufsunfähigkeit wird die Krankenbeihilfe jedenfalls entsprechend Abs. 6 ohne Wartezeit gewährt. Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der Beendigung der Berufsunfähigkeit eine neuerliche



Berufsunfähigkeit ein und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich der Wartezeit bei Hausbehandlung und Krankenhausaufenthalt die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.

- (2) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird ab dem 15. Tag der Erkrankung eine Krankenbeihilfe gewährt.
Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der Beendigung der Berufsunfähigkeit eine neuerliche Berufsunfähigkeit auf und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich des Beginnes des Anspruches auf Krankenbeihilfe die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.
- (3) Krankmeldungen und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 12 Wochen nach Beginn der Berufsunfähigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Krankenbeihilfe verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Berufsunfähigkeit. Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen. Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.
- (4) Kammerangehörige, die bei Aufrechterhaltung ihrer ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im Genuss einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 stehen, haben bei Krankheit keinen Anspruch auf Krankenbeihilfe. Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe schließt sich wechselseitig aus.
- (5) Innerhalb von 3 Jahren wird die Krankenbeihilfe, auch bei Zusammentreffen mehrerer Krankheitsfälle, höchstens für den Zeitraum von 52 Wochen gewährt, wobei der Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalt im Sinne des § 28a sowie jeweils die Wartezeit in die Berechnung dieser maximalen Bezugsdauer miteinbezogen wird. Die Dreijahresfrist wird vom 1. Tag der letzten gemeldeten Berufsunfähigkeit gerechnet. Handelt es sich bei der letzten Berufsunfähigkeit um einen Fall der Wiedererkrankung, ist vom 1. Tag der ersten Berufsunfähigkeit zu rechnen.
- (6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe und des Wochengeldes ist jeweils in Anlage 1 V festgesetzt.

§ 28a Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt

- (1) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, und den Beruf tatsächlich ausüben, ist auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation eine Krankenbeihilfe für einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt in Österreich zu gewähren.
- (2) a) Unter Kuraufenthalten sind unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung durchgeführte medizinisch anerkannte Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zu verstehen, die der vorbeugenden Erhaltung der Erwerbsfähigkeit dienen.
b) Unter Rehabilitationsaufenthalten sind Anschlussheilverfahren sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu verstehen.
- (3) Die Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt wird Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1 für Kuraufenthalte in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt in Österreich mit einer ununterbrochenen Dauer von mindestens 2 Wochen bis maximal 3 Wochen gewährt, wobei der dreiwöchige Kuraufenthalt auch in 2 Teilen in Anspruch genommen werden kann (2 Wochen plus 1 Woche innerhalb von 6 Monaten ab Beendigung des ersten Teils). Der Kammerangehörige hat sich dabei täglichen Kuranwendungen an Tagen des Therapiebetriebes zu unterziehen. Die



Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Unterlagen abhängig:

- a) eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur ergeben (Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis; dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner),
 - b) der Nachweis der ärztlichen Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie der absolvierten Kurbehandlungen (Therapien) und
 - c) eine Aufenthaltsbestätigung.
- (4) Die Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt wird Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1 für Rehabilitationsaufenthalte in einer Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich mit einer ununterbrochenen Dauer von mindestens 2 Wochen bis maximal 3 Wochen gewährt. In begründeten Einzelfällen kann sie auch über die Dauer von 3 ununterbrochenen Wochen hinaus gewährt werden. Der Kammerangehörige hat sich dabei täglichen Anwendungen an Tagen des Therapiebetriebes zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Unterlagen abhängig:
- a) eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Rehabilitation ergeben (Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis; dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner),
 - b) der Nachweis der ärztlichen Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie der absolvierten Therapien und
 - c) eine Aufenthaltsbestätigung.
- (5) Abweichend zu Abs. 3 und 4 kann eine Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt auch für einen Aufenthalt in einer Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung im EU-Ausland gewährt werden, sofern eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung vorliegt und keine vergleichbare Leistung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich angeboten wird. Der Nachweis darüber ist vom Kammerangehörigen zu erbringen.
- (6) Anträge und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 12 Wochen ab Beginn der Kur bzw. Rehabilitation zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Kur bzw. Rehabilitation.
- (7) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist Anlage 1 V zu entnehmen. Sofern ein Nachweis nach Abs. 3 lit. c bzw. Abs. 4 lit. c nicht vorgelegt werden kann, gebührt nur die Hälfte des Tagsatzes gem. Anlage 1 V Z 1 lit. c. Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des letzten Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes, wird die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt nur einmal gewährt.
- (8) Der gleichzeitige Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt, der Krankenbeihilfe gemäß § 28 und des Wochengeldes gemäß § 28b schließt sich aus. Die Dauer des Aufenthaltes wird nicht als Wartezeit für den Bezug der Krankenbeihilfe gemäß § 28 im Anschluss an einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt angerechnet, es sei denn, dass zusätzlich eine andere mit der Kur bzw. Rehabilitation nicht im kausalen Zusammenhang stehende Krankheit während der Dauer des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes auftritt.
- (9) Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt schließt sich aus.

§ 28b Wochengeld

- (1) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärztinnen oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärztinnen eingetragen sind und wegen Schwangerschaft den ärzt-



lichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt für den Zeitraum des Beschäftigungsverbotes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz 1979 bis zur Höchstdauer von 16 Wochen ein tägliches Wochengeld. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld bis zur Höchstdauer von 20 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).

Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und seit mindestens 6 Monaten eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde.

Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe nach § 28 ausgeschlossen.

- (2) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärztinnen oder Wohnsitzärztinnen oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen eingetragen sind und wegen der Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt für den der Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz 1979 gleich zu haltenden Zeitraum bis zur Höchstdauer von 16 Wochen ein tägliches Wochengeld. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld bis zur Höchstdauer von 20 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).

Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag. Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und seit mindestens 6 Monaten eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde. Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe nach §§ 28 und 28a ausgeschlossen.

- (3) Die Bezugsdauer für die Zeit des Beschäftigungsverbotes nach Abs. 1 und 2 kann überschritten werden, sofern eine amtsärztliche oder eine von einem gemäß § 3 Mutterschutzverordnung befugten Facharzt ausgestellte Bestätigung über das Bestehen der Gefahr für Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind vorgelegt wird. Niedergelassene Ärztinnen und Zahnärztinnen sowie Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzzahnärztinnen haben schriftlich zu bestätigen, dass sie die ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit eingestellt haben.
- (4) Anträge und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 24 Wochen nach Beginn des (vorzeitigen) Mutterschutzes bzw. nach Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Wochengeld verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn des (vorzeitigen) Mutterschutzes bzw. nach Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit. Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizulegen:
- Bestätigung über den errechneten Geburtstermin,
 - Bestätigung über einen allfälligen vorzeitigen Mutterschutz,
 - Geburtsurkunde,
 - Bestätigung über eine allfällige Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Kaiserschnittentbindung und
 - Nachweis des Bezugs des Kinderbetreuungsgeldes.

Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.



(5) Die Höhe des Tagsatzes für das Wochengeld ist Anlage 1 V zu entnehmen.

§ 28c Krankenversicherung für Kammerangehörige, die ihren Beruf selbständig ausüben

(1) Kammerangehörige, die den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf selbständig ausüben, haben während der Dauer ihrer selbständigen Tätigkeit eine Krankenversicherung für diese Tätigkeit aufrecht zu erhalten, sofern nicht aufgrund anderer Tätigkeiten bereits eine Pflichtkrankenversicherung besteht.

Die Krankenversicherung hat

1. im Rahmen des Krankengruppenversicherungsvertrages der Ärztekammer für Steiermark oder Landes Zahnärztekammer für Steiermark oder
2. durch Selbstversicherung im Rahmen des gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978 oder
3. durch Selbstversicherung im Rahmen des ASVG oder
4. durch eine private gleichwertige Krankenversicherung zu erfolgen.

(2) Eine Krankenversicherung gemäß Abs. 1 ist bei Einstellen der ärztlichen Tätigkeit in Folge Pensionsantritt weiter aufrecht zu erhalten, sofern nicht im Rahmen der gesetzlichen Pension eine Pflichtkrankenversicherung besteht.

§ 29 Notstandsunterstützung

(1) Aus dem Wohlfahrtsfonds können weiters im Falle eines wirtschaftlich bedingten Notstandes Kammerangehörigen, ehemaligen Kammerangehörigen oder Hinterbliebenen nach Ärzten oder Zahnärzten, die mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben, sowie dem geschiedenen Ehegatten (der geschiedenen Ehegattin) oder dem eingetragenen Partner nach der Auflösung gemäß §§ 14 bzw. 15 des Bundesgesetzes über die eingetragene Partnerschaft (Eingetragene Partnerschaft-Gesetz – EPG), BGBl. I Nr. 35/2009, einmalige oder wiederkehrende Leistungen gewährt werden. Das Gleiche gilt für Ärzte oder Zahnärzte, die aus dem Wohlfahrtsfonds eine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen.

(2) Die Notstandsunterstützung kann insbesondere gewährt werden:

- a) an Familienmitglieder eines Kammerangehörigen, wenn dieser durch Einwirkung höherer Gewalt an der Ausübung seines Berufes gehindert ist;
- b) an Empfänger von Leistungen aus der Alters-, Invaliditäts- und Witwen-(Witwer-)versorgung sowie aus der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners und aus der Kinderunterstützung und Waisenversorgung, wenn keine Ansprüche aus dem Krankheitsfall gegen dritte Personen oder Institutionen geltend gemacht werden können, wobei Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse zu berücksichtigen sind.

(3) Die Höhe der laufenden Unterstützungsleistungen darf 50 % des Bemessungsbetrages an Grund- und Ergänzungsleistung nicht übersteigen. In besonderen Fällen kann dieses Ausmaß, jedoch nur bis zur Höhe des Bemessungsbetrages, überschritten werden. Die Gewährung einer derartigen erhöhten Unterstützungsleistung bedarf einer qualifizierten Mehrheit (Zweidrittel der anwesenden Mitglieder) im Verwaltungsausschuss.

(4) Auf Antrag werden den Kammerangehörigen für den Zeitraum des Bezugs des Wochengeldes die Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung nach Maßgabe der bisherigen Beitragspflicht übernommen und der Grund- und Ergänzungsleistung zugeführt.

§ 30 Fortbildungsunterstützung

Für die Erziehung, Ausbildung oder Fortbildung der Kinder von Kammerangehörigen oder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung und von deren Waisen können, unbeschadet der Leistungen gemäß § 24 bzw. § 26, ferner einmalige oder wiederkehrende Leistungen (Beihilfen) unter



Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse gewährt werden, jedoch längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

VI. Ergänzende Vorschriften der Beitragsorientierten Zusatzversorgung

§ 31 Ergänzende Versorgungsleistung

Das System der Beitragsorientierten Zusatzversorgung ist eine ergänzende Versorgungsleistung zur Grund- und Ergänzungsleistung. Die Bestimmungen der Abschnitte I bis V sowie VII und VIII sowie die Bestimmungen der BO sind sinngemäß anzuwenden, sofern sich aus den nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes ergibt.

§ 32 Persönlicher Geltungsbereich

- (1) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste bzw. Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte bzw. als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, und die zum Stichtag 01.01. des Veranlagungsjahres das 35. Lebensjahr bereits vollendet haben, nehmen an der Beitragsorientierten Zusatzversorgung gemäß den nachstehenden Bestimmungen teil.
- (2) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, die zum Stichtag 01.01. des Veranlagungsjahres das 35. Lebensjahr bereits vollendet haben und bei denen keine Befreiung von der Beitragspflicht gemäß § 10 Abs. 1 vorliegt, nehmen ausschließlich mit jenen Beitragsanteilen an der Beitragsorientierten Zusatzversorgung teil, die über dem Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung (§ 9a Abs. 2 BO – Grund- und Ergänzungsleistung) liegen.

§ 33 Leistungen der Beitragsorientierten Zusatzversorgung

- (1) Folgende Leistungen werden aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung gewährt:
 - a) Altersversorgung,
 - b) Invaliditätsversorgung,
 - c) Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners,
 - d) Waisenversorgung.
- (2) Aus den der Beitragsorientierten Zusatzversorgung zur Verfügung stehenden Mitteln dürfen nur die in diesem Abschnitt vorgeschriebenen Leistungen erbracht werden. Andere Unterstützungen oder Zuwendungen aus diesen Mitteln sind unzulässig.

§ 34 Altersversorgung

- (1) Die Altersversorgung kann frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres und nur gemeinsam mit der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung aus der Grund- und Ergänzungsleistung in Anspruch genommen werden.
- (2) Die Höhe der jährlichen Altersversorgung errechnet sich wie folgt: Aus der zum Zeitpunkt des Beginns der Altersversorgung auf dem individuellen Pensionskonto (§ 48) vorhandenen Deckungsrückstellung ist über den individuellen Verrentungsfaktor (§ 51) die Höhe der Altersversorgung zu ermitteln. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

§ 35 Invaliditätsversorgung

- (1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder



vorübergehend unfähig ist. Hat der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird anstelle der Invaliditätsversorgung die Altersversorgung gewährt.

- (2) Die Höhe der jährlichen Invaliditätsversorgung errechnet sich wie folgt: Aus der zum Zeitpunkt des Beginns der Invaliditätsversorgung auf dem individuellen Pensionskonto (§ 48) vorhandenen Deckungsrückstellung ist über den individuellen Verrentungsfaktor (§ 51) die Höhe der Invaliditätsversorgung zu ermitteln. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

§ 36 Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

- (1) Die Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners beträgt 60 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.
- (2) Die Versorgung des oder der früheren Ehegatten und des oder der früheren eingetragenen Partner mit Unterhaltsanspruch beträgt insgesamt maximal 25 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

§ 37 Waisenversorgung

Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit für Halbwaisen 20 % und für Vollwaisen 40% der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. Über die Volljährigkeit hinaus ist die Waisenversorgung zu gewähren, wenn sich die betreffende Person in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet und das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie im Falle des § 24 Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert. Ab der Volljährigkeit erhöht sich die Waisenversorgung für Halbwaisen auf 25 % und für Vollwaisen auf 50% der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. § 24 Abs. 4 ist sinngemäß anzuwenden. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

§ 38 Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche

§ 26a gilt sinngemäß für die unbefristeten und befristeten Leistungen der §§ 34, 35, 36 und 37. Befristete Leistungen werden bis zum Ablauf der Frist abgefunden. Leistungen gemäß § 37 werden einheitlich bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres abgefunden. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

§ 39 Leistungsfeststellung bei offenen Fondsbeiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

Liegen bei der Festsetzung der Versorgungsleistungen gemäß §§ 34, 35, 36 und 37 noch offene fällige Fondsbeiträge vor, ist der Kammerangehörige unter Setzung einer Frist von bis zu 4 Monaten zur Zahlung dieser offenen, fälligen Beiträge aufzufordern. Dabei ist der Kammerangehörige auch über die Leistungsfeststellung im Sinne des § 21 Abs. 3 und die Folgen zu informieren, wenn keine fristgerechte Zahlung der offenen, fälligen Beiträge erfolgt. Die endgültige Versorgungsleistung wird nach vollständiger Begleichung, längstens aber 4 Monate nach Beginn der Versorgungsleistung festgestellt. Wurden nicht sämtliche offenen fälligen Fondsbeiträge innerhalb einer Frist von bis zu 4 Monaten beglichen, so erfolgt die Feststellung der endgültigen Versorgungsleistung auf Basis der tatsächlich geleisteten Fondsbeiträge. In diesem Fall werden die offenen, fälligen Beiträge und Beitragsschuldigkeiten im Sinne des § 18 Abs. 1 BO durch Abschreibung unter Reduzierung der Leistungsansprüche im Ausmaß der vorgenommenen Abschreibung gelöscht. (vgl. § 11 Abs. 1 BO) Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.



§ 40 Mehrere Leistungsbezieher

Sind nach einem Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung zwei oder mehrere Personen mit Anspruch auf Versorgungsleistungen nach §§ 36 und 37 vorhanden, so darf die Summe der Versorgungsleistungen für diese Anspruchsberechtigten nicht höher sein als die Leistung, auf die der Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung selbst Anspruch gehabt hat oder gehabt hätte. Innerhalb dieses Höchstausmaßes sind die den einzelnen Anspruchsberechtigten zustehenden Leistungen verhältnismäßig zu kürzen, wobei die Leistung nach § 33 Abs. 1 lit. c. keiner Kürzung unterliegt.

§ 41 Anspruch auf Versorgungsleistung

- (1) Die Voraussetzungen für die Gewährung der Versorgungsleistungen gemäß §§ 34, 35, 36 und 37 sind ergänzend im Abschnitt V geregelt.
- (2) Die Leistungen gemäß §§ 34, 35, 36 und 37 werden nur gemeinsam mit den Leistungen des Abschnitts V ausbezahlt. Ein unterschiedlicher Versorgungsbeginn ist ausgeschlossen.

§ 42 Wertanpassung von Leistungen

Die Anpassung der Leistungen aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung erfolgt rückwirkend zum 1.1. des jeweiligen Kalenderjahres auf Basis der im Geschäftsplan festgelegten Bedingungen durch den Verwaltungsausschuss nach Feststellung des versicherungstechnischen Ergebnisses des vorangegangenen Jahres.

§ 43 Beiträge

- (1) Die Höhe der altersgestaffelten Beiträge zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung für die beitragspflichtigen Kammerangehörigen nach § 32 ist in der BO geregelt.
- (2) Die tatsächlich geleisteten Beiträge werden dem individuellen Pensionskonto abzüglich des Beitrags zur Schwankungsrückstellung gemäß den im Geschäftsplan festgelegten Bedingungen nach dem tatsächlich erfolgten Zahlungseingang gut geschrieben.

§ 44 Nachzahlung zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

- (1) Kammerangehörige, die noch keine Versorgungsleistungen beziehen, können im Kalenderjahr nach Vollendung des 40., 45., 50., 55. und 60. Lebensjahres den Nachkauf von Beiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beantragen, sofern sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten. Ab Vollendung des 60. Lebensjahres kann ein Nachkauf von Leistungsansprüchen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung jederzeit bis zum Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung gemäß § 22 beantragt werden. Die vollständige Zahlung der nachgekauften Beiträge hat vor dem Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung im Sinne des § 22 Abs. 4 lit. c zu erfolgen. Für den Fall des Eintritts einer Invalidität werden nur jene nachgekauften Beiträge für die Leistungsberechnung herangezogen, die zum Stichtag des Anfalls der Invaliditätsversorgung tatsächlich bezahlt wurden.
Ein Nachkauf nach Antritt einer (vorzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung ist nicht möglich.
- (2) Ein Nachkauf von Beiträgen in der Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann nur für bereits zurückliegende Beitragsjahre, die nach dem Kalenderjahr ab Vollendung des 35. Lebensjahres liegen, beantragt werden. Die Höhe des Nachkaufs errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem tatsächlich geleisteten Beitrag. Zusätzlich zu den Beiträgen können auch die entgangenen Zinsen und Zinseszinsen nachgekauft werden. Ergänzende Regelungen sind dem Geschäftsplan zu entnehmen. Beiträge vor dem Zeitpunkt der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung am 01.01.2012 können nicht nachgekauft werden.



§ 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

- (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, werden die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – an die nunmehr zuständige Ärztekammer überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.
- (2) 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.

§ 46 Streichung und Beitragsrückerersatz

- (1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, werden ihm die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – ausbezahlt. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückerersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.
- (2) Ein Rückerersatz von Beiträgen (nach § 115 Abs. 1 oder 2 ÄrzteG 1998) ist weiters nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.
- (3) Bei Befreiung von der Beitragspflicht im Sinne des § 10 sind die Bestimmungen des Abs. 1 sinngemäß anzuwenden.

§ 47 Beitragsüberweisung von anderen Ärztekammern

Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich der Ärztekammer für Steiermark oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und wird damit die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark begründet, wird der Anteil des Überstellungsbetrages, der über die Grund- und Ergänzungsleistung hinaus geht, der Beitragsorientierten Zusatzversorgung zugerechnet und zum Zeitpunkt des Erhalts der Zahlung dem individuellen Pensionskonto gut geschrieben. Zuvor erfolgt jedoch eine Aufteilung des Betrages auf die Deckungs- und die Schwankungsrückstellung. Die Details der Aufteilung sind im Geschäftsplan geregelt.



§ 48 Pensionskonto

Für jeden Kammerangehörigen, der zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beitragspflichtig ist, ist ein individuelles Pensionskonto zu führen, dies sowohl in der Anwartschafts- als auch in der Leistungsphase. Zumindest einmal jährlich sind die Anwartschaftsberechtigten über die geleisteten Beiträge sowie die prognostizierten Versorgungsleistungen und die Leistungsberechtigten über die aktuelle Pensionshöhe zu informieren.

§ 49 Geschäftsplan

- (1) Der Verwaltungsausschuss hat zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung einen Geschäftsplan durch einen Versicherungsmathematiker erstellen zu lassen. Dieser wird mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit von der Erweiterten Vollversammlung beschlossen.
- (2) Bei Änderungen des Geschäftsplans ist ein Versicherungsmathematiker zu konsultieren, der die Auswirkungen der Änderungen zu bewerten und den Verwaltungsausschuss zu beraten hat.
- (3) Der Geschäftsplan hat insbesondere folgende Angaben und Parameter zu enthalten:
 - a) Die Darlegung der Verhältnisse, die für die Wahrung der Belange der Anwartschafts- und Leistungsberechtigten und für die Beurteilung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung erheblich sind;
 - b) die Rechnungsgrundlagen (Wahrscheinlichkeitstafeln, Rechnungszins, vorgesehener rechnungsmäßiger Überschuss);
 - c) die Art und Führung der Schwankungsrückstellung;
 - d) die Grundsätze und Formeln für die Berechnung der Beiträge und der Leistungen; diese sind durch Zahlenbeispiele zu erläutern.

§ 50 Mitteilungsverpflichtung über Änderungen im Familienstand

Leistungsempfänger der §§ 34 und 35 haben gemäß den Vorschriften des § 96a ÄrzteG 1998 in Verbindung mit § 15 Abs. 3 folgende Änderungen des Familienstandes dem Wohlfahrtsfonds innerhalb eines Monats schriftlich bekannt zu geben:

- a) Ehescheidung bzw. Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft (mit bzw. ohne Unterhaltspflicht),
- b) Eheschließung bzw. Begründung einer eingetragenen Partnerschaft und
- c) Geburt eines Kindes.

§ 51 Verrentungsfaktor

- (1) Der individuelle Verrentungsfaktor eines Kammerangehörigen berücksichtigt zum Stichtag des Beginns der Versorgungsleistung sein Alter, seinen aktuellen Familienstand, die durchschnittliche Lebenserwartung gemäß der zuletzt gültigen Sterbetafel sowie den voraussichtlichen Veranlagungserfolg auf das veranlagte Kapital sowie eine zukünftige Valorisierung der Leistungen. Die Details der Berechnung des Verrentungsfaktors sind im Geschäftsplan geregelt.
- (2) Bei Ableben eines potentiell Hinterbliebenen vor dem Ableben des Beziehers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nach §§ 34 und 35 erfolgt keine Neuverrentung. Die statistische Sterbewahrscheinlichkeit ist im Verrentungsfaktor zum Stichtag der Verrentung bereits berücksichtigt. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.
- (3) Ändert sich nach erfolgter Verrentung der Familienstand aufgrund einer Scheidung bzw. einer Auflösung der eingetragenen Partnerschaft oder (erneuten) Eheschließung bzw. Begründung einer eingetragenen Partnerschaft, so erfolgt eine Neuverrentung aufgrund des geänderten Familienstandes. Entsteht ein Anspruch auf eine Leistung nach § 36 erst nach einer Wartezeit im Sinne des



§ 102 ÄrzteG 1998 in Verbindung mit § 25, so erfolgt die Neuverrentung erst nach Ende der Wartezeit. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.

- (4) Unterlässt der Leistungsempfänger eine Mitteilung über Änderungen des Familienstandes, die eine Neuverrentung zur Folge gehabt hätte, so werden die Hinterbliebenenansprüche nach §§ 36 und 37 von der Höhe der Alters- oder Invaliditätsversorgung berechnet, die dem verstorbenen Leistungsempfänger unter Einhaltung der Mitteilungsverpflichtung zugestanden hätte. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.

§ 52 Bewertungsregeln

Zum Zweck der Erstellung der versicherungsmathematischen Bilanz einschließlich der Ertragsrechnung gemäß dem Geschäftsplan sind die erforderlichen Bewertungsregeln im Geschäftsplan festzulegen.

§ 53 Übergangsbestimmungen für die Beitragsorientierte Zusatzversorgung

- (1) Alle Kammerangehörigen im Sinne des § 32, die bis zum 31.12.2011 Beiträge zur Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleistet haben und noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, werden ab 01.01.2012 zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beitragspflichtig. Die bis zum 31.12.2011 erworbenen Anwartschaften aus der Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung werden versicherungsmathematisch von einem vom Verwaltungsausschuss beauftragten Versicherungsmathematiker bewertet. Der daraus errechnete Betrag wird auf das individuelle Pensionskonto (§ 48) mit Stichtag 01.01.2012 übertragen. Die individuelle Höhe des Übertragungsbetrages für jeden einzelnen Berechtigten wird im Rahmen eines versicherungsmathematischen Gutachtens berechnet.
- (2) Alle Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1, die bis zum 31.12.2011 Beiträge zur Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleistet haben und die das Geburtsjahr 1951 oder älter aufweisen und noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, können bis längstens 30.06.2012 schriftlich beantragen, dass ihre erworbenen Ansprüche nicht in die Beitragsorientierte Zusatzversorgung übertragen werden. Eine spätere Übertragung der Ansprüche in die Beitragsorientierte Zusatzversorgung ist dann ausgeschlossen.
- (3) Für jene Kammerangehörigen und ehemaligen Kammerangehörigen, die per 31.12.2011 bereits eine Alters- oder Invaliditätsversorgung bezogen haben, erfolgt keine Bewertung und keine Übertragung der Ansprüche im Sinne des Abs. 1.

VII. Verfahrensgrundsätze

§ 54 Antragsteller, Bevollmächtigung

- (1) Antragsteller können sich durch eigenberechtigte Personen vertreten lassen, die sich durch eine schriftliche Vollmacht ausweisen müssen.
- (2) Jeder Antragsteller hat jedoch die ihm im Verfahren erwachsenden Kosten, einschließlich der Vertretungskosten, selbst zu bestreiten.

§ 55 Anbringen

- (1) Ansuchen um Leistungen sind schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen.
- (2) Beschwerden und Eingaben können nur schriftlich oder per Fax eingebracht oder im Kammeramt zu Protokoll gegeben werden.



- (3) Über das mündliche Anbringen ist eine Niederschrift zu verfassen, die vom Antragsteller und vom Kammermitarbeiter, der die Niederschrift erstellt, zu unterfertigen ist.
- (4) Wiederkehrende Leistungen werden bei Erfüllung der Voraussetzungen grundsätzlich ab dem dem Tag der Einreichung des Ansuchens nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn dieser Zeitpunkt auf einen Monatsersten fällt, ab diesem Tag zuerkannt. Der Verwaltungsausschuss kann jedoch in begründeten Einzelfällen Leistungen auch rückwirkend zuerkennen.
- (4a) Ansuchen um wiederkehrende Leistungen nach § 25 bzw. § 26 werden bei Erfüllung der Voraussetzungen grundsätzlich ab dem dem Tag des Ablebens des Kammerangehörigen nächstfolgenden Monatsersten zuerkannt. Diese Bestimmung kommt nur zur Anwendung, wenn das jeweilige Ansuchen binnen 12 Wochen ab dem Tag des Ablebens des Kammerangehörigen einlangt, andernfalls wird der Leistungsbeginn nach Abs 4 (Tag der Einreichung des Ansuchens) bestimmt.
- (5) Ansuchen um Befreiungen von der Beitragspflicht sind spätestens binnen drei Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Für den Fall der Fristversäumnis kann einem solchen Ansuchen zwingend nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung stattgegeben werden, ausgenommen Befreiungen nach § 10 Abs 6. Die Wirksamkeit der Befreiung tritt zum nächstfolgenden Monatsersten nach Eintritt der Voraussetzungen oder, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag ein.
- (5a) Ansuchen um Aufhebung der Befreiung im Sinne des § 10 Abs 1 können zwingend nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung stattgegeben werden. Die Wirksamkeit der Aufhebung tritt zum nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn die Antragstellung auf einen Monatsersten fällt, ab diesem Tag ein.
- (6) Ansuchen um Ermäßigungen können grundsätzlich nur mit Wirksamkeit für das laufende Beitragsjahr stattgegeben werden.
Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände können Ansuchen um Ermäßigungen auch für das dem laufenden Beitragsjahr vorangegangene Kalenderjahr stattgegeben werden.
Ansuchen um Stundung bzw. Ratenzahlung sind vom Antragsteller unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.

§ 56 Aktenvermerke - Niederschriften

- (1) Amtliche Wahrnehmungen und Mitteilungen, die telefonisch zugehen, ferner mündliche Mitteilungen sind in einem Aktenvermerk kurz fest zu halten, der vom Kammermitarbeiter durch Beisetzung von Datum und Unterschrift zu bestätigen ist.
- (2) Auch Funktionäre der Ärztekammer und der Landes Zahnärztekammer, im Besonderen der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, sind berechtigt, mündliche Vorbringen von Beteiligten ihrem wesentlichen Inhalt nach in einer Niederschrift fest zu halten, die vom jeweiligen Funktionär und vom Beteiligten zu unterfertigen ist. Im Rahmen der Niederschrift kann ein Beteiligter Vorbringen erstatten, Verzichtserklärungen abgeben, Belehrungen entgegennehmen und Anregungen sowie Anträge anbringen. An dem einmal Niedergeschriebenen darf nach Unterschriftsleistung nichts ausgelöscht, zugesetzt oder verändert werden. Durchgestrichene Stellen sollen lesbar bleiben.

§ 57 Akteneinsicht

- (1) Den Antragstellern und ihren Vertretern ist Einsicht in Akten oder Aktenteile zu gestatten.
- (2) Ausgenommen hiervon sind Beratungsprotokolle, Erledigungsentwürfe und sonstige Schriftstücke, die für den Antragsteller nicht von begründetem Interesse sind.
- (3) Gegen die Verweigerung der Akteneinsicht ist kein Rechtsmittel zulässig.



§ 58 Ermittlungsverfahren, Vertrauensärzte

- (1) Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt und verpflichtet, vor der Entscheidung die ihm notwendig erscheinenden Erhebungen zu pflegen, wie Auskunftspersonen zu befragen oder die Untersuchung des Antragstellers durch Vertrauensärzte, die im Einzelfall vom Verwaltungsausschuss zur Erstattung von Gutachten bestellt werden, zu veranlassen. Die Kosten einer solchen Untersuchung trägt der Wohlfahrtsfonds.
- (2) Empfänger von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen haben dem Verwaltungsausschuss über Verlangen Nachweise über den Fortbestand der Leistungsvoraussetzungen vorzulegen.

§ 59 Inhalt und Form der Beschlüsse

Beschlüsse des Verwaltungsausschusses sind, soweit dies durch das AVG vorgesehen ist, in Form von Bescheiden auszufertigen. Jeder Bescheid ist ausdrücklich als solcher zu bezeichnen und hat den Spruch und die Rechtsmittelbelehrung zu enthalten.

Die Bescheide sind dann zu begründen, wenn dem Standpunkt des Antragstellers nicht vollinhaltlich Rechnung getragen wird.

§ 60 Auszahlung der Leistungen

- (1) Einmalige Leistungen sind binnen vier Wochen nach der Zuerkennung, einmalige Leistungen für den Krankheitsfall vorschussweise monatlich im Nachhinein, andere laufende Leistungen monatlich im Vorhinein anzuweisen. Die (aliquote) 13. Versorgungsleistung ist zusammen mit der für den Monat Juni fälligen, die (aliquote) 14. Versorgungsleistung zusammen mit der für den Monat November fälligen laufenden Versorgungsleistung anzuweisen. Die Anweisung erfolgt grundsätzlich unmittelbar an den Berechtigten oder seinen ausgewiesenen Vertreter.
- (2) Sofern nicht vertragliche Vereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern hinsichtlich der Abdeckung von Honorarvorschüssen bestehen, können die Leistungen nach dieser Satzung rechtswirksam weder übertragen noch verpfändet werden, widrigenfalls der Verwaltungsausschuss die Einstellung der Auszahlung der Leistungen durch Beschluss verfügen kann.
- (3) Die Auszahlung sämtlicher Leistungen erfolgt ausschließlich in Euro. Eine Überweisung von Leistungen in das Ausland ist über Antrag bei Geltendmachung triftiger Gründe zulässig. Die daraus resultierenden Mehrkosten werden dem Versorgungsleistungs- bzw. Unterstützungsleistungsbezieher angelastet. Versorgungsleistungen werden auf ausländische Konten nur unter der Voraussetzung überwiesen, dass ein dem Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung äquivalenter Nachweis vorgelegt wird.

§ 60a Anlagen

Die angeschlossenen Anlagen 1 (Leistungen des WFF) und 2 (Veranlagungsrichtlinie) bilden einen integrierten Bestandteil dieser SWF.

VIII. Übergangsbestimmungen – Inkrafttreten

§ 61 Übergangsbestimmungen

- (1) Die vor dem 31. Mai 1969 aufgrund der Bestimmungen früherer Satzungen ausgesprochenen Befreiungen von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds, sei es zur Gänze oder nur zum Teil, bleiben bei gleichzeitigem gänzlichen oder teilweisen Leistungsausschluss aufrecht. Fallen die seinerzeit für die Befreiung maßgeblichen Voraussetzungen ganz oder zum Teil weg, ist vom Verwaltungsausschuss mittels Bescheides das Wiederaufleben der Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung festzustellen. Es kann aber bei der Bemessung der Leistungen des Wohlfahrtsfonds



nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 4 in der bis 31. Dezember 1985 in Geltung gestandenen Fassung vorgegangen werden.

- (2) Für Zeiträume ab 1. Feber 1952 bis zum 31. Dezember 1985, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Grund- und Ergänzungsleistung beitragspflichtig war, werden in der Grund- und Ergänzungsleistung pro Kalenderjahr 3 % Leistungssteigerung ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge gewährt.
Wurde die Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft während des Kalenderjahres begründet oder beendet, so erfolgt eine aliquote Anrechnung für dieses Jahr.
Die bis zum 31. Dezember 1985 in der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung erworbenen Leistungsansprüche bleiben unberührt.
- (3) Es erfolgt nur eine aliquote Anrechnung und Berechnung bei teilzeitbeschäftigten Ärzten oder Zahnärzten und bei teilbefreiten Ärzten oder Zahnärzten (§ 9 Abs. 3 in der Fassung bis 31. Dezember 1985), die während des angeführten Zeitraumes nur aliquot Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung gezahlt haben. Das Gleiche gilt, wenn wegen Überschreitens der Grenze gemäß § 109 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bzw. § 9 Abs. 1 nur Teilbeträge gezahlt wurden.
Für Zeiträume, während denen Ärzte oder Zahnärzte gänzlich von der Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung befreit waren, erfolgt keine Anrechnung.
- (4) Für den Zeitraum bis 31.12.2010, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beitragspflichtig war, werden sämtliche ganzen Kalenderjahre der Mitgliedschaft als volle Beitragsjahre für die Berechnung der Höhe der Hinterbliebenenunterstützung gewertet ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge. Kalenderjahre, in denen nicht das ganze Jahr über die Mitgliedschaft und die Beitragspflicht bestanden hat, werden dabei nicht gezählt, es erfolgt auch keine aliquote Anrechnung.
- (5) Bis zum 31.12.2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der jährliche Leistungszuwachsprozentsatz betrug 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wurde der Leistungszuwachsprozentsatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 III festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.

§ 62 Inkrafttreten

- (1) Die Satzungen des Wohlfahrtsfonds treten mit 29. Juni 2007 in Kraft. Gleichzeitig tritt die mit Beschluss der Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 12. Dezember 2005 verordnete Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, zuletzt geändert durch Verordnung der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 11. Dezember 2006, außer Kraft.
- (2) Die am 28. Juni 2007 nach den Bestimmungen der in diesem Zeitpunkt in Geltung gestandenen Satzungen erworbenen Ansprüche und Anwartschaften auf Fondsleistungen im Sinne der §§ 98 und 105 ÄrzteG 1998 bleiben unberührt.



Anlage 1

I. Festsetzung der Punktwerte und des Bemessungsbetrages für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung ab 1. Jänner 2024

- a) Punktwert A
Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen EUR 47,54
- b) Punktwert B
Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung EUR 64,52
- c) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und Ergänzungsleistung beträgt EUR 1.290,40 p.m.
Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß §§ 4 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.

II. Festsetzung der Punktwerte, Bemessungsbeträge und der Werte für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung, Erweiterten Zusatzleistung und Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ab 1. Jänner 2021:

- a) Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung (Punktwert) EUR 56,81
und Erweiterten Zusatzleistung (Punktwert) EUR 49,08
- b) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Zusatzleistung beträgt EUR 1.136,20 p.m.
und an Erweiterter Zusatzleistung EUR 981,60 p.m.
Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung der gemäß §§ 6, 7 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsätze auf die Bemessungsbeträge.
- c) Für jeden bis 31.12.2020 vorliegenden Monat der direkten Verrechnung mit den §-2-Krankenversicherungsträgern für Kammerangehörige gem. § 5 Abs. 2 SWF EUR 0,64

Es erfolgt künftig keine Anpassung der per 01.01.2021 festgesetzten Punktwerte, Bemessungsbeträge und Werte der lit. a bis c.

III. Festsetzung des Bemessungsbetrages für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ab 2024:

Der Bemessungsbetrag (100 %) für die bis 31. Dezember 2004 erworbenen Ansprüche in der Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 20.000,00

Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß § 61 Abs. 5 SWF ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.

IV. Festsetzung des Wertes für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne des § 22 Abs. 1, der Kinderunterstützung im Sinne des § 24 Abs. 6, der Witwen-(Witwer-)versorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners im Sinne des § 25 Abs. 5 und der Waisenversorgung im Sinne des § 26 Abs. 2 SWF:

Der jeweilige Anspruch auf Grund- und Ergänzungsleistung wird bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung wie folgt gekürzt:



Bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zum
vollendeten 64. Lebensjahr auf 93 %
vollendeten 63. Lebensjahr auf 87 %
vollendeten 62. Lebensjahr auf 82 %
vollendeten 61. Lebensjahr auf 78 %
vollendeten 60. Lebensjahr auf 75 %
des jeweiligen Leistungsanspruches.

Bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zwischen der Vollendung zweier Lebensjahre erfolgt in der betreffenden Kürzungsstufe eine aliquote Kürzung nach vollen Monaten.

V. Festsetzung der Werte für die tägliche Krankenbeihilfe, die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt sowie das Wochengeld im Sinne der §§ 28, 28a und 28b SWF:

1. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für Kammerangehörige, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte bzw. für die in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte und Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind:

	mindestens	höchstens
a) bei stationärer Behandlung	EUR 134,00	EUR 402,00
b) bei Hausbehandlung	EUR 92,00	EUR 270,00
c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten	EUR 67,00	EUR 201,00

Entspricht die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe des vorangegangenen Veranlagungsjahres dem Höchstbeitrag, so besteht Anspruch auf die Krankenbeihilfe im Ausmaß des Höchstbetrages. Unabhängig von der Beitragspflicht besteht jedenfalls der Anspruch in Höhe des Mindestbetrages. Liegt die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe des vorangegangenen Veranlagungsjahres zwischen dem Mindestbeitrag und dem Höchstbeitrag, kürzt sich der Anspruch in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Höchstbeitrag liegt.

2. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für angestellte Ärzte bzw. für angestellte Zahnärzte EUR 92,00.
3. Die Höhe des täglichen Wochengeldes gemäß § 28b SWF
 - a) beträgt für angestellte Ärztinnen und Zahnärztinnen EUR 14,00 und
 - b) entspricht bei niedergelassenen (Zahn-)Ärztinnen und Wohnsitz(zahn)ärztinnen dem Betrag bei Hausbehandlung.

VI. Festsetzung des Wertes für die Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung im Sinne des § 23 Abs. 1 SWF:

Im Falle der Invaliditätsversorgung im Sinne des § 23 SWF entspricht das Ausmaß in der Grund- und Ergänzungsleistung jenen Anwartschaften, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Sollten die erworbenen Anwartschaften unter Berücksichtigung der Kürzungsregelung gemäß Punkt IV unter den nachangeführten Mindestansprüchen liegen, sind jedenfalls folgende Mindestansprüche zu gewähren:

Bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beträgt der Mindestanspruch 100 % des Bemessungsbetrages in der Grund- und Ergänzungsleistung (Anlage 1 I lit. c). Ab dem vollendeten 40. Lebensjahr bis zum vollendeten 60. Lebensjahr verringert sich dieser Mindestanspruch monatlich um 0,25 %, sodass er zuletzt im 720. Lebensmonat 40 % des Bemessungsbetrages beträgt.



Anlage 2

1. Allgemeines

Das für die Zwecke des Wohlfahrtsfonds bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis des Wohlfahrtsfonds zu decken. Das Vermögen ist unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit anzulegen. Die Veranlagungsrichtlinie bezieht sich auf die strategische Ausrichtung und ist Bestandteil der Satzung. Die strategische Asset Allokation ist alle 4 Jahre zu erstellen und gegebenenfalls die Veranlagungsrichtlinie entsprechend zu adaptieren.

2. Anlageziel

2.1 Allgemeines

Mittel- und Langfristig wird ein Ertrag von 4% p.a. bei einem durchschnittlichen Risiko von 4,1% p.a. (annualisierte Standardabweichung der monatlichen Erträge) angestrebt.

2.2 Bandbreiten

Für die verwendeten Assetklassen gelten folgende Bandbreiten bzw. max. Grenzen:

Assetklasse	Minimum	Maximum
1. Liquide Assets (Geldmarkt, geldmarktnahe Fonds)	2%	
2. Anleihen	20%	
3. Aktien		40%
4. Immobilien, Beteiligungen	20%	40%
<i>davon: Wohnen max.55%</i>		19%
<i>davon: Gewerbe max.45%</i>		16%
Immobilien Mezzaninkapital (Wohnen / Gewerbe)		10%
5. Versicherungen (Rückdeckungsversicherung)		10%
6. Sonstige Anlageformen		10%
Alternative Assets 4. – 6.		50%

3. Anlagegrundsätze

3.1. Einsatz von Veranlagungsinstrumenten

Das für die Zwecke des Wohlfahrtsfonds bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis des Wohlfahrtsfonds zu decken. Das Vermögen ist unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit anzulegen:

- (1) Guthaben bei Kreditinstituten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Bankwesengesetzes (BWG), BGBl. Nr. 532/1993 mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat;
- (2) Verzinsliche Wertpapiere und sonstige verbrieftete Schuldtitel;
- (3) Darlehensforderungen, erforderlichenfalls mit angemessenen Sicherheiten im Hinblick auf die Schuldnerbonität
 - a. gegenüber Kammerangehörigen,
 - b. gegenüber der Republik Österreich, ihren Ländern und Gemeinden, einem EU-Mitgliedstaat oder einem OECD-Mitgliedstaat,
 - c. gegenüber anderen physischen oder juristischen Personen eines EU-Mitgliedstaates oder eines OECD-Mitgliedstaates;
- (4) Immobilien, das sind
 - a. in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat gelegene Grundstücke und Gebäude,
 - b. Beteiligungen an Unternehmen, deren ausschließlicher Zweck im Erwerb und der Verwaltung Ertrag bringender Grundstücke und Gebäude gemäß lit. a liegt;



- c. Anteilscheine von Immobilien-Investmentfonds, die von einer Kapitalanlagegesellschaft mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat begeben werden.
- (5) Versicherungen in Form von Renten- und Lebensversicherungen oder derartiger Rückversicherungen von Versicherungsunternehmen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes 2016 (VAG 2016), BGBl. I Nr. 34/2015;
 - (6) Aktien und sonstige Beteiligungswertpapiere;
 - (7) Derivative Produkte gemäß § 73 des Investmentfondsgesetzes 2011 (InvFG 2011), BGBl. I Nr. 77/2011, die zur Absicherung von Kurs-, Ausfalls-, Zins- oder Währungsrisiken erworben werden, oder wenn sie insgesamt zur Verringerung von Veranlagungsrisiken bzw. zur effizienten Portfoliosteuerung innerhalb eines Investmentfonds gemäß Abs. 8 eingesetzt werden;
 - (8) Anteilscheine von Investmentfonds, die von einer Kapitalanlagegesellschaft mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat begeben werden;
 - (9) Rohstoffe und Edelmetalle sowie Finanzinstrumente, die in solche Vermögenswerte investieren;
 - (10) Sonstige Vermögenswerte in Form von Kapitalmarkt-, Versicherungs- oder anderen Veranlagungsprodukten, die nicht in Abs. 1 bis 9 angeführt sind.

3.2. Einschränkungen bei den Veranlagungen

Bei der Veranlagung ist auf eine angemessene Verteilung der Vermögenswerte unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit Bedacht zu nehmen.

- (1) Bei Veranlagungen in Vermögenswerte gemäß 3.1 Abs. 8 sind die im Kapitalanlagefonds enthaltenen, durchgerechneten Vermögenswerte für die Einhaltung der Veranlagungshöchstgrenzen gemäß 3.1 Abs. 1 und Abs. 2 zu berücksichtigen.
- (2) Bei der Ermittlung des Vermögens gemäß 3.1 Abs. 1 und Abs. 2 sind grundsätzlich die zuletzt bekannten Börsenkurse bzw. Wertfeststellungen zu Grunde zu legen. Sofern diese für einzelne Vermögenswerte nicht verfügbar sind, sind die jeweiligen Buchwerte laut zuletzt vorliegender Bilanz heranzuziehen.