

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

Aufgrund des § 66a Abs. 2 Z 2 iVm § 80b Z 1 ÄrzteG 1998, BGBl I 169/1998, zuletzt geändert durch BGBl I 26/2017, wird verordnet:

Artikel I

1) § 1 Abs. 1, 3 und 4 lauten:

- „(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 Landeszahnärztekammer für Steiermark zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufs, Mitglieder des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark.
- (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 Landeszahnärztekammer für Steiermark zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufes. Der Begriff „Arzt“ umfasst ebenfalls den Begriff „Zahnarzt“.

In § 1 wird ein neuer Abs. 5 eingefügt, dieser lautet:

- „(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) § 2 Abs. 1 und 3 lauten:

- „(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.

- (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.“

3) § 3 Abs. 1 lautet:

„(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 Erträge des Wohlfahrtsfondsvermögens und die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen mit Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds festzulegen.“

4) § 4 Abs. 2 und 3 lauten:

„(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.“

5) § 5 Abs. 1, 2 und 3 lauten:

„(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 Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 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 Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen.

(2) Bei Vorliegen eines Vertrages im Sinne des Abs 1 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 BO genannten Betrag, wobei jeder volle Monat, für den tatsächlich ein Beitrag geleistet wurde, anteilmäßig anzurechnen ist.“

6) § 6 Abs. 3 lautet:

„(3) Bis zum 31. 12. 2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hin-

terbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, 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 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 2 II lit. c zur BO festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.“

7) § 7 Abs. 1 lautet:

„(1) Für den gemäß § 9 Abs. 4 BO pro Jahr zu zahlenden Beitrag werden dem Kammerangehörigen 4 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht den Betrag gemäß § 9 Abs. 4 BO, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Betrag gemäß § 9 Abs. 4 BO liegt.“

8) § 8 lautet:

„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 bzw. Beitragsorientierte Zusatzversorgung gem. §§ 31 ff) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.“

9) § 9 Abs. 1; 2 lit a, 2 lit b, 3 lit b, 3 lit c und 3 lit d lauten:

„(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) 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.
- (3) 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.
- (3) 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) § 10 Abs. 1 und 3 lauten:

- „(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 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.

(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 aufrecht.

Bei Kammerangehörigen mit §-2-Kassen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds, auch wenn die Altersversorgung nicht in Anspruch genommen wird. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.

Werden die Verträge mit den §-2-Kassen aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.“

In § 10 wird ein neuer Abs. 3a eingefügt, dieser lautet:

- „(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. Hievon ausgenommen sind nur jene niedergelassenen Ärzte oder Zahnärzte, die einen Vertrag mit den §-2-Kassen haben.“

§ 10 Abs. 4, 5, 6, 7 und 8 lauten:

- „(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 Landes Zahnärztekammern ausüben, entsteht keine Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, wenn die Berufsausübung im Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer 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 Landes Zahnärztekammer 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 Landes Zahnärztekammer für Steiermark und in einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer, 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 § 28 Abs 6 und Abs 7 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, ausgenommen Abs 6 und Abs 7, und 28a.“

In § 10 wird ein neuer Abs. 9 eingefügt, dieser lautet:

- „(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) § 11 Abs. 1 und 2 lauten:

- „(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.“

In § 11 wird ein neuer Abs. 4 eingefügt, dieser lautet:

- „(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) § 12 Abs. 2 lautet:

„(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 zur Differenz auf 100 Anwartschaftspunkte beantragt werden.“

13) § 13 Abs. 3 lit a, 3 lit b und 3 lit c lauten:

„(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 steuerpflichtige Einkünfte 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.“

In § 13 Abs 3 wird eine neue lit d eingefügt, diese lautet:

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

§ 13 Abs. 4, 5 und 6 lauten:

„(4) Ärzten oder Zahnärzten, die zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig sind, kann über begründeten Antrag der Beitragsprozentsatz ermäßigt werden, jedoch nicht unter 1 %. Die gleiche Ermäßigungsmöglichkeit gilt für die Beiträge zur Zusatzleistung. Diese Ermäßigung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr gewährt werden. Eine weitergehende Ermäßigung der Erweiterten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehörigen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt.“

- (5) 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 Erfordernisbeitrages. Für Kammerangehörige zwischen dem vollendeten 35. und 45. Lebensjahr ist bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände auf Antrag eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 1,5 % des Erfordernisbeitrages zu gewähren.
- (6) 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) § 14 Abs. 1, 1 Z 1, 1 Z 5, 1 Z 7 und Abs. 3 lauten:

„(1) Neben den Beiträgen der Kammerangehörigen fließen dem Wohlfahrtsfonds die erzielten Erträge, Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächtnisse sowie Schenkungen und sonstige Zuwendungen mit Zweckwidmung zu. Die Rücklagen, die zum Zweck der Sicherung des dauernden Bestandes der Wohlfahrtseinrichtungen gebildet werden, sind gemäß § 108 ÄrzteG 1998 unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit in folgende Vermögenswerte 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;
 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;
 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 Z 8 eingesetzt werden;
- (3) 1. Die Veranlagung des Vermögens obliegt dem Verwaltungsausschuss. (Innenverhältnis)
 2. Dem Präsidenten kommt die Außenvertretungskompetenz zu. (Außenverhältnis)
 3. Der Verwaltungsausschuss kann
- a) 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;
 - b) unter Beachtung und Ausführung der Bestimmungen der Absätze 1 und 2 eigene Veranlagungsrichtlinien mit weitergehenden Spezifikationen festlegen; und
 - c) sich zur Vor- und Aufbereitung, insbesondere bei Immobilienprojekten im Sinne des Abs 1 Z 4, eines Ausschusses (z.B. Wirtschaftsausschuss) bedienen, der sich aus Mitgliedern des Verwaltungsausschusses zusammensetzt, wobei eines davon ein Vertreter der Landes Zahnärztekammer für Steiermark zu sein hat. Die im Ausschuss erfolgten Erledigungen sind dem Verwaltungsausschuss zur Beschlussfassung vorzulegen.“

15) § 15 Abs. 1, 3 und 6 lauten:

- „(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.
- (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.

- (6) Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Meldung im Sinne der Absätze 2 bis 5 eingetretenen Folgen haftet der Säumige.“

16) § 16 Abs. 1 lautet:

- „(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, Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.
Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.“

In § 16 wird ein neuer Abs. 3 eingefügt, dieser lautet:

„(3) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienort 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.“

17) § 16a Abs. 1 lautet:

„(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 zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden 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 Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitlich 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.“

18) § 18 Abs. 1, 2 und 4 bis 6 lauten:

„(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.

(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 Be-

hörde 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.“

19) § 20 Abs. 5 lautet:

„(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.“

20) § 21 Abs. 2 lautet:

„(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.“

In § 21 wird ein neuer Abs. 4 eingefügt, dieser lautet:

„(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)“

21) § 22 Abs. 1 und 6 lautet:

- „(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten 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 2 zur BO) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.“
- (6) Leistungsempfängern, die ausschließlich die Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 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 % der Grund- und Ergänzungsleistung gewährt werden. Hierbei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, 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.“

In § 22 wird ein neuer Abs. 7 eingefügt, dieser lautet:

- „(7) Fällt eine der in § 22 Abs 1 bis 6 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 Altersversorgung einzustellen. Die Fortsetzung der Altersversorgung erfolgt zum nächstfolgenden Monatsersten nach (Wieder-) Vorlage aller normierten Voraussetzungen, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag.“

22) § 23 Abs. 1, 2, 2a, 3 und 5 lauten:

- „(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 und der Anlage 2 IV zur BO über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.“
- (2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte 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 2 IV zur BO 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 zur BO 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 2 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Die Regelung über die Mindestansprüche gemäß Anlage 2 VI zur BO 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 2 VI zur BO 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.
- (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.“

In § 23 wird ein neuer Abs. 6 eingefügt, dieser lautet:

- „(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.“

23) § 24 Abs. 3, 4, 5 und 6 lauten:

- „(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 2 IV zur BO).“

24) § 25 Abs. 1, 2, 3 und 5 lauten:

- „(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, dRGBI. 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 Anspruch (unter Ausschluss der Bonuszahlungen nach § 22 Abs. 6 und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5 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.

- (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. Witwersversorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners analog zur Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV zur BO).“

25) § 26 Abs. 2 lautet:

„(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 2 IV zur BO).“

26) § 26a Abs. 1 lautet:

- „(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.“

27) § 27 Abs. 1 und 2 lauten:

- „(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.“

In § 27 wird ein neuer Abs. 2a eingefügt, dieser lautet:

- „(2a) Beim Tod eines ehemaligen Kammerangehörigen (§ 97 Abs1 Z 4 ÄrzteG 1998) ist die Bestattungsbeihilfe zu gewähren.“

§ 27 Abs. 4 lautet:

- „(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.“

In § 27 wird ein neuer Abs. 4a eingefügt, dieser lautet:

- „(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.“

28) § 28 Abs. 1, 2, 3, 5, 6 und 7 lauten:

- „(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 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. 8 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.

- (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) 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 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 bis zu 12 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 höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. 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 für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Wohnsitzärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen, dass die erstmalige or-

dentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.

Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.

- (7) 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 12 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 höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. 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 für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.

Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.“

29) § 28a Abs. 3, 4, 5, 6 und 8 lauten:

- „(3) Für die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt hat sich der Kammerangehörige im Sinne des Abs. 1 einer mindestens 14 Tage und maximal 21 Tage andauernden ununterbrochenen Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Nachweise abhängig, wobei bei Fehlen auch nur eines der Nachweise die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zu versagen ist:

- a) Vor Antritt der Behandlung ist eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung nachzuweisen oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur bzw. Rehabilitation ergeben und
- b) nach Beendigung des Aufenthaltes sind anhand von Unterlagen der Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung der durchgehende Aufenthalt in der sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt, die ärztliche Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie die absolvierten Therapien nachzuweisen.

Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung im Sinne der lit. a und b eine Leistung zusprechen.

- (4) Abweichend zu Abs. 3 kann eine Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung auch 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 bereits bei der Antragstellung zu erbringen.

- (5) Bei einem Anschlussheilverfahren in einer sanitätsbehördlich genehmigten Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt kann in begründeten Einzelfällen die Krankenbeihilfe bei einem Rehabilitationsaufenthalt auch über den 21. Tag hinaus gewährt werden.
- (6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist Anlage 2 V zur BO zu entnehmen. 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 einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt schließt sich aus.“

30) § 28b Abs. 1 lautet:

- „(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 Landeszahnärztekammer 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.“

31) § 29 Abs. 1, 2 und 3 lauten:

- „(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.“

32) § 30 lautet:

„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.“

33) § 31 lautet:

„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.“

34) § 33 Abs. 2 lautet:

„(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.“

35) § 36 Abs. 2 lautet:

„(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.“

36) § 37 lautet:

„Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit für Halbweisen 20 % und für Vollweisen 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 Halbweisen auf 25 % und für Vollweisen 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.“

37) § 38 lautet:

„§ 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.“

38) § 39 lautet:

„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.“

39) § 41 Abs. 1 und 2 lauten:

„(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.“

40) § 43 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Höhe der altersgestaffelten Beiträge zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung für die beitragspflichtigen Kammerangehörigen nach § 32 ist in der BO geregelt.“

41) § 45 Abs. 1 lautet:

„(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienort 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. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.“

42) § 46 Abs. 1 und 2 lauten:

„(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. 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 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 oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.

- (2) Ein Rückersatz 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.“

43) § 47 lautet:

„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 zugeordnet 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.“

44) § 50 lautet:

„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.“

45) § 51 Abs. 2, 3 und 4 lauten:

„(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.“

46) § 53 Abs. 1 und 2 lauten:

- „(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.“

47) In § 55 wird ein neuer Abs. 4a eingefügt, dieser lautet:

- „(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.“

§ 55 Abs. 5 lautet:

- „(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.“

In § 55 wird ein neuer Abs. 5a eingefügt, dieser lautet:

- „(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.“

48) § 56 Abs. 2 lautet:

- „(2) Auch Funktionäre der Ärztekammer und der Landeszahnärztekammer, 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.“

49) § 58 Abs. 1 und 2 lauten:

„(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.“

50) § 59 lautet:

„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.“

51) § 61 Abs. 3 lautet:

„(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.“

52) § 62 Abs. 1 und 2 lauten:

„(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.“

Artikel II – Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit 1. Jänner 2018 in Kraft.

Erläuterungen zu den Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Erläuterungen zu Artikel I

§ 1 Wesen und Zweck des Wohlfahrtsfonds

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Die gesetzlich vorgesehene Abkürzung für das Ärztegesetz lautet „ÄrzteG 1998“. Der letzte Satz bezieht sich nur auf das Ärztegesetz, es gibt aber weitaus mehr Verweisbestimmungen, weshalb ein Lösungsvorschlag in § 1 Abs. 5 NEU vorgesehen wird und der letzte Satz zu streichen ist.)

Absatz 3: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Punktation)

Absatz 4: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 5: Wenn ein Gesetz oder eine Verordnung eine größere Zahl von dynamischen Verweisungen auf verschiedene Rechtsvorschriften enthält, so empfiehlt es sich, diese neue Bestimmung in die jeweilige Rechtsvorschrift (am besten am Anfang) aufzunehmen.

§ 2 Leistungsarten

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 3: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (erstmalige Nennung EStG 1988)

§ 3 Wertanpassung von Leistungen

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung. (Punktation)

§ 4 Grund- und Ergänzungsleistung

Absatz 2: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 3: 1) Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Punktation / Vereinheitlichung)

2) Derzeit gibt es in lit a) einen Verweis auf § 22 Abs. 6 lit a und b, obwohl der aktuelle § 22 Abs. 6 keine lit a und mehr aufweist. Der ursprüngliche § 22 Abs. 6 wurde im Rahmen der EVV 2014 ersatzlos gestrichen, weshalb auch dieser Verweis obsolet wird und ebenfalls zu streichen ist. Diese Bestimmung wird auch nicht mehr umgesetzt.

§ 5 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Vereinheitlichung)

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 3: § 21 Abs. 3 bestimmt die Leistungsfestsetzung, wobei nur tatsächlich entrichtete Beiträge für die Leistungen relevant sind. Dort ist auch die §-2-Ergänzungsleistung genannt. Um etwaige Rechtsunsicherheiten zu vermeiden, dass nicht der volle Monat (im Sinne von Zeit), sondern der volle bezahlte Monat (im Sinne von bezahltem Beitrag für den jeweiligen Monat) ausschlaggebend ist, erfolgt eine ergänzende Klarstellung.

§ 6 Zusatzleistung

Absatz 3: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 7 Erweiterte Zusatzleistung

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Der Verweis auf § 9 Abs. 3 BO ist nicht zutreffend, da dort der BZV-Beitrag geregelt wird. Richtigerweise ist § 9 Abs 4 BO gemeint.)

§ 8 Wertanpassung von Leistungen

Es erfolgt eine legistische Anpassung. (erstmalige Nennung der BZV, daher Verweis auf die anzuwendenden Paragraphen)

§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Sowohl „%“ als auch „v.H.“ drücken beide dasselbe aus; es reicht hier eine Zahlenangabe / Vereinheitlichung)
 3) Die Gesamtsumme der vorgeschriebenen Beiträge darf 18 % nicht übersteigen, nicht jeder einzelne Beitrag darf bis zu 18 % betragen. Zur Klarstellung soll die Formulierung „Im Einzelnen“ gestrichen werden.
 4) Aktuell erfolgen die Vorschreibung der Beiträge und die Veranlagung so, dass die Kammerangehörigen selbständig bekannt zu geben haben, wenn diese 18 %-Grenze überschritten wird. In diesem Fall erfolgt sodann eine Prüfung und – abhängig vom Prüfungsergebnis – eine Korrektur. Dieses Prinzip soll in die Satzungen übernommen werden, da diese Verfahrenseinleitung durch den Kammerangehörigen sowie das folgende Verfahren derzeit nicht eindeutig den Satzungen entnommen werden kann.

Absatz 2 lit a): Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 2 lit b): 1) Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Verweise ohne Gesetzesangabe beziehen sich immer auf Bestimmungen desselben Gesetzes - § 9a existiert in den Satzungen nicht)
 2) Der Begriff „Einkünfte“ unterscheidet sich vom Begriff „Einkommen“. Auch unter Berücksichtigung der Regelung in § 9 (3) lit a und b ist ersichtlich, dass als Basis das jeweilige Einkommen und nicht die Einkünfte heranzuziehen ist.

Absatz 3 lit b): 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.
 2) Die aktuelle Bestimmung weicht von der Regelung des § 2 Abs. 2 EStG 1988 (=Definition von Einkommen) ab. Eine Angleichung ist sinnvoll, da andernfalls der Freibetrag (z.B. Kinderfreibetrag) extra berücksichtigt sowie berechnet werden muss. Dies führt auch zu einer Verwaltungsvereinfachung, da größtenteils direkt das steuerpflichtige Einkommen laut ESt-Bescheid übernommen werden kann.

Absatz 3 lit c und d): Anpassung an die Verwaltungspraxis:

1) Nach diesen Bestimmungen sieht lit c eine amtswegige Ermäßigung vor, auf die mittels Antrag verzichtet werden kann. Lit d hingegen sieht eine Ermäßigung auf Antrag vor, wenn eben ein zusätzliches Dienstverhältnis vorliegt. In der Praxis wird es so gehandhabt, dass beide Ermäßigungsmöglichkeiten nach Antragsprinzip erfolgen. Diese Verwaltungspraxis entspricht auch dem den Satzungen innewohnenden Prinzip, dass sowohl Ermäßigungen als auch Leistungen auf Antrag gewährt werden.

2) Zusätzlich nennt lit d nicht nur den niedergelassenen Arzt sondern auch den angestellten Arzt mit wohnsitzärztlicher Tätigkeit. Diese letztgenannte Variante wird aber in der Praxis nicht darunter subsumiert, da diese Konstellation einen Sondertypus darstellt und gemäß § 9 Abs. 2 lit b auch einer eigenen Beitragsregelung unterliegt.

Aus den genannten Gründen (1 und 2) werden die beiden lit c und d derart neu geregelt, dass lit c die erstmalige Aufnahme einer wohnsitzärztlichen Tätigkeit (ohne etwaiges Dienstverhältnis) und lit d die erstmalige Praxisgründung (ohne und mit Dienstverhältnis) regelt.

3) Derzeit kann den Satzungen nicht entnommen werden, wie „einmal“ auszulegen ist. Wenn bspw. nicht die vollen 24 Monate ausgeschöpft wurden, sollen die restlichen Ermäßigungsmonate zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufleben (derzeitige Praxis). Diesfalls erfolgt ebenfalls eine Klarstellung.

§ 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Vereinheitlichung / Diese Bestimmung entspricht § 112 Abs 1 ÄrzteG 1998 und ist teilweise wortgleich übernommen. Im ÄrzteG 1998 wird aber § 23 Z1 ZÄG und nicht § 27 ZÄG (Berufssitz) angegeben. Es ist davon auszugehen, dass hier also § 23 Z 1 ZÄG vorzusehen ist.)

3) Es gibt einige Kammerangehörige, die sich iSd § 10 Abs. 1 befreien ließen, aber zu einem späteren Zeitpunkt doch wieder Mitglied sein und Beiträge zahlen wollen. Demzufolge soll ein Antrag auf Aufhebung der Befreiung vorgesehen werden, allerdings nur ex nunc, da andernfalls in die letzten Jahre eingegriffen werden würde und dies bei mehreren Jahren (Jahrzehnten) einen enormen Aufwand und Eingriffe in abgeschlossene Beitragsjahre bedeuten würde. Ein solcher Antrag auf Aufhebung wird also unter der Voraussetzung vorgesehen, dass er nur ex nunc wirkt und dass anschließend keine Befreiung mehr möglich sein kann. (ergänzende Änderung in § 55 Abs. 5a bzgl. Antragstellung)

Absatz 3: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 3a: Laut § 68 (1) ÄrzteG 1998 zählen Bezieher einer vorübergehenden Invaliditätsversorgung zu den ordentlichen Mitgliedern, wodurch grundsätzlich auch eine Beitragspflicht besteht.

Derzeit fehlt es an einer Regelung, wie mit diesen Beiträgen – sofern überhaupt Beiträge geleistet werden – umzugehen ist, bspw. ob bei einer neuerlichen Gewährung der befristeten IV eine Neuberechnung der Ansprüche zu erfolgen hat. Dies führt aber zu weiteren Fragen und Regelungsbedarf, wie in weiterer Folge etwa bei Ansprüchen auf Basis Mindestansprüche umzugehen wäre. In den meisten Fällen kommen die Mindestansprüche zur Anwendung, weshalb eigene Beitragsleistungen auf den konkreten Leistungsanspruch aus der vorübergehenden Invaliditätsversorgung keinen Einfluss nehmen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Situation bei angestellten Ärzten, die entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach einer gewissen Zeit keine (halbe) Lohnfortzahlung mehr erhalten, erfolgt auch keine Beitragsleistung mehr. Zur Klarstellung und zur Erleichterung dieser Phase für die Kammermitglieder kommt es zu folgender Regelung:

Unterbrechung der Beitragsleistung und Wiederaufleben bei (Wieder-) Aufnahme der (zahn-) ärztlichen Tätigkeit. Von dieser Regelung ausgenommen sind die §-2-Kassenärzte, da hier der §-2-Kassenvertrag im Vordergrund steht und hier auch weiter Beiträge gezahlt werden. Üblicherweise werden Vertretungen organisiert, da der Vertrag – aufgrund der Unterbrechung durch die vorübergehende Berufsunfähigkeit – nicht gekündigt werden soll.

Absatz 4: 1) Es erfolgt eine Klarstellung, welche Bedeutung „Beginn der Versorgungsleistung“ hat, da ein solcher einmaliger und unwiderruflicher Ausspruch weitreichende Folgen hat. Um Rechtsunsicher-

heiten zu vermeiden, soll ein solcher Widerspruch nur bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Zuerkennung der Versorgungsleistung möglich sein. Dies entspricht auch der darauf basierenden Regelung in § 9b BO, wonach die Bezahlung des BHU-Beitrages durch Einbehalt bei der monatlichen Versorgungsleistung erfolgt.

2) Wenn ein Arzt einen Antrag auf Invaliditätsversorgung stellt, und eine befristete Leistung gewährt bekommt, ergeben sich aufgrund der derzeitigen Regelung diverse Fragen. Spricht sich ein solcher Arzt bei der Antragstellung gegen die weitere Beitragspflicht zur BHU aus, wie ist dann in den beiden folgenden Beispielen vorzugehen:

Wegen der Befristung stellt er nach einem Jahr einen Antrag auf Weitergewährung und schließt BHU diesmal nicht aus – wie ist das zu handhaben? Das Kammermitglied geht wieder arbeiten – zahlt er dann auch BHU oder wegen dem erfolgten Ausschluss nicht?

Zur Klarstellung wird die befristete Invaliditätsversorgung von diesem Widerspruchsrecht nach § 10 Abs. 4 ausgenommen.

Absatz 5: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Umstellung „letzter Satz“ / Vereinheitlichung)

Absatz 6: Es erfolgt 1) eine Klarstellung und 1) eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 7: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 8: 1) Es erfolgt eine legistische Anpassung. (§ 28b regelt die (Pflicht-) Krankenversicherung für selbständige (Zahn-) Ärzte; es wird keine Leistung geregelt – demzufolge ist dieser Paragraph in der Aufzählung nicht anzuführen / KBBG – erstmalige Nennung)

2) Angestellte Ärztinnen bekommen kein Gehalt während des Mutterschutzes, also werden auch keine Beiträge gezahlt. Niedergelassene Ärztinnen zahlen aber grundsätzlich auch während der Zeit des Mutterschutzes ihre Beiträge, da die Vorschreibung für das gesamte Jahr gilt. Derzeit wird auf die Möglichkeit einer Ermäßigung der Beiträge auf EUR 0,00 hingewiesen und dies nach § 13 Abs. 1 behandelt. Es erfolgt die Aufnahme einer Bestimmung, dass während der Zeit des Mutterschutzes ex lege keine Beiträge zu zahlen sind (=Klarstellung und ohne Antrag)

Absatz 9: Es soll eine Befreiungsmöglichkeit für Kammermitglieder geben, die erstmalig mit Vollendung des 60. Lebensjahres in die Ärzteliste aufgenommen werden.

Zusätzlich sollen Kammerangehörige ab dem 60. Lebensjahr die Möglichkeit erhalten, sich „weiterhin“ zu befreien. Dies dient dem Umstand, wenn Kammerangehörige vom WFF bisher befreit waren, im staatlichen System pensioniert werden und bspw. weiterhin eine ärztliche Tätigkeit ausüben. Unter Berücksichtigung von § 10 Abs. 3 ist nicht davon auszugehen, dass in einem solchen Fall die Beitragspflicht erlischt. Im Gegenteil entsteht sie durch die ärztliche Tätigkeit, da weder lit a, b oder c vorliegt. Eine Entstehung der Beitragspflicht nach dem 60. Lebensjahr steht aber in „Konkurrenz“ zur Altersversorgung, da aufgrund der nunmehr vorliegenden Beitragspflicht auch wieder ein Anspruch auf (vorzeitige) Altersversorgung besteht. Es könnte also mit Aufleben der Beitragspflicht direkt ein solcher Antrag auf Zuerkennung der (vorzeitigen) Altersversorgung gestellt werden. Zur Vermeidung dieser Situation wird eine „Verlängerung“ der vormals bestandenen Befreiung vorgesehen. Diese Möglichkeit soll nur auf Antrag wahrgenommen werden, da dem Kammermitglied die Möglichkeit gelassen werden soll, eine Altersversorgung zu beantragen, da – sofern vorhanden – nicht refundierte Beiträge wieder aufleben könnten (vgl. § 16a Abs. 3).

§ 11 Freiwillige Beitragsleistung

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 4: Außerordentliche Kammerangehörige haben die Möglichkeit, sich mittels Antrag an den Verwaltungsausschuss als a.o. Mitglieder aufnehmen zu lassen. Solche a.o. Mitglieder können bspw. ihre ärztliche Tätigkeit eingestellt haben, es kann sich aber bspw. auch um Amtsärzte handeln. Solche a.o. Mitglieder zahlen dadurch freiwillige Beiträge zu GuE und BHU. Nach der derzeitigen Verwaltungspraxis werden sie dabei bis zum von Ihnen beantragten Pensionsantritt (im Sinne des § 22) wie aktive/ordentliche Kammerangehörige gezählt. Dies ist insbesondere für die Berechnung der BHU entscheidend.

Eine entsprechende Regelung zu freiwilligen Mitgliedern und der Handhabung, welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt in welchem Ausmaß zustehen, gibt es nicht. Insbesondere von Interesse ist dabei, dass die Invaliditätsversorgung hier großteils mangels ärztlicher Tätigkeit wohl nicht zur Anwendung kommen kann bzw. eine Prüfung im Sinne des § 23 zur Verweisbarkeit auf eine andere ärztliche Tätigkeit hier zu einer abstrakten Fragestellung wird. Es erfolgt eine Klarstellung im neuen Absatz 4.

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

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge

Absatz 3 lit a): 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

2) Zur Klarstellung und leichteren Auffindbarkeit der dazugehörigen Regelung ist ein Verweis auf § 5 Abs. 3 BO anzufügen, der diese Ermäßigungsmöglichkeit mit 31.03. des Folgejahres befristet.

Absatz 3 lit b): Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Die Regelung ist auch auf Wohnsitz(zahn-)ärzte anzuwenden – vgl etwa § 9 Abs 3 lit a)

Absatz 3 lit c): Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Verweise ohne Anführung der Verordnung beziehen sich immer auf dieselbe Verordnung – hier ist also die BO gemeint)

Absatz 3 lit d): § 9 Abs. 2 lit b enthält die einzige Regelung zu bzw. für die wohnsitzärztliche Nebentätigkeit. Darin wird die Bemessungsgrundlage für die Vorschreibung erläutert. Die Regelungen für die Ermäßigungen können aufgrund der Mischkonstellation nicht uneingeschränkt übernommen werden. Folgende Fragestellungen ergeben sich:

Die Ermäßigung 2017 ist für angestellte Ärzte (AA) im nachfolgenden Jahr bis 31.03.18 abzugeben. Die Vorschreibung für die wohnsitzärztliche Nebentätigkeit (WSA-NT 2017) erhalten sie aber erst 2018. Gilt diese Frist also für die AA mit WSA-NT oder nicht? Welche Bemessungsgrundlage ist bei einer Ermäßigung überhaupt heranzuziehen? (A: Das Gehalt 2017 + WSA-NT 2017 (also eigentlich vom ESt-Bescheid 2015); oder B: das gesamte Einkommen aus 2017 (darin ist aber schon WSA-NT BMGI für 2019 enthalten; es kann hier auch zu verwaltungstechnischen Problemen bei der Anforderung der Unterlagen kommen)

Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der Anstellung hat sich eine Regelung an lit a (angestellte Ärzte) zu orientieren. Eine eigene Fristenregelung wird in der BO vorgesehen.

Absatz 4: 1) Dieser Absatz scheint nicht passend geordnet zu sein, um einerseits die einzelnen Ermäßigungen zu erkennen und andererseits die dazu gehörenden Voraussetzungen zu finden. Demzufolge ist der 3. Satz (0,2%) samt Gehalt (als Voraussetzung) ans Ende zu verlagern, da hier der letzte Satz die Voraussetzungen für die Ermäßigung im ersten Satz (und ZL im 2. Satz) normiert.

2) Bei der Zusatzleistung / Erweiterten Zusatzleistung handelt es sich um ein auslaufendes Modell, da nur mehr die Beitragsorientierte Zusatzversorgung zur Anwendung kommt, ausgenommen vorhandene Übergangsfälle. Lediglich zur Klarstellung wird hier auch lit a ergänzt; aufgrund der neuen lit d wird auch diese hier vorgesehen.

Absatz 5: Unter Berücksichtigung der Regelung (auch in Anbetracht von § 9 Abs. 3 BO) ist davon auszugehen, dass hier das vollendete 35. und 45. Lebensjahr gemeint ist, da erst ab dem 01.01. nach Vollendung des 45. Lebensjahres 100 % vorgeschrieben werden. Eine Ermäßigungsmöglichkeit im Sinne des Absatzes 5 kann also bis zum vollendeten 45. Lebensjahr wahrgenommen werden.

Absatz 6 lit a): Diese Ermäßigung verweist derzeit nur auf die Voraussetzungen / Bemessungsgrundlage für angestellte Ärzte, nicht auf lit b für niedergelassene Ärzte. Dies ist insofern relevant, als 1) unterschiedliche BMGI für die Ermäßigung heranzuziehen sind und 2) AA erst im Nachhinein / NA im selben Jahr die Ermäßigung zu beantragen haben. Aus diesem Grund erfolgt die Klarstellung, dass auch Abs 3. lit b für diese Ermäßigungsvariante zu berücksichtigen ist. Aufgrund der neuen lit d wird auch diese hier vorgesehen.

Absatz 6 lit b): Es erfolgt eine systematische Anpassung. (In § 9 (3) lit c wird für die GuE ebenfalls von „zwei Jahren“ gesprochen.)

§ 14 Vermögensbildung

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Erstzitate von Gesetzen)

Absatz 3: 1) Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Aufgrund des neuen § 1 Abs. 5 kann ein Verweis auf die aktuelle Fassung entfallen.)

2) Unter Berücksichtigung der Gutachten von Prof. Raschauer und Prof. Stolz wird § 14 Abs. 3 neu formuliert bzw. erfolgen Klarstellungen. Es wird klargestellt, dass zwischen dem Innen- und Außenverhältnis zu unterscheiden ist. Neben den für die Vermögensveranlagung beauftragbaren Beratern erfolgt auch eine Klarstellung, dass der VA auch in Angelegenheiten, die in seine Zuständigkeit fallen, Experten beiziehen kann (z.B. Prof. Stolz bei der Ausarbeitung von Satzungsänderungen). Unterausschüsse sind im Ärztegesetz nicht vorgesehen, weshalb zur Klarstellung normiert wird, dass entsprechende Erledigungen/Entscheidungen dem VA zur Beschlussfassung vorzulegen sind.

§ 15 Pflichten der Kammerangehörigen und Leistungsempfänger

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 3: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Vereinheitlichung)

Absatz 6: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 16 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

Absatz 3: Derzeit fehlt eine Regelung, wie die von anderen Ärztekammern überwiesenen Pensionsbeiträge aufgeteilt bzw. zugeteilt werden sollen. Dabei gibt es unterschiedliche Varianten, da bspw. unterschiedlich hohe Grund- und Ergänzungsleistungen bei den einzelnen Ärztekammern bestehen. Eine Ergänzungsleistung in einem anderen Bundesland soll aber nicht automatisch zu einer Ergänzungsleistung bei der Stmk ÄK führen, da zuerst die Grund- und Ergänzungsleistung „aufgefüllt“ werden soll. Wenn der GuE-Topf des jeweiligen Beitragsjahres voll ist, erfolgt die Restzuteilung zu den Ergänzungsleistungen, wobei bei Neuzugängen nur mehr die BZV in Frage kommt. (Entspricht auch der derzeitigen Praxis. Eine Regelung hierzu gibt es nur für die BZV)

§ 16a Streichung und Beitragsrückersatz

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Vereinheitlichung)
3) Wie § 115 (1) ÄrzteG 1998 zu entnehmen ist, ist auch ein Anspruch auf Leistung aus dem WFF bei der Refundierung zu berücksichtigen. Derzeit fehlt dieser Teil in den Satzungen. Zur Klarstellung und um eine mögliche Ärztesgesetzwidrigkeit (Bei Auslegung ohne Berücksichtigung dieses Halbsatzes kann dies zu anderen Voraussetzungen für die Refundierung bzw. für den Leistungsanspruch eines ehemaligen Kammerangehörigen führen) zu vermeiden, soll die entsprechende Bestimmung ans ÄrzteG 1998 angepasst werden.

§ 18 Verwaltungsausschuss

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 4: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 5: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 6 lit b): Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 6 lit d): Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 20 Geschäftsführung

Absatz 5: Wie Herr Prof. Stolz in seinem für den Verwaltungsausschuss erstellten Gutachten ausführt, bezieht sich Abs. 5 nur auf den hoheitlichen / öffentlich-rechtlichen Bereich des WFF, weshalb diese Unterschriftenregelung nur für solche Bereiche heranzuziehen ist. (Klarstellung)

§ 21 Leistungsanspruch, Beitragsschuld, Verminderung der Leistung

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 4: Derzeit sieht § 21 Abs. 3 eine Regelung zur Festlegung der Leistung vor, § 39 regelt dabei als lex specialis die Festsetzung der Leistung bei der BZV. Insbesondere bei Antritt der Altersversorgung ergeben sich Fragen zur Feststellung und Festsetzung der Pension sowie Fälligkeit und zur Handhabung und Vorgehensweise bei Beitragsschulden. Auch das Verhältnis zwischen Abs. 2 und Abs. 3 ist nicht klar ersichtlich. (Bspw.: Wenn nach Abs. 2 fällige Beiträge von den Leistungen abgezogen werden können, wieso sind diese fälligen Beiträge dann bei der Leistungsfestsetzung nach Abs. 3 nicht zu berücksichtigen. Man bezahlt dadurch ja sozusagen die offenen Beiträge direkt mit den eigenen Leistungen, die man erhält.). Es ergibt sich auch ein Problem mit der Fälligkeit, da ein Pensionsantritt keine Auswirkungen auf die offenen Beiträge hat, die Fälligkeit tritt grundsätzlich mit Ablauf des Kalenderjahres ein. Demzufolge müssten Beiträge, die eigentlich bei der Pensionsfeststellung berücksichtigt werden sollten (tatsächlich bezahlt), erst nach Ablauf des Kalenderjahres beglichen werden. Es gibt auch keine Regelung zur Frage, wie mit Beitragsschulden bzw. verspätet beglichenen Beiträgen zu verfahren ist (bspw.: Bescheidabänderung / Abschreibung).

Zusätzliche Probleme ergeben sich durch die unterschiedliche Regelung des § 21 Abs. 3 und § 39, der als lex specialis für die BZV von einem vorläufigen und einem endgültigen Bescheid spricht. Dies bedeutet einen deutlichen Verwaltungsmehraufwand und könnte für einen Pensionisten bis zu 3 Bescheide bedeuten. Allerdings enthält auch § 39 keine Regelung zur Fälligkeit und zur Handhabung

von offenen (fälligen) Beiträgen, wenn nachträglich eine Zahlung (auch nach Ausstellung des endgültigen Bescheides) erfolgt (2. endgültiger Bescheid / Abschreibung)

Aus den genannten Gründen erfolgt eine Klarstellung zur Festsetzung der Leistung in § 21 Abs. 4 und § 39, damit eine einheitliche Vorgehensweise gesichert ist.

Die Festsetzung erfolgt (weiterhin) auf Basis der tatsächlich geleisteten Beiträge. Liegen im Zeitpunkt der Festsetzung der Leistung noch offene fällige Beiträge vor, wird der Kammerangehörige unter Fristsetzung aufgefordert, die Beitragsschuld zu begleichen. Erfolgt dies nicht fristgerecht, werden die Beiträge (sämtliche Beiträge, nicht nur die Pensionsbeiträge) unter Reduktion des Leistungsanspruches abgeschrieben. Vorab erfolgt eine entsprechende Information.

Die Fälligkeit der offenen Beiträge mit geplantem Antritt der Versorgungsleistung bzw. bei Rückwirkung mit Antragstellung wird noch ergänzend in § 11 Abs. 1 BO geregelt.

§ 22 Altersversorgung, vorzeitige Altersversorgung, Bonus

Absatz 1: Unter Berücksichtigung von § 97 (1) Z 4 ÄrzteG 1998 und § 2 Abs. 1 lit d sind auch dem ehemaligen Kammerangehörigen und Hinterbliebenen von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115 ÄrzteG 1998), Leistungen zu gewähren.

§ 23 sieht für die Invaliditätsversorgung bereits eine eigene Bestimmung für solche ehemaligen Kammermitglieder vor. Für die BHU wird eine entsprechende Ergänzung im Rahmen dieser Änderungsvorschläge ebenfalls vorgesehen.

Zur Klarstellung, dass eben auch ehemalige Kammerangehörige eine Pensionsleistung beantragen können (wenn die Voraussetzungen vorliegen), soll die Ergänzung „(ehemalig)“ vorgenommen werden.

Absatz 6: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen.

Absatz 7: Es ergibt sich aus den Satzungen, insbesondere der Bestimmung in § 22 (primär Abs. 2) nicht zweifelsfrei die Begründung, dass die Auszahlung der Pension eingestellt wird, wenn nach dem Pensionsantritt (wieder) ein Dienstverhältnis eingegangen wird. In diesem Zusammenhang stellt sich die ergänzende Frage, ob hier aufgrund der Ausnahme in Abs. 3 und 4 die Argumentation möglich ist, dass ab diesem Zeitpunkt ein Dienstverhältnis nicht mehr hinderlich ist. Aus diesem Grund erfolgt eine Klarstellung, dass nach Pensionsantritt kein Dienstverhältnis mehr möglich ist, andernfalls kommt es zu einer Unterbrechung der Versorgungsauszahlung.

§ 23 Invaliditätsversorgung

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2a: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen.

3) Für Hinterbliebene ist grundsätzlich keine Invaliditätsversorgung vorgesehen, weshalb hier nur die ehemaligen Kammerangehörigen gemeint sein können. (Redaktionsversehen)

Absatz 3: 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

2) Sofern keine Beiträge gezahlt werden (also konkret € 0,00 Einnahmen/Einkommen/Einkünfte oder bspw. wegen Exekution keine Beiträge geleistet werden), soll dieser Umstand Eingang in die Entscheidungsgründe finden. Entsprechend der Regelung in § 23 Abs. 3 kann hier ebenfalls diese Problemstellung berücksichtigt werden. Sofern über eine gewisse Zeit keine Beiträge geleistet werden, kann der VA auch eine Kürzung unter die festgelegten Mindestansprüche vorsehen.

Absatz 5: 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

2) Aufgrund der aktuellen Rechtslage ist von Amts wegen die Invaliditätsversorgung anstelle des Krankengeldes zu gewähren, sofern eine dauernde oder vorübergehende Invalidität vorliegt oder die Voraussetzungen für die Gewährung der (vorzeitigen) Altersversorgung erfüllt sind. Zwar kann diese Bestimmung auch als Ermessensbestimmung aufgefasst werden, zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten soll aber eine Anpassung erfolgen. Durch den Änderungsvorschlag liegt es im Ermessen des VA, diese Vorgangsweise zu wählen oder weiter (bis max. 1 Jahr) die Krankenbeihilfe zu gewähren.

Absatz 6: Die aktuelle Bestimmung enthält zwar die vorübergehende und dauernde Invalidität, aber keine eindeutige Regelung zur Handhabung (insbesondere der befristeten/vorübergehenden Invaliditätsversorgung). Der Lösungsvorschlag orientiert sich an der ehemaligen Regelung im ASVG.

§ 24 Kinderunterstützung

Absatz 3: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 4: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (EStG 1988 – erstmalige Nennung bereits in § 2 Abs. 3 – BGBl kann daher entfallen / 2) FLAG 1967 wird das erste Mal erwähnt)

Absatz 5: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 6: 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung. (Vereinheitlichung)

2) In Abs. 6 sind „nur“ die normale Altersversorgung und die vorzeitige Altersversorgung genannt. Im Gegensatz dazu nennen § 25 Abs. 5 und § 26 Abs. 2 auch die Invaliditätsversorgung. Es ist davon auszugehen, dass auch Kindern von IV-Beziehern die Möglichkeit gegeben sein soll, Kinderunterstützung zu beantragen. (Dies entspricht auch der derzeitigen Verwaltungspraxis)

3) Der mittlere Teil von Abs. 6 ist zu streichen, da dies in der Praxis totes Recht darstellt und nicht angewendet wird.

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

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine legistische Anpassung.

Absatz 3: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen.

Absatz 5: 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

2) Aufgrund der Formulierung „gebührt hätte“ wird bei aktiv verstorbenen Ärzten § 23 Abs. 2 herangezogen. Es werden also die eigenen, gekürzten Ansprüche mit den Mindestansprüchen verglichen. Das Ergebnis stellt die Basis für die Witwerversorgung dar. Zur Klarstellung, dass dieses Prozedere damit gemeint ist, soll eine entsprechende Verweisung eingefügt werden.

3) Der mittlere Teil von Abs. 5 ist zu streichen, da dies in der Praxis totes Recht darstellt und nicht angewendet wird.

§ 26 Waisenversorgung

- Absatz 2:** 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung. (Vereinheitlichung: % anstelle von v.H.)
 2) Aufgrund der Formulierung „gebührt hätte“ wird bei aktiv verstorbenen Ärzten § 23 Abs. 2 herangezogen. Es werden also die eigenen, gekürzten Ansprüche mit den Mindestansprüchen verglichen. Das Ergebnis stellt die Basis für die Waisenversorgung dar. Zur Klarstellung, dass dieses Prozedere damit gemeint ist, soll eine entsprechende Verweisung eingefügt werden.
 3) Der mittlere Teil von Abs. 2 ist zu streichen, da dies in der Praxis totes Recht darstellt und nicht angewendet wird.

§ 26a Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche

- Absatz 1:** 1) Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)
 2) Um eine Rechtsunsicherheit in Zusammenhang mit dem Zeitpunkt, in dem die jeweilige Leistung unter dem Grundleistungszehntel liegt, zu beseitigen, wird der Anfallszeitpunkt in der Regelung ergänzt. Dadurch soll klargestellt werden, dass der erste Monat, in dem die Leistung vom Verwaltungsausschuss zugesprochen wird (mit Antragstellung, rückwirkend, etc.), ausschlaggebend für die Beurteilung der Höhe der monatlichen Leistung ist.
 3) Die Regelung über die Handhabung von Leistungen, bei denen aufgrund ihrer geringen Höhe eine einmalige Abfindung anstelle einer monatlichen Auszahlung erfolgt, nimmt konkreten Bezug auf unbefristete und befristete Leistungen. Leistungen nach §§ 24, 26 und 37 fallen aber nicht unter dieses Schema, da sie weder befristet noch unbefristet zugesprochen werden. Grundsätzlich werden Leistungen bis zum 18. Lebensjahr zuerkannt, bei Vorliegen der Voraussetzungen bis zum 27. Lebensjahr und bei Vorliegen der Voraussetzungen (Behinderung) bis zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit. Aus diesem Grund kann hier keine eindeutige Regelung für diese Leistungen entnommen werden. Mangels Kenntnis des Vorliegens der zukünftigen Voraussetzungen soll hier eine einfache Regelung getroffen werden, andernfalls müsste man zahllose Bedingungen bzw. mehrfache Befristungen oder Ähnliches vorsehen, um den unterschiedlichen Fällen gerecht zu werden. Dies würde aber dem Zweck der Regelung, nämlich einer Verwaltungsvereinfachung, erst recht widersprechen. Demzufolge soll eine starre Grenzziehung für alle Fälle mit dem 27. Lebensjahr erfolgen.

§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

Absatz 1 und 2: Unter Berücksichtigung der im Rahmen dieser Änderungen erörterten Thematik zur BHU und befristeten/vorübergehenden Invaliditätsversorgung soll eine Änderung in Abs 1 und Abs 2 erfolgen. Der befristete IV-Empfänger – er zählt nach § 68 Abs. 1 ÄrzteG 1998 zu den ordentlichen Mitgliedern – im Sinne des Abs. 1 wie ein ordentlicher Kammerangehöriger behandelt werden. Der befristete IV-Empfänger soll sich nicht gegen die Beitragspflicht in § 10 Abs. 4 aussprechen können, da er im Anschluss – im besten Fall – wieder ärztlich tätig sein könnte. Dadurch trifft diese Bestimmung in Abs. 2 nicht auf die vorübergehende Invaliditätsversorgung zu.

Es erfolgt eine Ergänzung um „dauernde“ Invaliditätsversorgung und Einordnung des befristeten IV-Empfängers unter Abs 1 bei den ordentlichen Kammerangehörigen (Aktiven).

Absatz 2a: Unter Berücksichtigung von § 97 Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 und § 2 Abs. 1 lit d SWF sind auch dem ehemaligen Kammerangehörigen und Hinterbliebenen von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115 ÄrzteG 1998), Leistungen zu gewähren.

Bei der BHU wird in Abs. 1 und Abs. 2 nur zwischen Kammerangehörigen und Empfängern einer Versorgungsleistung unterschieden. Dementsprechend fällt der Tod eines ehemaligen Kammerangehörigen wohl unter Abs. 1, weshalb Anspruchsberechtigten nach einem verstorbenen ehemaligen Kammerangehörigen die volle Leistung zu bezahlen ist.

Dementsprechend ist – vergleichbar mit § 23 Abs. 2a – eine zusätzliche Bestimmung zur Klarstellung vorgesehen, wonach die ehemaligen Kammerangehörigen wie Empfänger einer Versorgungsleistung zu behandeln sind. In Abs. 2a erfolgt die Regelung für die Bestattungsbeihilfe.

Absatz 4: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Der Verweis erfolgt auf die BO / § 9a existiert nicht in den Satzungen)

Absatz 4a: Unter Berücksichtigung von § 97 Abs. 1 Z 4 ÄrzteG 1998 und § 2 Abs. 1 lit d SWF sind auch dem ehemaligen Kammerangehörigen und Hinterbliebenen von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115 ÄrzteG 1998), Leistungen zu gewähren.

Bei der BHU wird in Abs. 1 und Abs. 2 nur zwischen Kammerangehörigen und Empfängern einer Versorgungsleistung unterschieden. Dementsprechend fällt der Tod eines ehemaligen Kammerangehörigen wohl unter Abs. 1, weshalb Anspruchsberechtigten nach einem verstorbenen ehemaligen Kammerangehörigen die volle Leistung zu bezahlen ist.

Dementsprechend ist – vergleichbar mit § 23 Abs. 2a – eine zusätzliche Bestimmung zur Klarstellung vorgesehen, wonach die ehemaligen Kammerangehörigen wie Empfänger einer Versorgungsleistung zu behandeln sind. In Abs. 4a erfolgt die Regelung für die Hinterbliebenenunterstützung.

§ 28 Krankenbeihilfe und Wochengeld

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen.

3) Die Bestimmung regelt die Wartezeit bei Hausbehandlung, bei stationärem Aufenthalt und bei Hausbehandlung im direkten Anschluss an einen stationären Aufenthalt. Wenn die stationäre Behandlung auf die Hausbehandlung folgt, kann somit der Bestimmung nicht entnommen werden, ob trotzdem erst ab dem 4. Tag der Aufnahme eine KrB zu gewähren ist oder ob durch die Hausbehandlung (14 Tage Wartezeit) die Wartezeit für den stationären Aufenthalt auch abgedeckt ist.

Dies soll durch eine Generalklausel gelöst werden: Ab dem 15. Tag der Berufsunfähigkeit wird die Krankenbeihilfe jedenfalls entsprechend Abs. 8 ohne Wartezeit gewährt. Dabei soll klargestellt werden, dass dann der jeweilige Tarif (sofern NA) zur Anwendung kommt.

Absatz 2: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (einheitliche Begriffsverwendung – in Angleichung an Abs. 1)

Absatz 3: 1) Derzeit gibt es für die Krankenbeihilfe nur eine Verjährungsfrist im Rahmen der Spruchpraxen. Da diese allerdings rechtlich nicht verbindlich sind und auch keine Verordnung darstellen, kann man sich nur schwer auf eine solche Verjährung berufen. Damit diese Verjährungsfrist zur Geltung kommt, soll sie in die Satzungen übernommen werden, wobei hier eine 3-jährige Frist (absolute Frist) vorgesehen wird.

2) Eigenbestätigungen zählen nicht als Nachweis, weshalb dies wohl vorsichtshalber in die Satzungen aufzunehmen ist. (Dies entspricht der aktuellen Praxis.) Wenn nun ein Kammermitglied eine Eigenbestätigung vorlegt, müsste diese mangels Bestimmung in den Satzungen als Begründung herangezogen und akzeptiert werden. Zusätzlich sollen auch Bestätigungen von nahen Angehörigen, wobei dieser Begriff ebenfalls definiert wird, als Nachweis ausgeschlossen werden.

Absatz 5: 1) Da hier von 52 Wochen Gewährung gesprochen wird, ist davon auszugehen, dass hier die Wartezeit (die keine Gewährungszeit im eigentlichen Sinn darstellt) nicht bei den 52 Wochen mitzurechnen ist. Daher soll zur Klarstellung ergänzt werden, dass die Wartezeit ebenfalls bei der Berechnung der gesamten 52 Wochen zu berücksichtigen ist.

2) Hier ist eine Konkretisierung der 3 Jahresfrist vorzunehmen, insbesondere wie diese zu berechnen ist. Hierzu kann auch auf § 28a Abs. 6 verwiesen werden, wobei diese Regelung auch noch weiter konkretisiert wird. Die Regelung soll einerseits nachvollziehbar sein und andererseits eine Verwaltungserleichterung bewirken. Es ist auf den Beginn des letzten Krankenstandes abzielen und der 3-Jahreszeitraum zu berechnen.

Absatz 6 und 7: 1) Es erfolgt eine legistische Anpassung.

2) Es ist derzeit nicht ersichtlich, ob sich diese Regelung am MSchG orientiert (zwecks Berechnung). Demzufolge uneindeutig ist die Berechnung der Zeiträume, wenn etwa eine Frühgeburt erfolgt: Sind dann 12 Wochen danach das Maximum, werden die 12 Wochen um die Differenz der 8 Wochen (vor Geburtstermin) ergänzt und zählt hier dann etwa ein Maximum von 16 Wochen (8 vorher + 8 nachher Wochen – regulär). Unter Berücksichtigung der derzeitigen Verwaltungspraxis ist davon auszugehen, dass jeder Kammerangehörigen – je nach Geburt – 16 oder 20 Wochen als Maximum das Wochen-geld zusteht. Aus diesem Grund erfolgt eine Ergänzung um eine Maximaldauer. Eine Verkürzung auf max. 16 Wochen nach dem tatsächlichen Geburtstermin ist daher nicht umzusetzen. Dies wird für Frühgeburten extra festgehalten.

Absatz 7: Es erfolgt eine systematische Anpassung. (Vereinheitlichung: Absatz 6)

§ 28a Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt

Absatz 3: 1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

2) Die aktuelle Regelung der Krankenbeihilfe bei Kur oder Reha ist relativ streng formuliert. Es entspricht der Verwaltungspraxis und den VA-Entscheidungen, dass durchaus auch bei nachträglicher Antragstellung oder nachträglicher Unterlagenvorlage diese Leistung gewährt wird, wenn die Voraussetzungen und Unterlagen vorliegen. Aus diesem Grund soll eine solche Basis für eine Gewährung im Ermessen – in Angleichung an die Regelung der normalen Krankenbeihilfe – erfolgen. Dadurch wird die nachträgliche Gewährung bei ausreichender Begründung ermöglicht.

Absatz 4: Es erfolgt eine legistische Anpassung.

Absatz 5: Es erfolgt eine legistische Anpassung.

Absatz 6: In Angleichung der geplanten Berechnung der 3-Jahresfrist bei der „normalen“ Krankenbeihilfe soll diese Konkretisierung auch bei der Kur- und Reha-Beihilfe erfolgen.

Absatz 8: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

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

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung.

§ 29 Notstandsunterstützung

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung.

Absatz 2 lit b): Es erfolgt eine legistische Anpassung.

Absatz 3: Hier wird von einer qualifizierten Mehrheit gesprochen, allerdings gibt es innerhalb der Satzungen keine Definition dieser Mehrheitsverhältnisse. Aus diesem Grund wird hier die notwendige Mehrheit eingefügt.

§ 30 Fortbildungsunterstützung

Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 31 Ergänzende Versorgungsleistung

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen.

§ 33 Leistungen der Beitragsorientierten Zusatzversorgung

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

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

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 37 Waisenversorgung

Es erfolgt eine sprachliche Anpassung. (Vereinheitlichung: % anstelle von v.H.)

§ 38 Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche

1) Um eine Rechtsunsicherheit in Zusammenhang mit dem Zeitpunkt, in dem die jeweilige Leistung unter dem Grundleistungszehntel liegt, zu beseitigen, wird der Anfallszeitpunkt in der Regelung ergänzt. Dadurch soll klargestellt werden, dass der erste Monat, in dem die Leistung vom Verwaltungsausschuss zugesprochen wird (mit Antragstellung, rückwirkend, etc.), ausschlaggebend für die Beurteilung der Höhe der monatlichen Leistung ist.

2) Die Regelung über die Handhabung von Leistungen, bei denen aufgrund ihrer geringen Höhe eine einmalige Abfindung anstelle einer monatlichen Auszahlung erfolgt, nimmt konkreten Bezug auf unbefristete und befristete Leistungen. Leistungen nach §§ 24, 26 und 37 fallen aber nicht unter dieses Schema, da sie weder befristet noch unbefristet zugesprochen werden. Grundsätzlich werden Leistungen bis zum 18. Lebensjahr zuerkannt, bei Vorliegen der Voraussetzungen bis zum 27. Lebensjahr und bei Vorliegen der Voraussetzungen (Behinderung) bis zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit. Aus diesem Grund kann hier keine eindeutige Regelung für diese Leistungen entnommen werden. Mangels Kenntnis des Vorliegens der zukünftigen Voraussetzungen soll hier eine einfache Regelung getroffen werden, andernfalls müsste man zahllose Bedingungen bzw. mehrfache Befristungen oder Ähnliches vorsehen, um den unterschiedlichen Fällen gerecht zu werden. Dies würde aber dem Zweck der Regelung, nämlich einer Verwaltungsvereinfachung, erst recht widersprechen. Demzufolge soll eine starre Grenzziehung für alle Fälle mit dem 27. Lebensjahr erfolgen.

§ 39 Leistungsfeststellung bei offenen Fondsbeiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

1) Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

2) Derzeit sieht § 21 Abs. 3 eine Regelung zur Festlegung der Leistung vor, § 39 regelt dabei als lex specialis die Festsetzung der Leistung bei der BZV. Insbesondere bei Antritt der Altersversorgung ergeben sich Fragen zur Feststellung und Festsetzung der Pension sowie Fälligkeit und zur Handhabung und Vorgehensweise bei Beitragsschulden. Auch das Verhältnis zwischen Abs. 2 und Abs. 3 ist nicht klar ersichtlich. (Bspw.: Wenn nach Abs. 2 fällige Beiträge von den Leistungen abgezogen werden können, wieso sind diese fälligen Beiträge dann bei der Leistungsfestsetzung nach Abs. 3 nicht

zu berücksichtigen. Man bezahlt dadurch ja sozusagen die offenen Beiträge direkt mit den eigenen Leistungen, die man erhält.). Es ergibt sich auch ein Problem mit der Fälligkeit, da ein Pensionsantritt keine Auswirkungen auf die offenen Beiträge hat, die Fälligkeit tritt grundsätzlich mit Ablauf des Kalenderjahres ein. Demzufolge müssten Beiträge, die eigentlich bei der Pensionsfeststellung berücksichtigt werden sollten (tatsächlich bezahlt), erst nach Ablauf des Kalenderjahres beglichen werden. Es gibt auch keine Regelung zur Frage, wie mit Beitragsschulden bzw. verspätet beglichenen Beiträgen zu verfahren ist (bspw.: Bescheidabänderung / Abschreibung).

Zusätzliche Probleme ergeben sich durch die unterschiedliche Regelung des § 21 Abs. 3 und § 39, der als *lex specialis* für die BZV von einem vorläufigen und einem endgültigen Bescheid spricht. Dies bedeutet einen deutlichen Verwaltungsmehraufwand und könnte für einen Pensionisten bis zu 3 Bescheide bedeuten. Allerdings enthält auch § 39 keine Regelung zur Fälligkeit und zur Handhabung von offenen (fälligen) Beiträgen, wenn nachträglich eine Zahlung (auch nach Ausstellung des endgültigen Bescheides) erfolgt (2. endgültiger Bescheid / Abschreibung)

Aus den genannten Gründen erfolgt eine Klarstellung zur Festsetzung der Leistung in § 21 Abs. 4 und § 39, damit eine einheitliche Vorgehensweise gesichert ist.

Die Festsetzung erfolgt (weiterhin) auf Basis der tatsächlich geleisteten Beiträge. Liegen im Zeitpunkt der Festsetzung der Leistung noch offene fällige Beiträge vor, wird der Kammerangehörige unter Fristsetzung aufgefordert, die Beitragsschuld zu begleichen. Erfolgt dies nicht fristgerecht, werden die Beiträge (sämtliche Beiträge, nicht nur die Pensionsbeiträge) unter Reduktion des Leistungsanspruches abgeschrieben. Vorab erfolgt eine entsprechende Information.

Die Fälligkeitstellung der offenen Beiträge mit geplantem Antritt der Versorgungsleistung bzw. bei Rückwirkung mit Antragstellung wird noch ergänzend in § 11 Abs. 1 BO geregelt.

§ 41 Anspruch auf Versorgungsleistung

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 43 Beiträge

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (BO bereits in § 4 erstmalig erwähnt.)

§ 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

§ 46 Streichung und Beitragsrückersatz

Absatz 1: Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Vereinheitlichung)

3) Wie § 115 Abs. 1 ÄrzteG 1998 zu entnehmen ist, ist auch ein Anspruch auf Leistung aus dem WFF bei der Refundierung zu berücksichtigen. Derzeit fehlt dieser Teil in den Satzungen. Zur Klarstellung und um eine mögliche Ärztesgesetzwidrigkeit (Bei Auslegung ohne Berücksichtigung dieses Halbsatzes kann dies zu anderen Voraussetzungen für die Refundierung bzw. für den Leistungsanspruch eines ehemaligen Kammerangehörigen führen) zu vermeiden, soll die entsprechende Bestimmung ans ÄrzteG 1998 angepasst werden.

Absatz 2: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

§ 47 Beitragsüberweisung von anderen Ärztekammern

Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

§ 50 Mitteilungsverpflichtung über Änderungen im Familienstand

Es erfolgen 1) sprachliche und 2) legistische Anpassungen. (Vereinheitlichung)

3) Aus dem Fonds der Beitragsorientierten Zusatzversorgung ist unter anderem auch eine Witwen-/Witwerversorgung zu leisten, weshalb entsprechende Änderungen bekannt zu geben sind. Allerdings sieht § 36 auch die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners vor, weshalb zur Klarstellung und zur Wahrung der Rechtssicherheit hier entsprechende Änderungen bei der eingetragenen Partnerschaft ebenfalls angeführt und bekannt zu geben sind.

§ 51 Verrentungsfaktor

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 3: 1) Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)

2) § 36 sieht auch die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners vor, weshalb zur Klarstellung und zur Wahrung der Rechtssicherheit hier entsprechende Änderungen bei der eingetragenen Partnerschaft auch Einfluss auf die Leistung(en) haben (Neuverrentung). Damit dies auch eindeutig der Bestimmung entnommen werden kann, wird dies ebenfalls aufgenommen

Absatz 4: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 53 Übergangsbestimmungen für die Beitragsorientierte Zusatzversorgung

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 55 Anbringen

Absatz 4a: Derzeit werden Anträge der Witwe / des Waisen ab dem nächstfolgenden Monatsersten nach Ableben des Kammermitgliedes gewährt. Die vorgeschlagene Regelung liegt darin begründet, dass – bspw. bei Ableben am letzten Tag des Monats – diese teilweise nicht rechtzeitig einen Antrag stellen können bzw. aufgrund der emotionalen Situation nicht daran denken. Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme einer Ausnahme für diese Gruppe von bis zu 3 Monaten „Einbringungsfrist“. (In Anlehnung an die Grundbestimmung in Abs. 4) Erfolgt die Antragstellung nach dieser „besonderen Einbringungsfrist“ erfolgt die Beurteilung nach Abs. 4, also abhängig von der konkreten Antragstellung.

Absatz 5: § 112 Abs. 2 ÄrzteG 1998 bzw. § 10 Abs. 6 normieren: „... Eine diesbezügliche, längstens bis zum 1. Jänner 2005 rückwirkende Befreiung ist zulässig.“ – Eine solche rückwirkende Befreiung stimmt nicht mit der Regelung des § 55 Abs. 5 überein, wonach Ansuchen auf Befreiungen binnen 3 Monaten einzubringen sind, andernfalls die Wirksamkeit grundsätzlich erst zum nächstfolgenden Monatsersten eintritt. Es erfolgt daher die Aufnahme des § 10 Abs. 6 als Ausnahme von der Regelung in § 55 Abs. 5.

Absatz 5a: Die Änderung steht in Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Aufhebung der Befreiung (z.B. Pragmatisierung) auf Antrag (§ 10 Abs. 1).

§ 56 Aktenvermerke - Niederschriften

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 58 Ermittlungsverfahren, Vertrauensärzte

Absatz 1: Es erfolgt eine legistische Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

§ 59 Inhalt und Form der Beschlüsse

Es erfolgt eine legistische Anpassung.

§ 61 Übergangsbestimmungen

Absatz 3: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung / Verweiskorrektur auf Abs. 1, der die 18 % Grenze beinhaltet)

§ 62 Inkrafttreten

Absatz 1: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung.

Absatz 2: Es erfolgt eine legistische Anpassung. (Vereinheitlichung)



Die Ärztekammer
Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Dezember 4

2017

Redaktionelle und inhaltliche Änderungen für die Satzungen des Wohlfahrtsfonds

TABELLENÜBERSICHT

Erläuterungen zu den folgenden Ausführungen:

Die folgende Tabelle stellt die aktuell in Geltung stehende Regelung und die geplante Änderung gegenüber.
Eine leere linke Spalte bedeutet, dass ein neuer Paragraph / ein neuer Absatz eingefügt werden soll.

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 1		
1	<p>(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 Bestimmung des Ärztegesetzes in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.</p>	<p>(1) Gemäß der-den Bestimmungen des Ärztegesetzes <u>1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998,</u> ist bei der Ärztekammer für Steiermark zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen ein Wohlfahrtsfonds eingerichtet. Gemäß § 12 des Zahnärztekammergesetzes (<u>ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005,</u> in Verbindung mit § 96 des Ärztegesetzes <u>ÄrzteG 1998</u> 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 Bestimmung des Ärztegesetzes in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.</p>
2	<p>(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.</p>	<p>(3) Jeder Kammerangehörige ist, nach Maßgabe der Vorschriften des Ärztegesetzes/des Zahnärztekammergesetzes sowie auf Grund dieser Satzungen <u>des Wohlfahrtsfonds (SWF),</u> verpflichtet, Beiträge an den Wohlfahrtsfonds zu entrichten, und berechtigt, Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds in Anspruch zu nehmen.</p>
3	<p>(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.</p>	<p>(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 als auch auf die der <u>Zahnärztekammer Landes-zahnärztekammer</u> für Steiermark zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufes. <u>Der Begriff „Arzt“ umfasst ebenfalls den Begriff „Zahnarzt“.</u></p>
4	<p>(5) NEU</p>	<p><u>Soweit in dieser Verordnung auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze oder Verordnungen verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.</u> <u>Verweise ohne Angabe der Gesetzesnorm beziehen sich auf Bestimmungen dieser Verordnung.</u></p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 2		
5	<p>(1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind Leistungen</p> <p>a) an anspruchsberechtigte Kammerangehörige für den Fall des Alters, der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit</p> <p>b) an Kinder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung und</p> <p>c) an Hinterbliebene im Fall des Ablebens eines anspruchsberechtigten Kammerangehörigen</p> <p>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.</p>	<p>(1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind Leistungen</p> <p>e) an anspruchsberechtigte Kammerangehörige für den Fall des Alters, der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit.</p> <p>f) an Kinder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung. und</p> <p>g) an Hinterbliebene im Fall des Ablebens eines anspruchsberechtigten Kammerangehörigen <u>und</u></p> <p>h) 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.</p>
6	<p>(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 EStG 1988 darstellen.</p>	<p>(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 <u>des Einkommensteuergesetzes 1988</u> (EStG 1988), <u>BGBl. Nr. 400/1988</u> darstellen.</p>
§ 3		
7	<p>(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 Erträge des Wohlfahrtsfondsvermögens und die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen mit Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds festzulegen.</p>	<p>(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 Erträge des Wohlfahrtsfondsvermögens und die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen mit Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds festzulegen.</p>
§ 4		
8	<p>(2) Die Grundleistung entspricht der im Sinne des § 98 Abs. 3 ÄrzteG festgelegten wertgesicherten Versorgungsleistung.</p>	<p>(2) Die Grundleistung entspricht der im Sinne des § 98 Abs. 3 ÄrzteG <u>1998</u> festgelegten wertgesicherten Versorgungsleistung.</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
9	<p>(3) Die Ergänzungsleistung besteht:</p> <p>a) bei der Altersversorgung gemäß § 2 Abs. 2 lit. a aus der bis einschließlich 31. Dezember 1984 geltenden Erhöhung der Altersversorgung durch den Bonus im Sinne des § 22 Abs. 6 lit. a und b;</p> <p>b) aus dem sich aus der Gegenüberstellung der Grundleistung (§ 98 Abs. 3 ÄrzteG) und der wertangepassten Leistung (§ 3 Abs. 1) ergebenden Differenzbetrag.“</p>	<p>(3) Die Ergänzungsleistung besteht:</p> <p>a) bei der Altersversorgung gemäß § 2 Abs. 2 lit. a aus der bis einschließlich 31. Dezember 1984 geltenden Erhöhung der Altersversorgung durch den Bonus im Sinne des § 22 Abs. 6 lit. a und b;</p> <p>b) aus dem sich aus der Gegenüberstellung der Grundleistung (§ 98 Abs. 3 ÄrzteG 1998) und der wertangepassten Leistung (§ 3 Abs. 1) ergebenden Differenzbetrag.“</p>
§ 5		
1 0	<p>(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 gemäß § 52a ÄrzteG – OEG mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen.</p>	<p>(1) §-2-Kassenärzte sind Ärzte oder Zahnärzte, die für eine Einzelordination einen kurativen Einzelvertrag mit den dem im in § 2 des zwischen der Ärztekammer für Steiermark <u>oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark</u> und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse abgeschlossenen Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger haben, und Ärzte oder Zahnärzte, die Gesellschafter einer Gruppenpraxis gemäß § 52a ÄrzteG <u>1998 oder § 26 des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, – OEG (offene Erwerbsgesellschaft)</u> mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen.</p>
1 1	<p>(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.</p>	<p>(2) Bei Vorliegen eines kurativen §-2-Kassen-Einzelvertrages-Vertrages im Sinne des Abs 1 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.</p>
1 2	<p>(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 BO genannten Betrag, wobei jeder volle Monat anteilmäßig anzurechnen ist.</p>	<p>(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 BO genannten Betrag, wobei jeder volle Monat, <u>für den tatsächlich ein Beitrag geleistet wurde,</u> anteilmäßig anzurechnen ist.</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 6		
1 3	<p>(3) 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 Differenzbeitrages, 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 zur BO festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und zur Hinterbliebenenunterstützung.</p>	<p>(3) 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 Differenzbeitrages, 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 <u>zu der- zur</u> 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 zur BO festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und <u>zur</u> Hinterbliebenenunterstützung.</p>
§ 7		
1 4	<p>(1) Für den gemäß § 9 Abs. 3 BO pro Jahr zu zahlenden Beitrag werden dem Kammerangehörigen 4 % 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.</p>	<p>(1) Für den gemäß § 9 Abs. 3<u>4</u> BO pro Jahr zu zahlenden Beitrag werden dem Kammerangehörigen 4 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht den Betrag gemäß § 9 Abs. 3<u>4</u> BO, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Betrag gemäß § 9 Abs. 3<u>4</u> BO liegt.</p>
§ 8		
1 5	<p>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 bzw. Beitragsorientierte Zusatzversorgung) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem</p>	<p>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 bzw. Beitragsorientierte Zusatzversorgung <u>gem. §§ 31 ff</u>) mindestens zu Beginn eines jeden</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.	5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.
§ 9		
1 6	(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.	(1) Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds wird alljährlich von der Erweiterten Vollversammlung unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des § 109 Abs. 2 ÄrzteG <u>1998</u> festgesetzt. Im Einzelnen darf die Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds <u>darf</u> 18 % v. H. der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (§ 109 Abs. 3 ÄrzteG <u>1998</u>) nicht überschreiten. <u>Die Überprüfung der 18 %-Grenze erfolgt auf Antrag des Kammerangehörigen. Der Nachweis, dass diese Grenze überschritten wird, obliegt dem Kammerangehörigen.</u>
1 7	(2) lit 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 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. 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).	(2) lit 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 nach-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 <u>1998</u>).
1 8	(2) lit 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	(2) lit 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

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	diesen Teil der Einkünfte (nach Maßgabe Abs. 3 lit. a und b) in einem altersabhängigen Prozentsatz gemäß § 9a auf Basis der jährlichen Einkünfte des zweitvorangegangenen Kalenderjahres aus selbständiger ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit festgesetzt.	diesen Teil der Einkünfte (nach Maßgabe <u>von</u> Abs. 3 lit. a und b) in einem altersabhängigen Prozentsatz gemäß § 9a <u>BO</u> auf Basis <u>der jährlichen Einkünfte des jährlichen Einkommens</u> des zweitvorangegangenen Kalenderjahres aus selbständiger ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit festgesetzt.
1 9	(3) lit 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.	(3) lit 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) <u>sowie und die außergewöhnlichen</u> Belastungen gemäß §§ 34 und 35 EStG 1988 <u>sowie die Freibeträge nach den §§ 105 und 106a EStG 1988 hinwegkommen abziehen sind.</u>
2 0	(3) lit 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 mit null Euro zu unterstellen, 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. Auf Antrag kann der Kammerangehörige auf diese Ermäßigung verzichten, wobei damit auch das Recht auf eine spätere Antragstellung verwirkt wird.	(3) lit c) Bei <u>erstmaliger Praxisgründung oder</u> erstmaliger Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit <u>ist durch zwei Jahre die Beitragsgrundlage für den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung mit null Euro zu unterstellen wird auf Antrag für zwei Jahre ab Aufnahme der wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung auf null Euro ermäßigt</u> , 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. <u>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. Auf Antrag kann der Kammerangehörige auf diese Ermäßigung verzichten, wobei damit auch das Recht auf eine spätere Antragstellung verwirkt wird.</u>
2 1	(3) lit d) Liegt neben der selbständigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt oder Zahnarzt bzw. Wohnsitzarzt oder Wohnsitzzahnarzt auch ein Dienstverhältnis vor, wird die Ermäßigung im Sinne der lit. c auf Antrag gewährt. Der Abzugsvorgang im Sinne des § 12 Abs. 3 BO um den jeweiligen altersabhängigen Beitragssatz bleibt bestehen und kann auch nicht reduziert wer-	(3) lit d) <u>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.</u> Liegt neben der selbständigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>den. Wird das Dienstverhältnis beendet und ist bislang keine Ermäßigung im Sinne der lit. c beantragt worden, so ist eine Ermäßigung für die ersten 2 Jahre nach Wegfall des Dienstverhältnisses auf Antrag zu gewähren. Eine spätere Beantragung der Ermäßigung ist nicht mehr möglich.</p>	<p>oder Zahnarzt bzw. Wohnsitzarzt oder Wohnsitzzahnarzt auch ein Dienstverhältnis vor, <u>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.</u> wird die Ermäßigung im Sinne der lit. c auf Antrag gewährt. Der Abzugsvorgang im Sinne des § 12 Abs. 3 BO um den jeweiligen altersabhängigen Beitragssatz bleibt bestehen und kann auch nicht reduziert werden. <u>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.</u> Wird das Dienstverhältnis beendet und ist bislang keine Ermäßigung im Sinne der lit. c beantragt worden, so ist eine Ermäßigung für die ersten 2 Jahre nach Wegfall des Dienstverhältnisses auf Antrag zu gewähren. Eine spätere Beantragung der Ermäßigung ist nicht mehr möglich.</p>
§ 10		
2 2	<p>(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 oder keine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 27 ZÄG aus, ist er auf Antrag, ausgenommen der für 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.</p>	<p>(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 <u>1998</u> oder keine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 27 ZÄG <u>§ 23 Z 1 ZÄG</u> aus, ist er auf Antrag, ausgenommen der den für die Unterstützungsleistungen nach § 107 ÄrzteG <u>1998</u> einzuhebenden Teil des Fondsbeitrages, von der Verpflichtung nach § 109 ÄrzteG <u>1998</u> zu befreien. Übt der Antragsteller jedoch daneben eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 des ÄrzteG <u>1998</u> oder eine zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 27 ZÄG <u>§ 23 Z 1 ZÄG</u> aus, bleibt die Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung, zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung und zu den Unterstützungsleistungen</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
		<p>nach § 105 ÄrzteG <u>1998</u> bestehen.</p> <p><u>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.</u></p>
<p>2 3</p>	<p>(3) Die Beitragspflicht erlischt</p> <p>a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,</p> <p>b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung oder</p> <p>c) bei Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit, wobei für lit. b und c die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 27) weiter aufrecht bleibt.</p> <p>Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung laut § 22 erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Bei Kammerangehörigen mit §-2-Kassen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds, auch wenn die Altersversorgung nicht in Anspruch genommen wird. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Werden die Verträge mit den §-2-Krankenversicherungsträgern aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.</p>	<p>(3) Die Beitragspflicht erlischt</p> <p>a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,</p> <p>b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. <u>der</u> vorzeitigen Altersversorgung oder</p> <p>c) bei Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit, wobei für lit. b und c die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 27) weiter aufrecht bleibt.</p> <p>Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung <u>laut nach</u> § 22 erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Bei Kammerangehörigen mit §-2-Kassen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds, auch wenn die Altersversorgung nicht in Anspruch genommen wird. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Werden die Verträge mit den §-2-Krankenversicherungsträgern<u>Kassen</u> aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.</p>
<p>2 4</p>	<p>(3a) NEU</p>	<p>(3a) <u>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. Hievon ausgenommen sind nur jene niedergelassenen Ärzte oder Zahnärzte, die einen Vertrag mit den</u></p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
2 5	(4) Bei Beginn der Versorgungsleistung nach §§ 22 und 23 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.	<u>§-2-Kassen haben.</u> (4) Bei Beginn der <u>Bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die Zuerkennung einer</u> Versorgungsleistung nach §§ 22 und 23, <u>ausgenommen bei einer vorübergehenden Invaliditätsversorgung,</u> 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.
2 6	(5) 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) Bei Kammerangehörigen, die ihren Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern <u>oder Landeszahnärztekammern</u> ausüben, entsteht keine Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, wenn die Berufsausübung im Bereich einer anderen Ärztekammer <u>oder Landeszahnärztekammer</u> 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 <u>oder Landeszahnärztekammer</u> oder im Ausland aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 <u>Ärztegesetz</u> letzter Satz <u>ÄrzteG 1998</u>) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung. Wird der Kammerangehörige gleichzeitig Mitglied in der Ärztekammer für Steiermark <u>oder in der Landeszahnärztekammer für Steiermark</u> und in einer anderen Ärztekammer <u>oder Landeszahnärztekammer</u> , 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.
2 7	(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	(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

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zu- steht, 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.	Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zu- steht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds <u>der Ärztekammer für Stei- ermark</u> besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 ÄrzteG <u>1998</u> befreit. Eine diesbezügliche, längstens bis zum 1. Jänner 2005 rückwirkende Befreiung ist zulässig.
2 8	(7) Für jene Kammerangehörigen, die gemäß Abs. 1 bis zum 31.12.2010 von der Beitragsleistung gemäß § 109 ÄrzteG befreit worden sind, bleibt die Bei- tragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung weiter- hin bestehen.	(7) Für jene Kammerangehörigen, die gemäß Abs. 1 bis zum 31.12.2010 von der Beitragsleistung gemäß § 109 ÄrzteG <u>1998</u> befreit worden sind, bleibt die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung wei- terhin bestehen.
2 9	(8) Für Kammerangehörige besteht auf Antrag keine Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezugs des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsg- geldes gemäß § 1 Z 2 KBGG, längstens jedoch bis zur Vollendung des ers- ten Lebensjahres des Kindes. Für die Zeit der Befreiung besteht kein An- spruch auf Leistungen gemäß §§ 28, 28a und 28b SWF.	(8) <u>Für Kammerangehörige besteht während des Bezuges des satzungsg- emäßen Wochengeldes gemäß § 28 Abs 6 und Abs 7 keine Beitragspflicht.</u> Für Kammerangehörige besteht auf Antrag keine Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezugs des einkommensabhängigen Kinderbetreuungs- geldes gemäß § 1 Z 2 <u>des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. Nr. 103/2001</u> , längstens jedoch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Für die Zeit der Befreiung besteht kein Anspruch auf Leistungen gemäß §§ 28, <u>ausgenommen Abs 6 und Abs 7, und 28a-und 28b SWF.</u>
3 0	(9) NEU	(9) <u>Kammerangehörige, ausgenommen niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte mit einem §-2-Kassenvertrag, die ab dem vollendeten 60. Le- bensjahr</u> <u>c) erstmalig in die Ärzte- oder Zahnärzteliste aufgenommen werden</u> <u>oder</u> <u>d) aufgrund einer vormaligen Befreiung von der Beitragspflicht zu ei- nem Wohlfahrtsfonds einer Ärztekammer keinen Leistungsan- spruch haben und es zum Wiederaufleben der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds kommen würde,</u> <u>können sich auf Antrag gemäß lit. a zur Gänze und gemäß lit. b im Ausmaß der vormaligen Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohl- fahrtsfonds befreien lassen. Voraussetzung für diese Befreiung ist der Nachweis über das Bestehen einer Pflichtkrankenversicherung.</u>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 11		
3 1	(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.	(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.
3 2	(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 auf Basis der Erfordernisbeitragsgrundlage zu entrichten.	(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 auf Basis der Erfordernisbeitragsgrundlage zu entrichten.
3 3	(4) NEU	(4) <u>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.</u>
§ 12		
3 4	(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 kann. Ergibt die daraus errechnete Summe weniger als 100 Anwartschaftspunkte, so kann ein Nachkauf bis zur Differenz auf 100 Anwartschaftspunkte beantragt werden.	(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 kann können . Ergibt die daraus errechnete Summe weniger als 100 Anwartschaftspunkte, so kann ein Nachkauf bis zur Differenz auf 100 Anwartschaftspunkte beantragt werden.
§ 13		
3 5	(3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden: a) Kammerangehörige, 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 wer-	(3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden: a) Kammerangehörigen n , 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 wer-

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>den.</p> <p>b) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (gemäß Einkommensteuerbescheid des zweitvorangegangenen Jahres) den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigen, um die Hälfte.</p> <p>c) Kammerangehörige, 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 hinaus ist nicht möglich.</p> <p>d) NEU</p>	<p>den. (<u>§ 5 Abs 3 BO</u>)</p> <p>b) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte <u>oder Wohnsitzärzte</u> oder <u>niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte</u> eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (gemäß Einkommensteuerbescheid des zweitvorangegangenen Jahres) den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigen, um die Hälfte.</p> <p>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 <u>BO</u> hinaus ist nicht möglich.</p> <p>d) <u>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 vorangegangene Beitragsjahr gegen Vorlage des Jahreslohnzettels und des Einkommensteuerbescheids des drittvorangegangenen Jahres erfolgen. (§ 5 Abs 4 BO)</u></p>
3 6	<p>(4) Ärzten oder Zahnärzten, die zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig sind, kann über begründeten Antrag der Beitragsprozensatz ermäßigt werden, jedoch nicht unter 1 %. Die gleiche Ermäßigungsmöglichkeit gilt für die Beiträge zur Zusatzleistung. Eine weitergehende Ermäßigung der Erwei-</p>	<p>(4) Ärzten oder Zahnärzten, die zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig sind, kann über begründeten Antrag der Beitragsprozensatz ermäßigt werden, jedoch nicht unter 1 %. Die gleiche Ermäßigungsmöglichkeit gilt für die Beiträge zur Zusatzleistung. Eine weitergehende Ermäßigung der Erweiterten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehöri-</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>terten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehörigen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. b genannten Grenze liegt. Diese Ermäßigung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr gewährt werden.</p>	<p>gen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. b genannten Grenze liegt. Diese Ermäßigung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr gewährt werden. <u>Eine weitergehende Ermäßigung der Erweiterten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehörigen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt.</u></p>
3 7	<p>(5) 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 Erfordernisbeitrages. Für Kammerangehörige zwischen dem vollendeten 35. und 44. Lebensjahr ist bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände auf Antrag eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 1,5 % des Erfordernisbeitrages zu gewähren.</p>	<p>(5) 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 Erfordernisbeitrages. Für Kammerangehörige zwischen dem vollendeten 35. und 44. <u>45.</u> Lebensjahr ist bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände auf Antrag eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 1,5 % des Erfordernisbeitrages zu gewähren.</p>
3 8	<p>(6) Eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 0,0 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,</p> <p>a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a genannten Grenze liegt,</p> <p>b) für die ersten 24 Monate der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit.</p>	<p>(6) Eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 0,0 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,</p> <p>a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a. <u>lit. b bzw. lit. d</u> genannten Grenze liegt,</p> <p>b) für die ersten 24 Monate <u>zwei Jahre</u> der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit.</p>
§ 14		
3 9	<p>(1) Neben den Beiträgen der Kammerangehörigen fließen dem Wohlfahrtsfonds die erzielten Erträge, Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächtnisse 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</p>	<p>(1) Neben den Beiträgen der Kammerangehörigen fließen dem Wohlfahrtsfonds die erzielten Erträge, Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächtnisse 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</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	in folgende Vermögenswerte anzulegen:	in folgende Vermögenswerte anzulegen:
4 0	(1) Z 1 Guthaben bei Kreditinstituten im Sinne des § 1 Abs. 1 BWG i.d.g.F. mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat;	(1) Z 1 Guthaben bei Kreditinstituten im Sinne des § 1 Abs. 1 BWG i.d.g.F. des Bankwesengesetzes (BWG), BGBl. Nr. 532/1993 mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat;
4 1	(1) Z 5 Versicherungen in Form von Renten- und Lebensversicherungen oder derartiger Rückversicherungen von Versicherungsunternehmen im Sinne des VAG;	(1) Z 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;
4 2	(1) Z 7 Derivative Produkte gemäß § 73 InvFG 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 Z 8 eingesetzt werden;	(1) Z 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 Z 8 eingesetzt werden;
4 3	(3) Die Veranlagung des Vermögens obliegt dem Verwaltungsausschuss. Der Verwaltungsausschuss kann 1. sich gemäß §§ 108 Abs. 2 und 113 ÄrzteG 1998 i.d.g.F. zu diesem Zwecke externer Verwalter, die nach seinen Vorgaben und Richtlinien agieren, und externer Berater bedienen; 2. unter Beachtung und Ausführung der Bestimmungen der Absätze 1 und 2 eigene Veranlagungsrichtlinien mit weitergehenden Spezifikationen festlegen; 3. Kompetenzen zur Unterstützung in 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 an Ausschüsse, die sich aus Mitgliedern des Verwaltungsausschusses zusammensetzen, übertragen, deren Erledigungen vom Verwaltungsausschuss – nach Maßgabe der Dinglichkeit auch zeitlich nachfolgend – zu beschließen sind.	(3) <u>1.</u> Die Veranlagung des Vermögens obliegt dem Verwaltungsausschuss. <u>(Innenverhältnis)</u> <u>2.</u> Dem Präsidenten kommt die Außenvertretungskompetenz zu. <u>(Außenverhältnis)</u> <u>3.</u> Der Verwaltungsausschuss kann a) sich gemäß §§ 108 Abs. 2 und 113 <u>Abs 1</u> ÄrzteG 1998 <u>i.d.g.F. zu diesem Zwecke externer Verwalter, die nach seinen Vorgaben und Richtlinien agieren, und externer Berater bedienen 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 beziehen;</u> b) unter Beachtung und Ausführung der Bestimmungen der Absätze 1 und 2 eigene Veranlagungsrichtlinien mit weitergehenden Spezifikationen festlegen; <u>und</u> c) <u>sich zur Vor- und Aufbereitung, insbesondere bei Immobilienprojekten im Sinne des Abs 1 Z 4, eines Ausschusses (z.B. Wirtschaftsausschuss) bedienen, der sich aus Mitgliedern des Verwaltungsausschusses zusammensetzt, wobei eines davon ein Vertreter der Landeszahnärzte-</u>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
		<p>kammer für Steiermark zu sein hat. Die im Ausschuss erfolgten Erledigungen sind dem Verwaltungsausschuss zur Beschlussfassung vorzulegen.</p> <p>Kompetenzen zur Unterstützung in der Vermögensveranlagung in Vermögenswerte gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 an den Präsidenten und Finanzreferenten;</p> <p>in Vermögenswerte gemäß Abs. 1 Z 4 an Ausschüsse, die sich aus Mitgliedern des Verwaltungsausschusses zusammensetzen;</p> <p>übertragen, deren Erledigungen vom Verwaltungsausschuss — nach Maßgabe der Dinglichkeit auch zeitlich nachfolgend — zu beschließen sind.</p>
§ 15		
4 4	(1) Die Kammerangehörigen sind gemäß § 109 Abs. 1 ÄrzteG 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.	(1) Die Kammerangehörigen sind gemäß § 109 Abs. 1 ÄrzteG <u>1998</u> verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds zu leisten. Zu seiner Erfassung hat jeder Arzt oder Zahnarzt im Rahmen seiner Anmeldung nach § 68 Abs. 3 ÄrzteG <u>1998</u> oder nach § 12 ZÄG das für den Wohlfahrtsfonds bestimmte Formblatt gewissenhaft auszufüllen.
4 5	(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: ... 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.	(3) Kammerangehörige haben der Ärztekammer für Steiermark gemäß § 96a ÄrzteG <u>1998</u> folgende für den Wohlfahrtsfonds relevante Daten <u>unverzüglich</u> sowie jede Änderung dieser Daten <u>unverzüglich, im Falle von Änderungen</u> längstens binnen 4 Wochen, bekannt zu geben: ... Für den Fall, dass die Daten trotz nachweislicher Aufforderung nach Ablauf einer angemessenen <u>en gesetzten</u> 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 6	(6) Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Meldung im Sinne der Absätze 2 bis 5 eingetretenen Folgen haftet der Säumige.	(6) Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Meldung im Sinne der Absätze 2 bis 5 eingetretenen Folgen haftet der Säumige.
§ 16		
	(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohl-	(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG <u>1998</u> , § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer <u>oder Landes Zahnärztekammer</u>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>fahrfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.</p>	<p>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, Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.</p>
4 7	(3) NEU	(3) <u>Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich der Ärztekammer für Steiermark oder der Landeszahnärztekammer 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.</u>
§ 16a		
4 8	(1) Wird ein Kammerangehörige 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 zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rück zu erstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG	(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 zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rück-zu-erstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG <u>1998</u> (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	(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.	ÄrzteG <u>1998</u> (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- <u>oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.</u>
§ 18		
4 9	(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	(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 <u>die Beiträge</u> zum Wohlfahrtsfonds und die Leistungen des Wohlfahrtsfonds betreffen
5 0	(2) ... 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.	(2) ... 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 <u>in den</u> Verwaltungsausschuss gilt das betreffende Verwaltungsausschussmitglied als bestellt.
5 1	(4) Gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Rechtsmittel der Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Landes zu, welches schriftlich oder per Telefax 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.	(4) Gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Rechtsmittel der Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Landes <u>Landesverwaltungsgericht</u> zu, welches schriftlich oder per Telefax <u>Fax</u> 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.

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
5 2	(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 Verwaltungsgericht des Landes zur Entscheidung vorgelegt wird (Vorlageantrag). In der Beschwerdevorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen.	(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 Verwaltungsgericht des Landes <u>Landesverwaltungsgericht</u> zur Entscheidung vorgelegt wird (Vorlageantrag). In der Beschwerdevorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen.
5 3	(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, 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.	(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, ihres <u>ihrer</u> 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 <u>ziehen</u> .
§ 20		
5 4	(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.	(5) Für die verbindliche Fertigung in <u>öffentlich-rechtlichen</u> Angelegenheiten der Wohlfahrtseinrichtungen nach außen ist jedenfalls die Unterschrift des Präsidenten, des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, in finanziellen Angelegenheiten auch die des Finanzreferenten erforderlich.
§ 21		
5 5	(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 gegenver-	(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 <u>immer</u> diese Leistungen zustehen. Auch Überbezüge von Leistungen durch Leistungsbezieher können mit beanspruchten und gewährten Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	rechnet werden, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel diese Leistungen zustehen.	gegenverrechnet werden, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel <u>immer</u> diese Leistungen zustehen.
5 6	(4) NEU	(4) <u>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 Beitrags-schuld 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)</u>
§ 22		
5 7	(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). 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.	(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu. Diese Leistungen werden <u>(ehemaligen)</u> Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Über gesonderten Antrag ist <u>(ehemaligen)</u> 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.
5 8	(6) Leistungsempfängern, die ausschließlich die Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 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. Hiebei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem ASVG maßgeblichen Bestimmungen ana-	(6) Leistungsempfängern, die ausschließlich die Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 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. Hiebei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem <u>Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz</u>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	log 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.	(ASVG), <u>BGBI. Nr. 189/1955</u> , 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.
5 9	(7) NEU	(7) <u>Fällt eine der in § 22 Abs 1 bis 6 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 Altersversorgung einzustellen. Die Fortsetzung der Altersversorgung erfolgt zum nächstfolgenden Monatsersten nach (Wieder-) Vorlage aller normierten Voraussetzungen, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag.</u>
§ 23		
6 0	(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 und Anlage 2 IV zur BO über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.	(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 und <u>der</u> Anlage 2 IV zur BO über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.
6 1	(2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgungsleistung in der Grund- und Ergänzungsleistung und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte 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 2 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung	(2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgungs <u>leistung</u> in der Grund- und Ergänzungsleistung und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte 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 2 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 2 VI zur BO festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.	unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 2 VI zur BO festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.
6 2	(2a) Für ehemalige Kammerangehörige und deren Hinterbliebene (§ 97 Abs. 1 Z 4 ÄrzteG), soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115 ÄrzteG), entspricht das Ausmaß der Invaliditätsversorgungsleistung 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 2 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Die Regelung über die Mindestansprüche gemäß Anlage 2 VI zur BO ist nicht anzuwenden.	(2a) Für ehemalige Kammerangehörige und deren Hinterbliebene (§ 97 Abs. 1 Z 4 ÄrzteG <u>1998</u>), soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115 ÄrzteG <u>1998</u>), entspricht das Ausmaß der Invaliditätsversorgungsleistung 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 2 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Die Regelung über die Mindestansprüche gemäß Anlage 2 VI zur BO ist nicht anzuwenden.
6 3	(3) 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 zur BO festgelegten Mindestansprüche durchführen, wobei sich die Kürzung an den Prozentpunkten zu orientieren hat, die ohne Ermäßigung oder Nachsicht erworben hätten werden können.	(3) Im Falle von Ermäßigungen oder Nachsicht der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds kann der Verwaltungsausschuss nach Maßgabe der individuellen Situation eine entsprechende Kürzung auch unter den die in der Anlage 2 VI zur BO festgelegten Mindestansprüche durchführen, wobei sich die Kürzung an den Prozentpunkten zu orientieren hat, die ohne Ermäßigung oder Nachsicht erworben hätten werden können. <u>Diese Bestimmung gilt sinngemäß auch für Kammerangehörige, die über einen längeren Zeitraum keine Beiträge leisten.</u>
6 4	(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 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.	(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 haben können auch ohne Antrag <u>schon früher</u> an Stelle der Krankenbeihilfe <u>schon früher zu</u> 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.

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
6 5	(6) NEU	(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		
6 6	(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.	(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.
6 7	(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 oder bei Begründung einer eingetragenen Partnerschaft.	(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 e diese den im in § 5 <u>Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG 1967)</u> , BGBl. <u>Nr. 376/1967,</u> jeweils festgesetzten Betrag übersteigen; b) bei Verhehlung oder bei Begründung einer eingetragenen Partnerschaft.
6 8	(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.	(5) Im Sinne dieser Bestimmungen sind Kinder einer Person: a) deren eheliche Kinder, b) deren Wahlkinder (Adoptivkinder), c) deren außereheliche Kinder, für die <u>eine</u> gesetzliche Unterhaltspflicht besteht.
6 9	(6) Die Kinderunterstützung beträgt 20 v. H. der Altersversorgung 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 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 zur BO festgelegten Bemessungsbetrag, so kann der Verwaltungsausschuss in begründeten Einzelfällen die Leistung, höchstens auf Basis dieses	(6) Die Kinderunterstützung beträgt 20- v. H. <u>%</u> der Alters- versorgung <u>oder Invaliditätsversorgung</u> 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 <u>und</u> im Falle des Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert, auf 22,5- v. H. <u>%</u> . Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Kinderunterstützung unter dem in der Anlage 2 II a zur BO festgelegten Bemessungsbetrag, so kann der Verwaltungsaus-

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>Bemessungsbetrages, festlegen. Die sich daraus ergebende erhöhte Leistung kann für die gesamte Dauer des Leistungsanspruches oder für bestimmte Zeit gewährt werden.</p> <p>Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV zur BO).</p>	<p>schuss 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.</p> <p>Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog der <u>zur</u> Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV zur BO).</p>
	§ 25	
7 0	<p>(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 eingetragenen Partnerschaft gelebt hat, die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners zu gewähren.</p>	<p>(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 eingetragenen <u>eingetragener</u> Partnerschaft gelebt hat, die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners zu gewähren.</p>
7 1	<p>(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 zum Zeitpunkt des Todes des Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als drei Jahre bestanden hat. Dies gilt nicht, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(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 <u>oder die eingetragene Partnerschaft</u> zum Zeitpunkt des Todes des Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als drei Jahre bestanden hat. Dies gilt nicht, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
7 2	<p>(3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten oder eingetragenen Part-</p>	<p>(3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten <u>Ehegatten</u> oder eingetra-</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>ner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden bzw. aufgelöst 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 oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte.</p> <p>Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe entstanden sein.</p> <p>Hat der frühere Ehegatte oder der frühere eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder auf die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners längstens bis zum Ablauf der Frist. Die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere eingetragene Partner gegenüber dem verstorbenen Kammerangehörigen 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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGBI. 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. <p>Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und An- 	<p>genen Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen <u>oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung</u> für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden bzw. aufgelöst worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige <u>oder der Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung</u> 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.</p> <p>Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe <u>oder eingetragenen Partnerschaft</u> entstanden sein.</p> <p>Hat der frühere Ehegatte oder der frühere eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen <u>oder den Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung</u> nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder auf die-Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners längstens bis zum Ablauf-der <u>dieser</u> Frist. Die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere eingetragene Partner gegenüber dem verstorbenen Kammerangehörigen <u>oder dem verstorbenen Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung</u> 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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGBI. 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. <p>Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>spruch auf Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.</p> <p>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 Anspruch (unter Ausschluss der Bonuszahlungen nach § 22 Abs. 6 und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5) 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 bzw. des oder der früheren eingetragenen Partner dürfen insgesamt 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.</p>	<p>Ehe ein Kind legitimiert worden ist oder die Ehegatten ein gemeinsames Wahlkind angenommen haben und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen <u>oder des Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung</u> dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.</p> <p>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 <u>oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung</u> Anspruch (unter Ausschluss der Bonuszahlungen nach § 22 Abs. 6 und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5) 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 bzw. des oder der früheren eingetragenen Partner dürfen insgesamt 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.</p>
7 3	<p>(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 gebührt hätte, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.</p> <p>Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleis-</p>	<p>(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 <u>in sinngemäßer Anwendung von § 23 Abs 2</u> gebührt hätte, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.</p> <p>Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleis-</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>tung für die Berechnung der Witwen- bzw. Witwerversorgung oder der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners unter dem in der Anlage 2 II a zur BO 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.</p> <p>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 der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV zur BO).</p>	<p>tung für die Berechnung der Witwen- bzw. Witwerversorgung oder der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners unter dem in der Anlage 2 II a zur BO 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.</p> <p>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 der <u>zur</u> Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV zur BO).</p>
§ 26		
7 4	<p>(2) Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit:</p> <p>a) für jede Halbweise 20 v. H., b) für jede Vollweise 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:</p> <p>c) für jede Halbweise 25 v. H., d) für jede Vollweise 50 v. H. der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.</p> <p>Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Waisenversorgung unter dem in der Anlage 2 II a zur BO 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.</p> <p>Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 zur BO).</p>	<p>(2) Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit:</p> <p>a) für jede Halbweise 20 v. H. <u>%</u>, b) für jede Vollweise 40 v. H. <u>%</u>; ab der Erlangung der Volljährigkeit bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres und im Falle des § 24 Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert:</p> <p>c) für jede Halbweise 25 v. H. <u>%</u>, d) für jede Vollweise 50 v. H. <u>%</u> der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder <u>in sinngemäßer Anwendung von § 23 Abs. 2</u> gebührt hätte, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.</p> <p>Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Waisenversorgung unter dem in der Anlage 2 II a zur BO 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.</p> <p>Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog der <u>zur</u> Alters-</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
		versorgung gekürzt (Anlage 2 <u>IV</u> zur BO).
§ 26a		
7 5	(1) Erreichen die unbefristeten Leistungen gem. §§ 22, 23, 24, 25 und 26 jeweils weniger als ein Zehntel der in § 98 Abs. 3 ÄG 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.	(1) Erreichen die unbefristeten Leistungen gem. gemäß §§ 22, 23, 24, 25 und 26 <u>zum Anfallszeitpunkt</u> jeweils weniger als ein Zehntel der in § 98 Abs. 3 ÄG <u>ÄrzteG 1998</u> 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. <u>Leistungen gemäß §§ 24 und 26 werden einheitlich bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres abgefunden.</u>
§ 27		
7 6	(1) Beim Tod eines Kammerangehörigen, der noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung bezieht, ist die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung in maximaler Höhe zu gewähren.	(1) Beim Tod eines Kammerangehörigen, der noch keine Alters- oder <u>dauernde</u> Invaliditätsversorgung bezieht, ist die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung in maximaler Höhe zu gewähren.
7 7	(2) Beim Tod eines Empfängers einer Alters- oder 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 Invalidität seine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ohne Anspruch auf Altersversorgung oder 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.	(2) Beim Tod eines Empfängers einer Alters- oder <u>dauernden</u> 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 <u>dauernden</u> Invalidität seine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ohne Anspruch auf Altersversorgung oder <u>dauernde</u> 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.
7 8	(2a) NEU	(2a) <u>Beim Tod eines ehemaligen Kammerangehörigen (§ 97 Abs 1 Z 4 ÄrzteG 1998) ist die Bestattungsbeihilfe zu gewähren.</u>
7 9	(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, 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 Bei-	(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, <u>und</u> 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

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	trag gemäß §§ 9, 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, 9a geleistet, so besteht kein Anspruch auf die Hinterbliebenenunterstützung.	Beitrag gemäß §§ 9, <u>und</u> 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, <u>und</u> 9a <u>BO</u> geleistet, so besteht kein Anspruch auf die Hinterbliebenenunterstützung.
8 0	(4a) NEU	(4a) <u>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.</u>
§ 28		
8 1	(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 (Erkran-	(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 <u>Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) BGBl. Nr. 1/1957, i. d. g. F.</u> (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 <u>weitergewährt. Ab dem 15. Tag der Berufsunfähigkeit wird die Krankenbeihilfe jedenfalls entsprechend</u>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>kung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich der Wartezeit bei Hausbehandlung und Krankenhausaufenthalt die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersteren Erkrankung.</p>	<p><u>Abs. 8 ohne Wartezeit gewährt.</u> 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 ersteren <u>ersten</u> Erkrankung.</p>
8 2	<p>(2) 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.</p>	<p>(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 Erkrankung Berufsunfähigkeit <u>Erkrankung</u> eine neuerliche Erkrankung Berufsunfähigkeit <u>Erkrankung</u> auf und ist diese auf dieselbe Erkrankung Ursache (Erkrankung oder Unfall) <u>Erkrankung Ursache (Erkrankung oder Unfall)</u> zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit verursacht herbeigeführt <u>verursacht herbeigeführt</u> hat, so gilt hinsichtlich des Beginnes des Anspruches auf Krankenbeihilfe die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersteren <u>ersten</u> Erkrankung.</p>
8 3	<p>(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. Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen.</p>	<p>(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. <u>Der Anspruch auf Krankenbeihilfe verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Berufsunfähigkeit</u> Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen. <u>Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.</u></p>
8 4	<p>(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 in die Berechnung dieser maximalen</p>	<p>(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 <u>sowie jeweils die Wartezeit</u> in die Be-</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	Bezugsdauer miteinbezogen wird.	rechnung dieser maximalen Bezugsdauer miteinbezogen wird. <u>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.</u>
8 5	<p>(6) 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.</p> <p>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.</p> <p>Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Wohnsitzärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.</p> <p>Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p>	<p>(6) 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 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten acht 8 Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum bis zu zwölf 12 Wochen.</p> <p>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. <u>Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. 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).</u></p> <p>Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag.</p> <p>Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Wohnsitzärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärzte-</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
		<p>kammer für Steiermark <u>bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark</u> seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.</p> <p>Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p>
8 6	<p>(7) 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.</p> <p>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.</p> <p>Voraussetzung für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen ist, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.</p> <p>Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p>	<p>(7) 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 <u>12</u> Wochen.</p> <p>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. <u>Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. 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).</u></p> <p>Voraussetzung für <u>die Gewährung des Wochengeldes ist für</u> angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen ist, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark <u>bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark</u> seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.</p> <p>Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	§ 28a	
8 7	<p>(3) Für die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt hat sich der Arzt im Sinne des Abs. 1 einer mindestens 14 Tage und maximal 21 Tage andauernden ununterbrochenen Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Nachweise abhängig, wobei bei Fehlen auch nur eines der Nachweise die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zu versagen ist:</p> <p>a) Vor Antritt der Behandlung ist eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung nachzuweisen oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur- bzw. Rehabilitation ergeben und</p> <p>b) nach Beendigung des Aufenthaltes sind anhand von Unterlagen der Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung der durchgehende Aufenthalt in der sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt, die ärztliche Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie die absolvierten Therapien nachzuweisen.</p>	<p>(3) Für die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt hat sich der Arzt <u>Kammerangehörige</u> im Sinne des Abs. 1 einer mindestens 14 Tage und maximal 21 Tage andauernden ununterbrochenen Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Nachweise abhängig, wobei bei Fehlen auch nur eines der Nachweise die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zu versagen ist:</p> <p>a) Vor Antritt der Behandlung ist eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung nachzuweisen oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur- bzw. Rehabilitation ergeben und</p> <p>b) nach Beendigung des Aufenthaltes sind anhand von Unterlagen der Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung der durchgehende Aufenthalt in der sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt, die ärztliche Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie die absolvierten Therapien nachzuweisen.</p> <p><u>Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung im Sinne der lit. a und b eine Leistung zusprechen.</u></p>
8 8	<p>(4) Abweichend zu Abs. 3 kann eine Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung auch 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 Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich angeboten wird. Der Nachweis darüber ist vom Kammerangehörigen bereits bei der Antragstellung zu erbringen.</p>	<p>(4) Abweichend zu Abs. 3 kann eine Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung auch 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 <u>sanitätsbehördlich genehmigten</u> Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich angeboten wird. Der Nachweis darüber ist vom Kammerangehörigen bereits bei der Antragstellung zu erbringen.</p>
8 9	<p>(5) Bei einem Anschlussheilverfahren in einer sanitätsbehördlich genehmigten Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt kann in begründeten Einzelfällen die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt</p>	<p>(5) Bei einem Anschlussheilverfahren in einer sanitätsbehördlich genehmigten Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt kann in begründeten Einzelfällen die Krankenbeihilfe bei <u>Kur- oder einem</u> Rehabilitationsauf-</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	auch über den 21. Tag hinaus gewährt werden.	enthalt auch über den 21. Tag hinaus gewährt werden.
9 0	(6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist Anlage 2 V zur BO zu entnehmen. Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes, wird die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt nur einmal gewährt.	(6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist Anlage 2 V zur BO zu entnehmen. Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des <u>letzten</u> Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes, wird die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt nur einmal gewährt.
9 1	(8) Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt schließt sich wechselseitig aus.	(8) Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt schließt sich <u>wechselseitig</u> aus.
§ 28b		
9 2	(1) Kammerangehörige, die den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf selbstständig 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 5. im Rahmen des Krankengruppenversicherungsvertrages der Ärztekammer für Steiermark oder 6. durch Selbstversicherung im Rahmen des gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl Nr. 560/1978 i.d.g.F. oder 7. durch Selbstversicherung im Rahmen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl Nr. 189/1955 i.d.g.F. oder 8. durch eine private gleichwertige Krankenversicherung zu erfolgen.	(1) Kammerangehörige, die den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf selbstständig 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 9. im Rahmen des Krankengruppenversicherungsvertrages der Ärztekammer für Steiermark <u>oder Landeszahnärztekammer für Steiermark</u> oder 10. durch Selbstversicherung im Rahmen des gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (<u>GSVG</u>), BGBl Nr. 560/1978 <u>i.d.g.F.</u> oder 11. durch Selbstversicherung im Rahmen des <u>Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl Nr. 189/1955 i.d.g.F. ASVG</u> oder 12. durch eine private gleichwertige Krankenversicherung zu erfolgen.
§ 29		
9 3	(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 EPG einmalige oder wiederkehrende Leistungen gewährt werden. Das Gleiche gilt für Ärzte oder Zahnärzte, die aus dem Wohl-	(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 <u>des Bundesgesetzes über die eingetragene Partnerschaft (Eingetragene Partnerschaft-Gesetz – EPG), BGBl. I Nr. 35/2009,</u>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	fahrtsfonds eine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen.	einmalige oder wiederkehrende Leistungen gewährt werden. Das Gleiche gilt für Ärzte oder Zahnärzte, die aus dem Wohlfahrtsfonds eine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen.
9 4	(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.	(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 <u>sowie aus der Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners</u> 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.
9 5	(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.	(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 (<u>Zweidrittel der anwesenden Mitglieder</u>) im Verwaltungsausschuss.
§ 30		
9 6	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.	Für die Erziehung, Ausbildung oder Fortbildung der Kinder von Kammerangehörigen oder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung und von <u>deren</u> 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.
§ 31		
9 7	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 Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) sind sinngemäß anzuwenden, sofern sich	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 <u>Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung</u> (BO) sind sinngemäß anzuwenden, sofern sich

Bestehende Regelung		Änderungsvorschlag	
aus den nachfolgenden Bestimmungen nichts anders ergibt.		aus den nachfolgenden Bestimmungen nichts ander <u>e</u> s ergibt.	
§ 33			
9 8	(2) Aus dem 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.	(2) Aus dem 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.	
§ 36			
9 9	(2) Die Versorgung des oder der früheren Ehegatten und bzw. des oder der früheren eingetragenen Partner mit Unterhaltsanspruch betragen 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.	(2) Die Versorgung des oder der früheren Ehegatten und bzw. des oder der früheren eingetragenen Partner mit Unterhaltsanspruch betragen 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			
1 0 0	Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit für Halbwaisen 20 v.H. und für Vollwaisen 40 v.H. 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 v.H. und für Vollwaisen auf 50 v.H. 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.	Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit für Halbwaisen 20 v.H. % und für Vollwaisen 40 v.H. % 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 v.H. % und für Vollwaisen auf 50 v.H. % 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			
1 0 1	§ 26a gilt sinngemäß für die unbefristeten und befristeten Leistungen der §§ 34, 35, 36 und 37. Befristete Leistungen werden bis zum Ablauf der Frist abgefunden. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.	§ 26a gilt sinngemäß für die unbefristeten und befristeten Leistungen der §§ 34, 35, 36 und 37. Befristete Leistungen werden bis zum Ablauf der Frist abgefunden. <u>Leistungen gemäß § 37 werden einheitlich bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres abgefunden.</u> Die Details der Berechnung sind im Ge-	

Bestehende Regelung		Änderungsvorschlag
		schäftsplan festgelegt.
§ 39		
1 0 2	Bestehen zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgungsleistungen nach §§ 34, 35, 36 und 37 offene Fondsbeiträge, ist die errechnete Versorgungsleistung eine vorläufige. Die Frist für die Tilgung der offenen Fondsbeiträge beträgt maximal 6 Monate. Die endgültige Versorgungsleistung wird nach vollständiger Begleichung, längstens aber 6 Monate nach Beginn der Versorgungsleistung festgestellt. Wurden nicht sämtliche offenen Fondsbeiträge innerhalb von 6 Monaten beglichen, so erfolgt die Feststellung der endgültigen Versorgungsleistung auf Basis der tatsächlich geleisteten Fondsbeiträge. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.	Bestehen zum Zeitpunkt des Beginns Liegen bei der Festsetzung der Versorgungsleistungen nach gemäß §§ 34, 35, 36 und 37 noch offene fällige Fondsbeiträge vor , ist die errechnete Versorgungsleistung eine vorläufige . Die 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 für die Tilgung der offenen Fondsbeiträge beträgt maximal 6 Monate . Die endgültige Versorgungsleistung wird nach vollständiger Begleichung, längstens aber 6-4 Monate nach Beginn der Versorgungsleistung festgestellt. Wurden nicht sämtliche offenen fälligen Fondsbeiträge innerhalb einer Frist von 6 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.
§ 41		
1 0 3	(1) Die Voraussetzungen für die Gewährung der Versorgungsleistungen gem. §§ 34, 35, 36 und 37 sind ergänzend im Abschnitt V geregelt.	(1) Die Voraussetzungen für die Gewährung der Versorgungsleistungen gem. gemäß §§ 34, 35, 36 und 37 sind ergänzend im Abschnitt V geregelt.
1 0 4	(2) Die Leistungen gem. §§ 34, 35, 36 und 37 werden nur gemeinsam mit den Leistungen des Abschnitts V ausbezahlt. Ein unterschiedlicher Versorgungsbeginn ist ausgeschlossen.	(2) Die Leistungen gem. gemäß §§ 34, 35, 36 und 37 werden nur gemeinsam mit den Leistungen des Abschnitts V ausbezahlt. Ein unterschiedlicher Versorgungsbeginn ist ausgeschlossen.
§ 43		
1 0 5	(1) Die Höhe der altersgestaffelten Beiträge zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung für die beitragspflichtigen Kammerangehörigen nach § 32 ist in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) geregelt.	(1) Die Höhe der altersgestaffelten Beiträge zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung für die beitragspflichtigen Kammerangehörigen nach § 32 ist in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) geregelt.
§ 45		

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
1 0 6	(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer 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. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.	(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG <u>1998</u> , § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer <u>oder Landes Zahnärztekammer</u> 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. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.
§ 46		
1 0 7	(1) Wird ein Kammerangehörige 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. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 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.	(1) Wird ein Kammerangehörige 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. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG <u>1998</u> (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG <u>1998</u> (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- <u>oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.</u>
1 0 8	(2) Ein Rückersatz von Beiträgen (nach § 115 Abs. 1 oder 2 ÄrzteG) 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 Si-	(2) Ein Rückersatz von Beiträgen (nach § 115 Abs. 1 oder 2 ÄrzteG <u>1998</u>) 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 Si-

Bestehende Regelung		Änderungsvorschlag	
cherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.		cherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.	
§ 47			
1 0 9	Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich der Ärztekammer 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.	Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG <u>1998</u> , § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich der Ärztekammer für Steiermark <u>oder Landeszahlärztekammer für Steiermark</u> 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.	
§ 50			
1 1 0	Leistungsempfänger der §§ 34, 35 haben gemäß der Vorschriften des § 96a ÄrzteG in Verbindung mit § 15 Abs. 3 folgende Änderungen des Familienstandes dem Wohlfahrtsfonds innerhalb eines Monats schriftlich bekannt zu geben: a) Ehescheidung (mit bzw. ohne Unterhaltsverpflichtung), b) Eheschließung und c) Geburt eines Kindes.	Leistungsempfänger der §§ 34, <u>und</u> 35 haben gemäß der den Vorschriften des § 96a ÄrzteG <u>1998</u> in Verbindung mit § 15 Abs. 3 folgende Änderungen des Familienstandes dem Wohlfahrtsfonds innerhalb eines Monats schriftlich bekannt zu geben: a) Ehescheidung <u>bzw. Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft</u> (mit bzw. ohne Unterhaltsverpflichtung), b) Eheschließung <u>bzw. Begründung einer eingetragenen Partnerschaft</u> und c) Geburt eines Kindes.	
§ 51			
1 1 1	(2) Bei Ableben eines potentiell Hinterbliebenen vor dem Ableben des Beziehers eines Alters- oder Invaliditätsversorgung nach §§ 34, 35 erfolgt keine Neuverrentung. Die statistische Sterbewahrscheinlichkeit ist im Verrentungsfaktor zum Stichtag der Verrentung bereits berücksichtigt. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.	(2) Bei Ableben eines potentiell Hinterbliebenen vor dem Ableben des Beziehers eines einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nach §§ 34, <u>und</u> 35 erfolgt keine Neuverrentung. Die statistische Sterbewahrscheinlichkeit ist im Verrentungsfaktor zum Stichtag der Verrentung bereits berücksichtigt. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.	
1 1 2	(3) Ändert sich nach erfolgter Verrentung der Familienstand aufgrund einer Scheidung oder (erneuten) Eheschließung, so erfolgt eine Neuverrentung aufgrund des geänderten Familienstandes. Entsteht ein Anspruch auf eine	(3) Ändert sich nach erfolgter Verrentung der Familienstand aufgrund einer Scheidung <u>bzw. einer Auflösung der eingetragenen Partnerschaft</u> oder (erneuten) Eheschließung <u>bzw. Begründung einer eingetragenen Partnerschaft</u> ,	

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	Leistung nach § 36 erst nach einer Wartezeit im Sinne des § 102 ÄrzteG in Verbindung mit § 25, so erfolgt die Neuverrentung erst nach Ende der Wartezeit. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.	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 <u>1998</u> in Verbindung mit § 25, so erfolgt die Neuverrentung erst nach Ende der Wartezeit. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.
1 1 3	(4) Unterlässt der Leistungsempfänger eine Mitteilung über Änderungen des Familienstandes, die eine Neuverrentung zur Folge gehabt hätte, so werden die Hinterbliebenenansprüche nach §§ 36, 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.	(4) Unterlässt der Leistungsempfänger eine Mitteilung über Änderungen des Familienstandes, die eine Neuverrentung zur Folge gehabt hätte, so werden die Hinterbliebenenansprüche nach §§ 36, <u>und</u> 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.
§ 53		
1 1 4	(1) Alle Kammerangehörige 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.	(1) Alle Kammerangehörige <u>n</u> 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.
1 1 5	(2) Alle Kammerangehörige 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.	(2) Alle Kammerangehörige <u>n</u> 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 <u>ihre</u> erworbenen Ansprüche nicht in die Beitragsorientierte Zusatzversorgung übertragen werden. Eine spätere Übertragung der Ansprüche in die Beitragsorientierte Zusatzversorgung ist dann ausgeschlossen.

Bestehende Regelung		Änderungsvorschlag
§ 55		
1 1 6	(4a) NEU	<u>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.</u>
1 1 7	(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.	(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, <u>ausgenommen Befreiungen nach § 10 Abs 6</u> . Die Wirksamkeit der Befreiung tritt zum nächstfolgenden Monatsersten nach Eintritt der Voraussetzungen oder, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag ein.
1 1 8	(5a) NEU	(5a) <u>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.</u>
§ 56		
1 1 9	(2) Auch Funktionäre der Ärztekammer und der Landes Zahnärztekammer, 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.	(2) Auch Funktionäre der Ärztekammer und der Landes Zahnärztekammer, im Besonderen der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, sind berechtigt, mündliches Vorbringen von Beteiligten ihrem wesentlichen Inhalt nach in einer Niederschrift fest zu halten, die vom <u>jeweiligen</u> 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.

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 58		
1 2 0	(1) Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt, 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.	(1) Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt <u>und verpflichtet</u> , 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.
1 2 1	(2) Empfängern von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen haben dem Verwaltungsausschuss über Verlangen Nachweise über den Fortbestand der Leistungsvoraussetzungen vorzulegen.	(2) Empfänger n von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen haben dem Verwaltungsausschuss über Verlangen Nachweise über den Fortbestand der Leistungsvoraussetzungen vorzulegen.
§ 59		
1 2 2	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.	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 inhaltlich Rechnung getragen wird.
§ 61		
1 2 3	(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 bzw. § 9 Abs. 5 nur Teilbeträge gezahlt wurden. Für Zeiträume, während denen Ärzte oder Zahnärzte gänzlich von der Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung befreit waren, erfolgt keine Anrechnung.	(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 <u>1998</u> bzw. § 9 Abs. <u>51</u> nur Teilbeträge gezahlt wurden. Für Zeiträume, während denen Ärzte oder Zahnärzte gänzlich von der Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung befreit waren, erfolgt keine Anrechnung.
§ 62		
1 2 4	(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 Wohlfahrts-	(1) Die Satzungen des Wohlfahrtsfonds treten mit 29. Juni 2007 in Kraft. Gleichzeitig treten tritt die mit Beschluss der Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 12. Dezember 2005 verordnete Satzung des

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	fonds der Ärztekammer für Steiermark, zuletzt geändert durch Verordnung der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 11. Dezember 2006, außer Kraft	Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, zuletzt geändert durch Verordnung der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 11. Dezember 2006, außer Kraft.
1 2 5	(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.	(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 <u>1998</u> bleiben unberührt.