

Neuerlassung der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Verordnung der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark über die Neuerlassung der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Aufgrund des § 96 ÄrzteG 1998, i.d.F. BGBl I 169/1998,
i.d.Fassung BGBl I 122/2006 wird verordnet:

SATZUNGEN DES WOHLFAHRTSFONDS

Inhaltsverzeichnis:

I. Allgemeines

- § 1 Wesen und Zweck des Wohlfahrtsfonds
- § 2 Leistungsarten
- § 3 Wertsicherung von Leistungen
- § 4 Grund- und Ergänzungsleistung
- § 5 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte
- § 6 Zusatzleistung
- § 7 Erweiterte Zusatzleistung

II. Aufbringung der Beiträge

- § 8 Bedeckung der Leistungen - Gebarung
- § 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen
- § 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht
- § 11 Freiwillige Beitragsleistung
- § 12 Nachzahlung zum 60. Lebensjahr zur Grund- und Ergänzungsleistung
- § 13 Ermäßigung der Fondsbeiträge
- § 14 Vermögensbildung
- § 15 Pflichten der Kammerangehörigen und Leistungsempfänger
- § 16 Beitragsüberweisung
- § 17 Legalzession

III. Verwaltungs- und Beschwerdeausschuss

- § 18 Mitglieder, Zusammensetzung der Ausschüsse

IV. Überprüfungsausschuss und Geschäftsführung

- § 19 Bestellung der Rechnungsprüfer
- § 20 Geschäftsordnung

V. Leistungsrecht

§ 21 Leistungsanspruch, Beitragsschuld, Verminderung der Leistung

§ 22 Altersversorgung, vorzeitige Altersversorgung, Bonus

§ 23 Invaliditätsversorgung

§ 24 Kinderunterstützung

§ 25 Witwen- bzw. Witwerversorgung

§ 26 Waisenversorgung

§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

§ 28 Krankenbeihilfe

§ 29 Notstandsunterstützung

§ 30 Fortbildungsunterstützung

VI. Verfahrensgrundsätze

§ 31 Antragsteller, Bevollmächtigung

§ 32 Anbringen

§ 33 Aktenvermerke - Niederschriften

§ 34 Akteneinsicht

§ 35 Ermittlungsverfahren, Vertrauensärzte

§ 36 Inhalt und Form der Beschlüsse

§ 37 Rechtsmittel

§ 38 Auszahlung der Leistungen

VII. Übergangsbestimmungen - Inkrafttreten

§ 39 Übergangsbestimmungen

§ 40 Inkrafttreten

I. Allgemeines

§ 1 Wesen und Zweck des Wohlfahrtsfonds

- (1) Gemäß der Bestimmungen des Ärztegesetzes ist bei der Ärztekammer für Steiermark zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen ein Wohlfahrtsfonds eingerichtet. Gemäß § 12 des Zahnärztekammergesetzes in Verbindung mit § 96 des Ärztegesetzes 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. Auf diesen Wohlfahrtsfonds finden die Bestimmungen des Ärztegesetzes in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.
- (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, 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 sowie auf die der Zahnärztekammer für Steiermark zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufes.

§ 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 und
 - c) an Hinterbliebene im Fall des Ablebens eines anspruchsberechtigten Kammerangehörigen
 - d) an ehemalige Kammerangehörige und Hinterbliebene von ehemaligen Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sindzu gewähren.
- (2) Im Einzelnen umfasst der Wohlfahrtsfonds folgende Versorgungs- und Unterstützungsleistungen:
 - a) Altersversorgung
 - b) Invaliditätsversorgung
 - c) Kinderunterstützung
 - d) Witwen- und Witwerversorgung
 - e) Waisenversorgung
 - f) Hinterbliebenenunterstützung
 - g) BestattungsbeihilfeDarüber hinaus können bei Vorliegen der festgesetzten Voraussetzungen folgende Unterstützungsleistungen gewährt werden:
 - h) Krankenbeihilfe
 - i) Notstandsunterstützung
 - j) Fortbildungsunterstützung

- (3) Grundsätzlich setzen sich alle Versorgungsleistungen aus der Grund- und Ergänzungsleistung und allenfalls aus der Zusatz- bzw. Erweiterten Zusatzleistung 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 EStG 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 Wertsicherung von Leistungen

- (1) Alle bisher angefallenen und zukünftig anfallenden Versorgungs- und Unterstützungsleistungen können für einzelne Leistungsarten oder gesamt angepasst werden (Dynamikfaktor). Der Dynamikfaktor ist unter Bedachtnahme auf die Leistungsfähigkeit der beitragspflichtigen Kammerangehörigen, die Kaufkraft der Leistungsbezieher, die Erträge des Wohlfahrtsfondsvermögens und die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen mit Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds festzulegen. Der Dynamikfaktor wird jedes Jahr von der **Erweiterten** Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses für das jeweils kommende Kalenderjahr festgesetzt.
- (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 festgelegten wertgesicherten Versorgungsleistung.
- (3) Die Ergänzungsleistung besteht:
 - a) bei der Altersversorgung gemäß § 2 Abs. 2 lit. a der Satzung aus der bis einschließlich 31. Dezember 1984 geltenden Erhöhung der Altersversorgung durch den Bonus im Sinne des § 22 Abs. 6 lit. a und b der Satzung;
 - b) aus dem sich aus der Gegenüberstellung der Grundleistung (§ 98 Abs. 3 ÄrzteG) und der dynamisierten Leistung (§ 3 Abs. 1 SWF) 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 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte

- (1) §-2-Kassenärzte sind Ärzte oder Zahnärzte, die für eine Einzelordination einen kurativen Einzelvertrag mit den im § 2 des zwischen der Ärztekammer für Steiermark und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse abgeschlossenen Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger haben, und Ärzte oder Zahnärzte die Gesellschafter einer Gruppenpraxis – OEG

mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen.

- (2) Bei Vorliegen eines kurativen §-2-Kassen-Einzelvertrages und der sonstigen Voraussetzungen steht diesen Kammerangehörigen 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 heranzuziehen. 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 beträgt pro 12 Monate Dauer des Einzelvertrages mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern, den in der Anlage 2 zur Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung genannten Betrag, wobei jeder volle Monat anteilmäßig anzurechnen ist.

§ 6 Zusatzleistung

- (1) Darüber hinaus ergibt sich bei einem den Richtbeitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung übersteigenden Beitragsaufkommen des einzelnen Kammerangehörigen ein Anspruch auf Zusatzleistung. Entspricht das Beitragsaufkommen eines Jahres für die Zusatzleistung dem vollen Differenzbetrag zwischen Richtbeitrag und Höchstbeitrag, so werden dem Kammerangehörigen 2 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbetrages, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbetrag liegt. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung ergibt sich aus der Addition der jährlichen Zuwachsprozentsätze.
- (2) Bis zum 31. 12. 2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und der Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 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 Differenzbetrages, wird 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 der Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zu der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 2 II lit. c der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und zur Hinterbliebenenunterstützung.

§ 7 Erweiterte Zusatzleistung

Kammerangehörige, die in der Ärzteliste oder Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind und mit Beginn des Veranlagungszeitraumes das 45. Lebensjahr vollendet haben, haben Beiträge zur Erweiterten Zusatzleistung zu zahlen.

Für den gemäß § 9 Abs. 3 BO pro Jahr zu zahlenden Beitrag werden dem Kammerangehörigen 5 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht den Betrag gemäß § 9 Abs. 3 BO, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Betrag gemäß § 9 Abs. 3 BO liegt. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Erweiterte Zusatzleistung ergibt sich aus der Addition der jährlichen Zuwachsprozentsätze.

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 sowie Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen. Der Kammervorstand ist nach Beschlussfassung über die Beauftragung zu informieren.

§ 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 festgesetzt. Im Einzelnen darf die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds 18 % v. H. der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (§ 109 Abs. 3 ÄrzteG) nicht überschreiten.
- (2)
 - a) Grundlage für die Bemessung der Beiträge 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 nach § 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.
 - 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 Abs. 3 lit. a und b) in einem Prozentsatz auf Basis der jährlichen Einkünfte 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) sowie außergewöhnliche Belastungen gemäß §§ 34 und 35 EStG 1988 hinwegkommen.
 - c) Bei erstmaliger Praxisgründung oder erstmaliger Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit ist durch zwei Jahre die Beitragsgrundlage für den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung und Zusatzleistung mit null Euro zu unterstellen, wenn daneben keine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Dienstverhältnisses

ausgeübt wird. Bei Praxisgründung kann auf Antrag eine entsprechende Ermäßigung auch dann gewährt werden, wenn ein Dienstverhältnis vorliegt. Diese Bestimmung kommt nur einmal, und zwar für den zeitlich früher verwirklichten Tatbestand zur Anwendung. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht.

- (4) Die Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte sind so festzusetzen, dass der Jahresaufwand der Ergänzungsleistung gedeckt ist. Der Beitrag wird für jeden §-2-Kassenarzt, bezogen auf das Veranlagungsjahr, in gleicher Höhe festgesetzt.
- (5) Auf Antrag ist bei Amts-, Militär- oder Polizeiärzten im Sinne des § 41 ÄrzteG oder Amtszahnärzten im Sinne des § 32 ZÄG das Gehalt aus dieser behördlichen Tätigkeit nicht in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen. Unbeschadet dessen ist das Gehalt aus dieser behördlichen Tätigkeit bei der Berechnung der Beitragsobergrenze im Sinne des § 109 Abs. 3 ÄrzteG zu berücksichtigen.

§ 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 öffentlichen 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 oder keine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 27 ZÄG aus, ist er auf Antrag, ausgenommen der für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, sowie die Unterstützungsleistungen nach § 107 ÄrzteG einzuhebende Teil des Fondsbeitrages, von der Verpflichtung nach § 109 ÄrzteG zu befreien. Übt der Antragsteller jedoch daneben eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 des ÄrzteG oder eine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 27 ZÄG aus, bleibt die Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung, zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und zu den Unterstützungsleistungen nach § 105 ÄrzteG bestehen.
- (2) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen.
- (3) Die Beitragspflicht erlischt durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen, bei Inanspruchnahme der Altersversorgung oder Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit.
Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung laut § 22 erlischt nur die Beitragspflicht zur Altersversorgung, Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und Krankenbeihilfe, nicht aber zum Notstandsfonds.
Bei Kammerangehörigen mit §-2-Kassen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, erlischt nur die Beitragspflicht zur Altersversorgung sowie zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, auch wenn die Altersversorgung nicht in Anspruch genommen wird. Die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds bleibt aufrecht.
Werden die Verträge mit den §-2-Krankenversicherungsträgern aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.
- (4) Bei Kammerangehörigen, die ihren Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern ausüben, entsteht keine Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, wenn die Berufsausübung im Bereich einer anderen Ärztekammer 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 im Ausland aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 Ärztegesetz letzter Satz) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung.

Wird der Kammerangehörige gleichzeitig Mitglied in der Ärztekammer für Steiermark und in einer anderen Ärztekammer, 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.

- (5) 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 besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 ÄrzteG befreit. Eine diesbezügliche, längstens bis zum 1. Jänner 2005 rückwirkende Befreiung ist zulässig.

§ 11 Freiwillige Beitragsleistung

- (1) Außerordentliche Kammerangehörige gemäß § 68 Abs. 5 ÄrzteG 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 des Richtbeitrages oder des vollen Richtbeitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung sowie einen Beitrag zu dem Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und dem Notstands- und Unterstützungsfonds 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, 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 zu leisten.

§ 12 Nachzahlung zum 60. Lebensjahr zur Grund- und Ergänzungsleistung

- (1) Bei den Kammerangehörigen wird mit Ende des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird, das bis dahin erworbene Ausmaß des in der Grund- und Ergänzungsleistung erworbenen Leistungsanspruches festgestellt.
Bei Inanspruchnahme einer vorzeitigen Altersversorgung vor diesem Zeitpunkt erfolgt die Feststellung des Leistungsanspruches sowie die Vorschreibung des Nachzahlungsbetrages mit Stichtag der Zuerkennung der Versorgungsleistung.
Erwirbt ein Kammerangehöriger nach Vollendung des 60. Lebensjahres neuerlich die Mitgliedschaft zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung (AIHV), erfolgt die Feststellung des Leistungsanspruches sowie die Vorschreibung des Nachzahlungsbetrages zum Zeitpunkt der Wiedererlangung der Mitgliedschaft zur AIHV.
- (2) In jenen Fällen, in denen der bis zu diesem Zeitpunkt maximal erreichbare Leistungsanspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung (3 % Leistungssteigerung pro Kalenderjahr) nicht erreicht wird, besteht die Verpflichtung zu einer Beitragsnachzahlung zur Grund- und Ergänzungsleistung.
- (3) Der Nachzahlungsbetrag ergibt sich aus dem Differenzprozentsatz zwischen dem im einzelnen Veranlagungsjahr maximal erreichbaren Prozentsatz für die Leistungssteigerung in der Grund-

und Ergänzungsleistung und dem durch die tatsächlich bezahlten Beiträge erreichten Prozentsatz. Berechnungsgrundlage für die Nachzahlung ist der aktuelle Beitrag des Veranlagungsjahres in dem die Nachzahlung fällig wird. Die konkreten Nachzahlungsbeträge errechnen sich durch Multiplikation mit der Summe der Differenzprozentsätze.

- (4) Über Antrag kann der Nachzahlungsbetrag in gleichmäßigen Jahresraten, verteilt auf die sich bis zur beabsichtigten Inanspruchnahme der Leistungen ergebenden Jahre, höchstens aber auf die dem Stichtag (Abs. 1) folgenden fünf Kalenderjahre, entrichtet werden.
- (5) Bei ratenweiser Abstattung des Nachzahlungsbetrages erfolgt eine laufende Verzinsung im Sinne des § 16 Abs. 1 der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung.
- (6) Der Nachzahlungsbetrag kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen auf Antrag bis auf 5 % ermäßigt werden.

§ 13 Ermäßigung der Fondsbeiträge

- (1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Ermäßigung oder in Härtefällen sogar ein Nachlass der Fondsbeiträge stattfinden.
- (2) Der Beitrag zur Zusatzleistung laut § 6 und der Beitrag zur Erweiterten Zusatzleistung laut § 7 können bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag für das betreffende Veranlagungsjahr ermäßigt werden.
- (3) Kammerangehörigen, welche den im § 16 Abs. 3 BO jeweils angeführten Voraussetzungen entsprechen, kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die in der BO jeweils genannte Quote oder den dort genannten Betrag ermäßigt werden.

§ 14 Vermögensbildung

- (1) Neben den Beiträgen der Kammerangehörigen fließen dem Wohlfahrtsfonds die erzielten Erträge, Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächnisse sowie Schenkungen und sonstige Zuwendungen mit Zweckwidmungen zu. Die Rücklagen, die zum Zweck der Sicherung des dauernden Bestandes der Wohlfahrtseinrichtungen gebildet werden, sind gemäß § 108 ÄrzteG 1998 i.d.g.F. unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit in folgende Vermögenswerte anzulegen:
 1. Einlagen bei Kreditinstituten im Sinne des § 2 Z 20 lit. a und b BWG i.d.g.F. ;
 2. Auf Inhaber lautende Schuldverschreibungen in denen die Zahlung einer bestimmten Geldsumme versprochen wird; dazu gehören insbesondere Staatsanleihen, Pfandbriefe, Kommunalschuldverschreibungen, Bankschuldverschreibungen, Wandelschuldverschreibungen, Kassenobligationen und Unternehmensschuldverschreibungen;
 3. Darlehensforderungen mit entsprechenden Sicherheiten
 - a) gegenüber Kammerangehörigen,
 - b) gegenüber anderen inländischen physischen oder juristischen Personen;
 4. Immobilien, das sind
 - a) im Inland gelegene Grundstücke und Gebäude,
 - b) in einem EU-Mitgliedstaat gelegene Grundstücke und Gebäude,
 - c) Beteiligungen an Unternehmen, deren ausschließlicher Zweck im Erwerb und der Verwaltung ertragbringender Grundstücke und Gebäude liegt;
 5. Beteiligungen an Kreditinstituten im Sinne des § 1 BWG i.d.g.F.;
 6. Aktien, Wertpapiere über Partizipationskapital oder Ergänzungskapital sowie Schuldverschreibungen ohne vollständige Kapitalgarantie in denen anstelle oder zusätzlich zu einem

bestimmten Geldbetrag eine vom jeweiligen Wert eines bestimmten Aktienindex abhängige Geldleistung versprochen wird;

7. Derivative Produkte gemäß § 21 InvFG i.d.g.F., die ausschließlich zur Absicherung von Kursrisiken erworben wurden;
 8. Anteilscheine von Kapitalanlagefonds, deren Vermögenswerte gem. Zi. 1, 2, 4 und 6 veranlagt werden; dazu gehören insbesondere Geldmarktfonds, Rentenfonds, Aktienfonds, gemischte Fonds und Immobilienfonds, wobei bei letzteren die Liegenschaften auch in einem OECD-Mitgliedstaat liegen dürfen;
 9. Anteilsscheine von Kapitalanlagefonds, deren Vermögenswerte neben Veranlagungsformen der Zi. 1, 2, 4, 5, 6, 7 und 10 auch in Kapitalanlagefonds gem. Zi. 8 veranlagt werden.
 10. Sonstige Vermögenswerte in Form von Kapitalmarktprodukten, die nicht in Zi. 1 bis 9 angeführt sind.
- (2) Bei der Veranlagung ist auf eine angemessene Verteilung der Vermögenswerte unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit Bedacht zu nehmen. Folgende Höchstgrenzen sind dabei jedenfalls einzuhalten:
1. Veranlagungen in Vermögenswerte gemäß Abs 1 Z 6 sind mit 20 % des Vermögens begrenzt.
 2. Veranlagungen in Vermögenswerte gemäß Abs. 1 Z 10 sind mit 10 % des Vermögens begrenzt.
 3. Bei Veranlagungen in Vermögenswerte gemäß Abs 1 Z 8 und 9 sind die im Kapitalanlagefonds enthaltenen, durchgerechneten Vermögenswerte für die Einhaltung der Veranlagungshöchstgrenzen gemäß Z 1 und 2 zu berücksichtigen.
 4. Bei der Ermittlung des Vermögens gemäß Z 1 und 2 sind grundsätzlich die zuletzt bekannten Börsenkurse bzw. Preisfeststellungen zu Grunde zu legen. Sofern diese für einzelne Vermögenswerte nicht verfügbar sind, sind die jeweiligen Buchwerte laut zuletzt vorliegender Bilanz heranzuziehen.
- (3) Die Veranlagung des Vermögens obliegt dem Verwaltungsausschuss. Der Verwaltungsausschuss kann
1. sich gemäß § 108 Abs. 2 ÄrzteG 1998 i.d.g.F. zu diesem Zwecke externer Verwalter und Berater bedienen;
 2. unter Beachtung und Ausführung der Bestimmungen der Absätze 1 und 2 eigene Veranlagungsrichtlinien mit weitergehenden Spezifikationen festlegen;
 3. Kompetenzen zur Durchführung der Vermögensveranlagung
 - a) in Vermögenswerte gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 an den Präsidenten und Finanzreferenten,
 - b) in Vermögenswerte gemäß Abs. 1 Z 4 lit. a an einen Ausschuss, der sich aus Mitgliedern des Verwaltungsausschusses zusammensetzt, übertragen.
- (4) Der Verwaltungsausschuss ist verpflichtet einmal jährlich dem Vorstand und in der Folge der **Erweiterten** Vollversammlung über die Veranlagung und deren Entwicklung im vorangegangenen Jahr Bericht zu erstatten.

§ 15 Pflichten der Kammerangehörigen und Leistungsempfänger

- (1) Die Kammerangehörigen sind verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds zu leisten. Zu seiner Erfassung hat jeder Arzt oder Zahnarzt im Rahmen seiner Anmeldung nach § 68 Abs. 3 ÄrzteG oder nach § 12 ZÄG das für den Wohlfahrtsfonds bestimmte Formblatt gewissenhaft auszufüllen.
- (2) Die beitragspflichtigen Kammerangehörigen sind verhalten,
 - a) die festgesetzten Beiträge fristgerecht zu entrichten;
 - b) der Erklärungspflicht zur Ermittlung und Vorschreibung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds im Sinne des § 5 BO nachzukommen;
 - c) der Ärztekammer alle für die Wohlfahrtsversorgung erforderlichen Angaben unverzüglich und wahrheitsgetreu mitzuteilen;
 - d) sich den vom Verwaltungsausschuss angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

- (3) Kammerangehörige haben der Ärztekammer für Steiermark gemäß § 96a ÄrzteG folgende für den Wohlfahrtsfonds relevante Daten sowie jede Änderung dieser Daten unverzüglich, im Falle von Änderungen 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 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 angemessen gesetzten 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 Beitragsüberweisung

- (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Ziffer 1 ÄrzteG, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, ist ein Betrag in der Höhe von mindestens 70 v. H. der von ihm zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark entrichteten Beiträge der nunmehr zuständigen Ärztekammer zu überweisen. Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.
- Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste oder bei Vermerk der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste oder bei satzungsgemäß ausgesprochener Befreiung von der Beitragspflicht ohne weiteren Leistungsanspruch, gebührt ihm der Rückersatz in sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen in Höhe von 50 v. H. für die auf die Grund- und Ergänzungsleistung entfallenden Beitragsteile und in Höhe

von 100 v. H. für die auf die Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung entfallenden Beitragsteile.

Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Ziffer 3 ÄrzteG (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Ziffer 6 ÄrzteG (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 Rückersatz 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.

- (2) Ein Rückersatz nach Abs. 1 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) 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. In diesem Falle erhöht sich der Überweisungsbetrag auf 90 v. H.
- (4) Von dem Zeitpunkt an, ab welchem die Gegenseitigkeit gegenüber einer oder mehrerer Länderkammer(n) gegeben ist, tritt bei Beitragsüberweisungen an diese an Stelle des Betrages in Höhe von 70 v. H. gemäß Abs. 1 bzw. von 90 v. H. gemäß Abs. 2 ein Betrag von je 100 v. H. mit der weiteren Maßgabe, dass bei Berechnung des Überweisungsbetrages nicht nur die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte usw.) satzungsmäßig vorgesehenen Beitragsteile gemäß Abs. 1 außer Betracht bleiben, sondern auch die bezogenen Leistungen gemäß § 2 (2) lit. b und c und Beitragsschulden abgezogen werden. Die Feststellung, ob bzw. wann die Gegenseitigkeit gegeben ist, obliegt dem Verwaltungsausschuss.

§ 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. Verwaltungs- und Beschwerdeausschuss

§ 18 Mitglieder, Zusammensetzung der Ausschüsse

- (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 den Beitrag 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 Landeszahnärztekammer 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 Landeszahnärztekammer 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 vor dem 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 Recht der Beschwerde an den Beschwerdeausschuss zu. Der Verwaltungsausschuss kann auf Grund der Beschwerde und allfälliger weiterer Ermittlungen binnen zwei Monaten nach Einbringung einer zulässigen Beschwerde den von ihm erlassenen Bescheid im Sinne des Berufungsbegehrens abändern, ergänzen oder aufheben (Berufungsvorentscheidung). Die Berufungsvorentscheidung ist den Parteien zuzustellen. Jede Partei kann binnen zwei Wochen nach Zustellung der Berufungsvorentscheidung den Antrag stellen, dass die Berufung der Berufungsbehörde zur Entscheidung vorgelegt wird (Vorlageantrag). In der Berufungsvorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen. Mit dem Einlangen eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages tritt die Berufungsvorentscheidung außer Kraft. Die Parteien sind über das Außerkrafttreten der Berufungsvorentscheidung zu verständigen.
- (5) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen. **Ein Mitglied und dessen Stellvertreter ist von der Landeszahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen.**
- (6) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen dem Kammervorstand **der Ärztekammer oder der Landeszahnärztekammer**, dem Verwaltungsausschuss und dem Überprüfungsausschuss nicht angehören.
- (7) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen. Für die Beschlussfähigkeit ist die Anwesenheit von zumindest drei Mitgliedern erforderlich. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende stimmt zuletzt ab. Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind endgültig und können durch ein ordentliches Rechtsmittel nicht angefochten werden.

- (8) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss sind die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG 1991) anzuwenden.
- (9) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses und des Beschwerdeausschusses 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, ihres Mündels 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 setzen.

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**
1. **einer von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen ist und**
 2. **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, dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss nicht angehören.

§ 20 Geschäftsordnung

- (1) Die administrativen Arbeiten des Wohlfahrtsfonds werden durch das Kammeramt besorgt.
- (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 Leistungsarten und Leistungsgruppen.
- (3) Nach Schluss des Geschäftsjahres, das mit dem Kalenderjahr zusammenfällt, hat der Verwaltungsausschuss den Jahresbericht, bestehend aus Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss, zu verfassen.
- (4) Der Jahresbericht 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 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 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 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, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte) an die tatsächlich entrichteten Beiträge anzupassen.

§ 22 Altersversorgung, vorzeitige Altersversorgung, Bonus

- (1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7). Bei §-2-Kassenärzten kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu.
Diese Leistungen werden Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.
Über gesonderten Antrag ist Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung).
Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 2 zur BO) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.
- (2) Voraussetzung für die Gewährung 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.
- (3) Mit Vollendung des 70. Lebensjahres wird die Altersversorgung unter der Voraussetzung gewährt, dass die Verträge mit den §-2-Kassen gelöst werden.
- (4) Mit Vollendung des 75. Lebensjahres wird die Altersversorgung ohne Rücksicht auf Art und Umfang der weiterhin ausgeübten ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit gewährt.
- (5) Zusätzliche Voraussetzung für die Gewährung der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ist die Lösung der Verträge mit allen Kassen (einschließlich des Vertrages für die Gesundenuntersuchungen).
- (6) Bis zum 31. Dezember 1984 erhöht sich bei nicht sofortiger Inanspruchnahme der Altersversorgung und Fortsetzung der Beitragsleistung sowie bei Nachweis von 15 Beitragsjahren die Altersversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung für jedes nach Erreichung des 61. bzw. 66. Lebensjahres folgende Jahr:
 - a) bei Ärztinnen oder Zahnärztinnen ab dem 61. bis zum 65. Lebensjahr um 3 v. H., bei Ärztinnen oder Zahnärztinnen ab dem 66. bis zum 70. Lebensjahr um 5 v. H.;
 - b) bei Ärzten oder Zahnärzten ab dem 66. bis zum 70. Lebensjahr um 3 v. H., bei Ärzten oder Zahnärzten ab dem 71. bis zum 75. Lebensjahr um 5 v. H.

Wird ein Teil der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds eines Kammerangehörigen im Laufe eines Jahres im Sinne des § 29 durch den Notstandsfonds aufgebracht, vermindert sich der jeweilige Jahresbonus um diesen aliquoten Teil.

- (7) Leistungsempfängern, die ausschließlich die Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds beziehen und die bzw. deren im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten über kein wie immer geartetes Einkommen verfügen, kann jeweils für ein Jahr eine Ausgleichszulage bis maximal 31 Prozent der Grund- und Ergänzungsleistung gewährt werden. Hierbei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem ASVG maßgeblichen Bestimmungen analog anzuwenden. Im Einzelfall kann die Ausgleichszulage (gegebenenfalls im verminderten Ausmaß) auch bei Vorliegen von geringfügigen Einkommen gewährt werden. Erreichen die geringfügigen Einkommen nicht die Höhe der Ausgleichszulage, kann die ganze Ausgleichszulage gewährt werden. Überschreiten die Einkommen die Ausgleichszulage, so kann der Differenzbetrag zwischen dem Doppelten der Ausgleichszulage und dem geringfügigen Einkommen gewährt werden.

§ 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 Abs. 1 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds und Anlage 2 IV der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.

Das Ausmaß der Invaliditätsversorgungsleistung in der Grund- und Ergänzungsleistung, der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, der Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung 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, Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 2 IV der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 2 VI der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.

Im Falle von Ermäßigungen oder Nachsicht der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds kann der Verwaltungsausschuss nach Maßgabe der individuellen Situation eine entsprechende Kürzung auch unter den in der Anlage 2 VI der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegten Mindestansprüche durchführen, wobei sich die Kürzung an den Prozentpunkten zu orientieren hat, die ohne Ermäßigung oder Nachsicht erworben hätten werden können.

- (2) 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.
- (3) 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 haben auch ohne Antrag an Stelle der Krankenbeihilfe schon früher zu 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.

§ 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 dem Kind 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, BGBl. Nr. 400, - ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis - beziehen, sofern diese den im § 5 FLAG 1967 BGBl. 376 jeweils festgesetzten Betrag übersteigen;
 - b) bei Verhehlung.
- (5) Im Sinne dieser Bestimmungen sind Kinder einer Person:
 - a) deren eheliche Kinder,
 - b) deren Wahlkinder (Adoptivkinder),
 - c) deren außereheliche Kinder, für die gesetzliche Unterhaltspflicht besteht.
- (6) Die Kinderunterstützung beträgt 20 v. H. der Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 ohne Bonusberücksichtigung und ohne Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte. Sie erhöht sich ab der Erlangung der Volljährigkeit bis zur Erreichung des 27. Lebensjahres im Falle des Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert, auf 22,5 v. H.
Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Kinderunterstützung unter dem in der Anlage 2 II a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegten Bemessungsbetrag, so kann der Verwaltungsausschuss in begründeten Einzelfällen die Leistung, höchstens auf Basis dieses Bemessungsbetrages, festlegen. Die sich daraus ergebende erhöhte Leistung kann für die gesamte Dauer des Leistungsanspruches oder für bestimmte Zeit gewährt werden.
Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Kinderunterstützung analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 zur Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung).

§ 25 Witwen- bzw. Witwerversorgung

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

- (3) Witwen-(Witwer-)versorgung gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten, dessen Ehe mit dem Kammerangehörigen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte.

Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe entstanden sein. Hat der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung längstens bis zum Ablauf der Frist. 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,

- a) das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, DRGBI. 1938 I S. 807,
- b) die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und
- c) der frühere Ehegatte hat im Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet.

Die Voraussetzung nach Ziffer 3 entfällt, wenn

- a) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteil 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 dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

Die Witwen-(Witwer-)versorgung und die Versorgung des früheren Ehegatten dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige Anspruch (unter Ausschluss der Bonusleistung nach § 22 Abs. 6 der Satzungen und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5 der Satzungen) gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen-(Witwer-)versorgung mehrerer früherer Ehegatten ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) hinterlassen hätte. Die Ansprüche des oder der früheren Ehegatten dürfen 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.

- (4) Im Falle der Wiederverhehlung erlischt der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung.

- (5) Die Witwen-(Witwer-)versorgung beträgt den in der Anlage 2 VII der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegten Prozentsatz der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte, wobei der Bonusanspruch und die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleiben.

Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Witwen- bzw. Witwerversorgung unter dem in der Anlage 2 II a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegten Bemessungsbetrag, so kann der Verwaltungsausschuss in begründeten Einzelfällen die Leistung, höchstens auf Basis dieses Bemessungsbetrages, festlegen. Die sich daraus ergebende erhöhte Leistung kann für die gesamte Dauer des Leistungsanspruches oder für bestimmte Zeit gewährt werden.

Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Witwen- bzw. Witwerversorgung analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung).

- (6) Leistungsempfängern, die ausschließlich die Witwen- bzw. Witwerversorgung in dem im § 22 (7) angeführten Umfang beziehen, kann jeweils für 1 Jahr eine Ausgleichszulage bis maximal 31 Prozent der Grund- und Ergänzungsleistung gewährt werden. Hierbei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem ASVG maßgeblichen Bestimmungen analog anzuwenden. Im Einzelfall kann die Ausgleichszulage (gegebenenfalls im verminderten Ausmaß) auch bei Vorliegen von geringfügigen Einkommen gewährt werden. Erreichen die geringfügigen Ein-

kommen nicht die Höhe der Ausgleichszulage, kann die ganze Ausgleichszulage gewährt werden. Überschreiten die Einkommen die Ausgleichszulage, so kann der Differenzbetrag zwischen dem Doppelten der Ausgleichszulage und den geringfügigen Einkommen gewährt werden.

§ 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 Halbwaise 20 v. H.,
 - b) für jede Vollwaise 40 v. H.;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 Halbwaise 25 v. H.,
 - d) für jede Vollwaise 50 v. H.der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte, wobei der Bonusanspruch und die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleiben.
Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Waisenversorgung unter dem in der Anlage 2 II a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegten Bemessungsbetrag, so kann der Verwaltungsausschuss in begründeten Einzelfällen die Leistung, höchstens auf Basis dieses Bemessungsbetrages, festlegen. Die sich daraus ergebende erhöhte Leistung kann für die gesamte Dauer des Leistungsanspruches oder für bestimmte Zeit gewährt werden.
Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 zur BO).
- (3) Sind mehrere Waisen vorhanden, darf die Waisenversorgung insgesamt das Zweifache der Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen, wobei der Bonusanspruch und die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.

§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

- (1) Beim Tod eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung zu gewähren.
Stellt ein Kammerangehöriger altersbedingt oder aus Gründen der Invalidität seine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ohne Anspruch auf Altersversorgung oder Invaliditätsversorgung ein und setzt er die Mitgliedschaft zum Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung fort, ist bei seinem Tode ebenfalls die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung zu gewähren.
- (2) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung analog § 6 Abs. 2.
- (3) Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe beträgt im Kalenderjahr 2006 EUR 6.000,-, die Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 25.000,-.
- (4) 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),
 - b) die Waisen (d. s. Kinder ohne Rücksicht auf das Lebensalter),
 - c) sonstige gesetzliche Erben.

- (5) Sind mehrere Waisen oder mehrere anspruchsberechtigte sonstige gesetzliche Erben vorhanden, ist diesen die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.
- (6) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 4 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.

§ 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 eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 1 - 6 des KAKuG i. d. g. F. (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 weitergewährt.
- 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)
- a) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in die Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und welche auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation sich einer mindestens ununterbrochenen 14 Tage andauernden Kurbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder in einem sanitätsbehördlich genehmigten Kurort in Österreich unterziehen, wird gegen Nachweis der regelmäßigen täglichen Absolvierung dieser Kurbehandlung und der kurärztlichen Aufnahme- und Schlussuntersuchung für die jeweilige Dauer derselben bis zu maximal insgesamt 21 Tagen eine Kurbeihilfe gewährt. Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des Kuraufenthaltes, wird die Kurbeihilfe nur einmal gewährt.
- Im begründeten Ausnahmefall, wie z. B. Rehabilitation nach einem Unfall oder einer Erkrankung, kann der Verwaltungsausschuss auch vor Ablauf dieser Frist eine Kurbeihilfe zusprechen.
- Bei Kuraufenthalten im Ausland, beispielsweise Abano terme oder Montecatini, kann nur in begründeten Einzelfällen und bei Vorliegen der angeführten Voraussetzungen die Kurbeihilfe gewährt werden. Die Begründung für einen Kuraufenthalt im Ausland ist dem Antrag auf Kurbeihilfe unaufgefordert beizulegen.
- b) Weiters wird Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und welche auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation einen Rehabilitationsaufenthalt in einer sanitätsbehördlich anerkannten Rehabilitationseinrichtung absolvieren, eine Beihilfe in der Höhe des Tagsatzes der Kurbeihilfe gewährt.
- Die für die Kurbeihilfe festgelegten Anspruchsvoraussetzungen gelten sinngemäß.
- Wird einem Anspruchsberechtigten als Rehabilitationsmaßnahme nach einem stationären Aufenthalt ein Anschlussheilverfahren verordnet und erfolgt der Antritt zu diesem Heilverfahren innerhalb eines Monats nach dem stationären Aufenthalt, wird das Anschlussheilverfahren einem stationären Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus gleichgehalten. Im medizinisch begründeten Ausnahmefall kann auch bei Vorliegen einer längeren Frist das Anschlussheilverfahren als stationärer Aufenthalt anerkannt werden. Die Beurteilung in diesen Fällen obliegt dem Verwaltungsausschuss der Ärztekammer für Steiermark.

- (3) 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 im Zeitraum der letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten acht Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum bis zu zwölf 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. 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 für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Ärztinnen oder Zahnärztinnen, die wohnsitzärztlich oder wohnsitzzahnärztlich tätig sind, dass sie die letzten drei Monate vor Beginn der 8-Wochen-Frist nachweislich ärztlich oder zahnärztlich tätig waren und aus dieser Tätigkeit Einkünfte erzielten.
- Der Anspruch auf Wochengeld besteht für Ärztinnen oder Zahnärztinnen, die wohnsitzärztlich oder wohnsitzzahnärztlich tätig sind, längstens bis zu dem Tage, bis zu dem die Ausübung der Wohnsitzarztstätigkeit oder Wohnsitzzahnarztstätigkeit nachweislich vereinbart war.
- Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.
- (4) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärztinnen oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärztinnen eingetragen sind und wegen Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum von zwölf 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.
- Voraussetzung für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen ist, dass sie die letzten drei Monate vor Beginn der 8-Wochen-Frist in einem bezahlten Dienstverhältnis standen.
- Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.
- (5) Kammerangehörige, 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 Erkrankung eine neuerliche Erkrankung auf und ist diese auf dieselbe Erkrankung zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit verursacht hat, so gilt hinsichtlich des Beginnes des Anspruches auf Krankenbeihilfe die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersteren Erkrankung.
- (6) 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.
- Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen.
- (7) 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 und keinen Anspruch auf Kurbeihilfe. Der Bezug der Altersversorgung und der Krankenbeihilfe bzw. der Kurbeihilfe schließt sich wechselseitig aus.

- (8) Die Krankenbeihilfe wird höchstens für einen ununterbrochenen Zeitraum von 52 Wochen gewährt. Innerhalb von 3 Jahren wird die Krankenbeihilfe bei Zusammentreffen mehrerer Krankheitsfälle höchstens für den Zeitraum von 52 Wochen bezahlt.
- (9) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe, der Kurbeihilfe und des Wochengeldes beträgt den jeweils in Anlage 2 V der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgesetzten Betrag.

§ 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) 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 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 im Verwaltungsausschuss.
- (4) Es werden für Kammerangehörige Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung nach Maßgabe der bisher bestandenen Beitragspflicht übernommen und der Grund- und Ergänzungsleistung zugeführt. Unter diese Voraussetzungen fallen:
- a) Kammerangehörige während der Dauer eines Leistungsbezuges (Krankenbeihilfe),
 - b) Kammerangehörige während der Dauer der Ableistung des ordentlichen Präsenzdienstes im Sinne des § 28 Abs. 4 des Wehrgesetzes 1955 oder der Ableistung des Zivildienstes,
 - c) Kammerangehörige, die durch außergewöhnliche Ereignisse wirtschaftlich hilfsbedürftig werden und deshalb ihrer Beitragspflicht nicht nachkommen können.

§ 30 Fortbildungsunterstützung

Für die Erziehung, Ausbildung oder Fortbildung der Kinder von Kammerangehörigen oder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung und von 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. Verfahrensgrundsätze

§ 31 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.

§ 32 Anbringen

- (1) Ansuchen um Leistungen sind schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen.
- (2) Beschwerden und Eingaben können nur schriftlich oder per Telefax 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.
- (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. Die Wirksamkeit der Befreiung tritt zum nächstfolgenden Monatsersten nach Eintritt der Voraussetzungen oder, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, 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.

§ 33 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 Landeszahnärztekammer**, im Besonderen der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, sind berechtigt, mündliches Vorbringen von Beteiligten ihrem wesentlichen Inhalt nach in einer Niederschrift fest zu halten, die vom 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.

§ 34 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.

§ 35 Ermittlungsverfahren, Vertrauensärzte

- (1) Der Verwaltungsausschuss als auch der Beschwerdeausschuss sind berechtigt, vor der Entscheidung die ihnen 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) Empfängern von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen haben dem Verwaltungsausschuss über Verlangen Nachweise über den Fortbestand der Leistungsvoraussetzungen vorzulegen.

§ 36 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 voll Rechnung getragen wird.

§ 37 Rechtsmittel

Gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses ist das Rechtsmittel der Beschwerde zulässig, welches schriftlich oder per Telefax binnen zwei Wochen beim Verwaltungsausschuss einzubringen ist.

Die Beschwerde hat den angefochtenen Bescheid zu bezeichnen sowie ein bestimmtes Begehren und eine Begründung zu enthalten.

Wird keine Begründung angegeben oder wird diese nicht binnen der Rechtsmittelfrist nachgereicht, ist die Beschwerde zurückzuweisen.

§ 38 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) Eine Überweisung von Leistungen in das Ausland ist über Antrag bei Geltendmachung triftiger Gründe zulässig. Die daraus resultierenden Mehrkosten können dem Unterstützungsempfänger angelastet werden.

VII. Übergangsbestimmungen - Inkrafttreten

§ 39 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) Den Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung, soweit sie im Genuss einer Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte sind, gebührt ab 1. Juli 1981 folgende Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte:
- a) den ab 1. Jänner 1968 bis 31. Dezember 1972 pensionierten §-2-Kassenärzten der in der Anlage 2 der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung jeweils angeführte Betrag, 14-mal im Jahr;
 - b) den ab 1. Jänner 1973 bis zur Unterzeichnung des Gesamtvertrages über die Treueprämie pensionierten Ärzten oder Zahnärzten die volle Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, errechnet nach dem in der Anlage 2 jeweils angeführten Betrag, wenn diese Ärzte oder Zahnärzte nach den Bestimmungen des mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern abgeschlossenen Vertrages über die Treueprämie keinen Anspruch auf Treueprämie haben. Wenn diese Ärzte oder Zahnärzte Anspruch auf Treueprämie haben, gebührt die Differenz zwischen der jeweiligen vollen Ergänzungsleistung und der jeweiligen Treueprämie. Die Bestimmungen des § 22 Abs. 5 lit. a) finden für die in lit. a) und b) genannten Ärzte oder Zahnärzte in Bezug auf die "Kleinen Kassen" keine Anwendung.
- (3) §-2-Kassenärzten, die nach Unterzeichnung des Gesamtvertrages über die Treueprämie pensioniert werden und ihre ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit aufgrund von Verträgen mit den "Kleinen Kassen" fortführen, ist bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte unbeschadet der Bestimmungen des § 22 Abs. 5 lit. a) bis längstens 31. Dezember 1983 zu gewähren. Ab 1. 1. 1984 steht die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nur mehr zu, wenn die Verträge mit den "Kleinen Kassen" zu diesem Zeitpunkt gelöst sind.
- (4) Hat der niedergelassene §-2-Kassenarzt das Abkommen zur Behandlung von Urlaubern im Rahmen der Verträge Österreichs über Soziale Sicherheit nicht unterzeichnet, werden ihm trotzdem all diese Zeiten der direkten Verrechnung mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern für die Wartezeit (§ 22 Abs. 5) und das Ausmaß der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte (§ 5 Abs. 2) angerechnet, wenn er das Abkommen zur Behandlung von Urlaubern im Rahmen der Verträge Österreichs über Soziale Sicherheit bis längstens zum Ablauf von 3 Monaten ab Unterzeichnung des Vertrages über die Treueprämie unterzeichnet.
- (5) Wenn ein Kammerangehöriger nach den Bestimmungen des mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern abgeschlossenen Vertrages über die Treueprämie deswegen keinen oder nur einen reduzierten Anspruch auf Treueprämie gegenüber den §-2-Krankenversicherungsträgern hat, weil er den Mindestumfang an kassenärztlicher Tätigkeit

gem. § 3 Ziffer 8 des Vertrages nicht erreicht, aber sonst sämtliche Voraussetzungen erfüllt, wird der Anspruch aus dem Fonds der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte übernommen. Der Anspruch besteht in jener Höhe, die sich aus der Berechnung der Treueprämie ergeben hätte, wenn auch der Mindestumfang an kassenärztlicher Tätigkeit vorgelegen wäre.

Diese Leistung wird nur dann gewährt, wenn tatsächlich keine Treueprämie seitens der §-2-Krankenversicherungsträger gezahlt wird.

Wird seitens der §-2-Krankenversicherungsträger nur ein Teil der Treueprämie gezahlt, so steht die Leistung nur in Höhe der sich berechnenden Differenz zu.

- (6) 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.
- (7) 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 bzw. § 9 Abs. 5 der Satzungen nur Teilbeträge gezahlt wurden.
Für Zeiträume, während denen Ärzte oder Zahnärzte gänzlich von der Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung befreit waren, erfolgt keine Anrechnung.

§ 40 Inkrafttreten

- (1) Die Satzungen des Wohlfahrtsfonds treten mit **29. Juni 2007** in Kraft. Gleichzeitig treten 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 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 bleiben unberührt.