

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

Aufgrund des § 80b Z 1 ÄrzteG 1998, BGBl I 169/1998, zuletzt geändert durch BGBl I 61/2010, wird verordnet:

Artikel I

1) § 12 lautet:

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

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

2) § 14 Abs. 1 Z 8 bis 10 lauten:

- „8. Anteilsscheine von Kapitalanlagefonds, deren Vermögenswerte gem. Z 1, 2, 4 und 6 veranlagt werden; dazu gehören insbesondere Geldmarktfonds, Rentenfonds, Aktienfonds, gemischte Fonds und Immobilienfonds, wobei bei letzteren die Liegenschaften auch in einem OECD-Mitgliedstaat liegen dürfen;**
- 9. Anteilsscheine von Kapitalanlagefonds, deren Vermögenswerte neben Veranlagungsformen der Z 1, 2, 4, 5, 6, 7 und 10 auch in Kapitalanlagefonds gem. Z 8 veranlagt werden.**
- 10. Sonstige Vermögenswerte in Form von Kapitalmarkt-, **Versicherungs- oder anderen Veranlagungsprodukten**, die nicht in Z 1 bis 9 angeführt sind.“**

Artikel II

1) § 3 Abs. 1 lautet:

„§ 3 Wertanpassung von Leistungen

(1) Alle bisher angefallenen und zukünftig anfallenden Versorgungs- und Unterstützungsleistungen können für einzelne Leistungsarten oder gesamt angepasst werden **Die Wertanpassung** ist unter Bedachtnahme auf die Leistungsfähigkeit der beitragspflichtigen Kammerangehörigen, die Kaufkraft der Leistungsbezieher, die Erträge des Wohlfahrtsfondsvermögens und die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen mit Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds festzulegen. **Die Wertanpassung** wird jedes Jahr von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses für das jeweils kommende Kalenderjahr festgesetzt.“

2) § 4 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Ergänzungsleistung besteht:

- 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;
- b) aus dem sich aus der Gegenüberstellung der Grundleistung (§ 98 Abs. 3 ÄrzteG) und der **wertangepassten** Leistung (§ 3 Abs. 1) ergebenden Differenzbetrag.“

3) § 5 Abs. 1 lautet:

„(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.“

4) § 5 Abs. 3 lautet:

„(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.“

5) § 6 Abs. 2 lautet:

„(2) Bis zum 31. 12. 2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und der Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen 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.“

6) Im § 8 entfällt der letzte Satz.

7) § 9 lautet:

„§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen

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. **Die Beitragsgrundlagen und die Definition des Einkommens sind in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) geregelt.**“

8) § 10 lautet:

„§ 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht

- (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds im Zeitpunkt der Antragstellung besteht, und übt er keine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 ÄrzteG 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.
- (2) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen **im** Ausmaß der Befreiung ausgeschlossen.
- (3) Die Beitragspflicht erlischt
 - a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,
 - b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung **bzw. 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** laut § 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-Krankenversicherungsträgern aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.
- (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.**
- (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 Berufs-

ausübung 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.

- (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 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.

- (7) Für jene Kammerangehörigen, die gemäß Abs. 1 bis zum 31.12.2010 von der Beitragsleistung gemäß § 109 ÄrzteG befreit worden sind, bleibt die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung weiterhin bestehen.“**

9) § 11 Abs. 2 und 3 lauten:

„(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) Kammerangehörige, die altersbedingt oder aus Gründen der Invalidität ihre ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ohne Anspruch auf Altersversorgung oder Invaliditätsversorgung einstellen **und die gemäß § 10 Abs. 1 bis zum 31.12.2010 von der Beitragsleistung befreit worden sind**, können sich zur Leistung von Beiträgen in den Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung freiwillig verpflichten.

Diese Ärzte oder Zahnärzte haben einen Beitrag in Höhe des jeweiligen Erfordernisbeitrages zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung **gemäß §§ 9, 9a BO** zu leisten.“

10) § 13 lautet:

„§ 13 **Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge**

Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann **der Verwaltungsausschuss** auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine **Stundung oder eine Ermäßigung der Fondsbeiträge bewilligen und Ratenzahlungen gewähren. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann sogar eine Ermäßigung über die Grenzen des § 16 Abs. 3 und 4 BO hinaus bewilligt werden. Näheres ist in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) geregelt.“**

11) § 15 Abs. 1 lautet:

„(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.“

12) § 16 lautet:**„§ 16 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen**

(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, **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.

(2) Während der Zeit der Ausbildung eines Kammerangehörigen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen.“

13) Nach § 16 wird ein neuer § 16a eingefügt, dieser lautet:**„§ 16a Streichung und Beitragsrückerersatz**

(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 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückerersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt.

(2) Ein Rückerersatz von Beiträgen (nach § 115 Abs. 1 oder 2 ÄrzteG 1998) ist nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

(3) Entsteht zu einem späteren Zeitpunkt neuerlich die Pflicht zur Beitragszahlung, so leben die dem nicht rückerstatteten Beitrag entsprechenden Anwartschaften in dem Ausmaß wieder auf, wie sie zum Zeitpunkt des Wegfalls der Beitragspflicht bestanden haben. Bei einem erneuten Wegfall der Beitragsverpflichtung entfällt ein Rückerersatz der nicht rückerstatteten Beiträge.

(4) Bei Befreiung von der Beitragspflicht im Sinne des § 10 sind die Bestimmungen des Abs. 1 sinngemäß anzuwenden.“

14) § 18 lautet:**„§ 18 Verwaltungsausschuss**

- (1) Die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens getrennt zu führen. Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Verwaltung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds sowie die Entscheidung in allen Angelegenheiten, die den Beitrag zum Wohlfahrtsfonds und die Leistungen des Wohlfahrtsfonds betreffen.
- (2) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und dem Finanzreferenten der Ärztekammer, einem Mitglied des Landesvorstandes der Landeszahnärztekammer sowie aus mindestens 3 weiteren Mitgliedern der Erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens einer ein Zahnarzt sein muss. Die Zahl der weiteren Mitglieder wird von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzt. Die weiteren Mitglieder werden für die Dauer ihrer Funktionsperiode
1. hinsichtlich der zahnärztlichen Vertreter von der zuständigen Landeszahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG bestellt und
 2. hinsichtlich der übrigen Mitglieder von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerräte der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes gewählt.

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

- (3) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen.
- (4) Gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Recht der Beschwerde an den Beschwerdeausschuss zu. Der Verwaltungsausschuss kann auf Grund der Beschwerde und allfälliger weiterer Ermittlungen binnen zwei Monaten nach Einbringung einer zulässigen Beschwerde den von ihm erlassenen Bescheid im Sinne des Berufungsbegehrens abändern, ergänzen oder aufheben (Berufungsvorentscheidung). Die Berufungsvorentscheidung ist den Parteien zuzustellen. Jede Partei kann binnen zwei Wochen nach Zustellung der Berufungsvorentscheidung den Antrag stellen, dass die Berufung der Berufungsbehörde zur Entscheidung vorgelegt wird (Vorlageantrag). In der Berufungsvorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen. Mit dem Einlangen eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages tritt die Berufungsvorentscheidung außer Kraft. Die Parteien sind über das Außerkrafttreten der Berufungsvorentscheidung zu verständigen.“

15) Nach § 18 werden zwei neue Paragraphen, § 18a und § 18b eingefügt, diese lauten:**„§ 18a Beschwerdeausschuss**

- (1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen. Ein Mitglied und dessen Stellvertreter ist von der Landeszahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen.
- (2) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen dem Kammervorstand der Ärztekammer oder der Landeszahnärztekammer, dem Verwaltungsausschuss und dem Überprüfungsausschuss nicht angehören.
- (3) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen. Für die Beschlussfähigkeit ist die Anwesenheit von zumindest drei Mitgliedern erforderlich. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende stimmt zuletzt ab. Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind endgültig und können durch ein ordentliches Rechtsmittel nicht angefochten werden.

§ 18b Gemeinsame Bestimmungen für den Verwaltungs- und den Beschwerdeausschuss

- (1) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss sind die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG 1991) anzuwenden.
- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses und des Beschwerdeausschusses haben sich der Ausübung ihres Amtes zu enthalten:
- 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;
 - in Sachen ihrer Wahl- oder Pflegeeltern, Wahl- oder Pflegekinder, ihres Mündels oder Pflegebefohlenen;
 - in Sachen, in denen sie als Bevollmächtigte einer Partei bestellt waren oder bestellt sind;
 - wenn sonstige wichtige Gründe vorliegen, die geeignet sind, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu setzen.“

16) Die Überschrift zu § 20 sowie § 20 Abs. 1 und 2 lauten:

„§ 20 Geschäftsführung

- (1) Die administrativen Arbeiten des Wohlfahrtsfonds werden durch das Kammeramt besorgt. **Der damit verbundene Personal- und Sachaufwand ist aus den Wohlfahrtsfondsbeiträgen aufzubringen und der Kammerverwaltung zu ersetzen.**
- (2) Über die Einnahmen und Ausgaben der Wohlfahrtseinrichtungen ist unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung gesondert Buch zu führen, und zwar getrennt nach den einzelnen **Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen. Die Aufteilung der Kosten gemäß Abs. 1 auf die einzelnen Versorgungs- und Unterstützungseinrichtungen des Wohlfahrtsfonds erfolgt aliquot auf Basis der gesamten Beitragseinnahmen.**“

17) § 22 Abs. 5 lautet:

- „(5) Zusätzliche Voraussetzung für die Gewährung der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ist die Lösung der Verträge mit allen Kassen (einschließlich des Vertrages für die Gesundenuntersuchungen). **Bei einer Gruppenpraxis mit Kassenverträgen ist das Ausscheiden eines Gesellschafters bzw. der Gesellschafterwechsel nachzuweisen.**“

18) § 22 Abs. 7 lautet:

- „(7) 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. Hierbei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem ASVG maßgeblichen Bestimmungen analog anzuwenden. Im Einzelfall kann die Ausgleichszulage (gegebenenfalls im verminderten Ausmaß) auch bei Vorliegen von geringfügigen Einkommen gewährt werden. Erreichen die geringfügigen Einkommen nicht die Höhe der Ausgleichszulage, kann die ganze Ausgleichszulage gewährt werden. Überschreiten die Einkommen die Ausgleichszulage, so kann der Differenzbetrag zwischen dem Doppelten der Ausgleichszulage und dem geringfügigen Einkommen gewährt werden.“

19) § 23 lautet:

„§ 23 Invaliditätsversorgung

- (1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist. Hat der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird keine Invaliditätsversorgung gewährt. Es sind dann die Bestimmungen des § 22 Abs. 1 und Anlage 2 IV **zur BO** über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.
- (2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgungsleistung in der Grund- und Ergänzungsleistung, der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, der Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entspricht jener Versorgung, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche auf Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 2 IV **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.
- (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.
- (4) Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn diese nach begründeter medizinischer Voraussetzung in absehbarer Zeit zu beheben ist. Der Leistungsfall der vorübergehenden Berufsunfähigkeit liegt jedenfalls nicht vor, wenn diese weniger als drei Monate andauert.
- (5) Besteht die vorübergehende Berufsunfähigkeit länger als durch ein Jahr, für welchen Zeitraum die Krankenbeihilfe gewährt wird, ist auf Antrag bei Vorliegen der Voraussetzungen entweder die (vorzeitige) Alters- oder die Invaliditätsversorgung zu gewähren. Diese Leistungen 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.“

20) § 24 Abs. 6 lautet:

- „(6) Die Kinderunterstützung beträgt 20 v. H. der Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 ohne Bonusberücksichtigung und ohne Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte. Sie erhöht sich ab der Erlangung der Volljährigkeit bis zur Erreichung des 27. Lebensjahres im Falle des Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert, auf 22,5 v. H.
Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Kinderunterstützung unter dem in der Anlage 2 II a **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.
Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Kinderunterstützung analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV **zur BO**).“

21) § 25 Abs. 3 lautet:

- „(3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschlussgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten oder eingetragenen Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammeran-

gehörigen 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 (Nichtigklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte.

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

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

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 dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgungsgenuss 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 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.“

22) § 25 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners beträgt den in der Anlage 2 VII **zur BO** festgelegten Prozentsatz 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.

Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung 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.

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**).“

23) § 26 Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit:

- 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:
- 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.

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.

Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Waisenbeihilfe analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 zur BO).

(3) Sind mehrere Waisen vorhanden, darf die Waisenversorgung insgesamt das Zweifache der Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen, wobei die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte außer Ansatz bleibt.“

24) § 26a Abs. 2 lautet:

„(2) Im Falle einer **Abfindung** im Sinne des Abs. 1 sind Leistungen aus dem Notstands- und Unterstützungsfonds gem. § 29 ausgeschlossen.“

25) § 27 lautet:

„§ 27 Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung

(1) Beim Tod eines Kammerangehörigen, der noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung bezieht, ist die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung in maximaler Höhe zu gewähren.

(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.

(3) Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe beträgt EUR 6.000,--.

(4) Die maximale Höhe der Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 25.000,--. Der individuelle Anspruch wird bei Antritt der Alters- oder Invaliditätsversorgung festgestellt. Hat der Kammerangehörige mindestens 25 Jahre den vollen Beitrag gemäß §§ 9, 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, 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.

- (5) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung analog § 6 Abs. 2.
- (6) Auf die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung haben, sofern der verstorbene Arzt oder Zahnarzt nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung, deren Unterschrift notariell oder gerichtlich beglaubigt sein muss, beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:
- die Witwe (der Witwer) oder der eingetragene Partner,
 - die Waisen (d. s. Kinder ohne Rücksicht auf das Lebensalter)
 - sonstige gesetzliche Erben.
- (7) Sind mehrere Waisen oder mehrere anspruchsberechtigte sonstige gesetzliche Erben vorhanden, ist diesen die Bestattungsbeihilfe und **gegebenenfalls** die Hinterbliebenenunterstützung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.
- (8) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 6 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zum Ausmaß der Bestattungsbeihilfe.
- (9) Ein Beitritt zum Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ist nach dem vollendeten 55. Lebensjahr nicht mehr möglich. Es sind daher weder Beiträge zu leisten noch besteht im Todesfall ein Leistungsanspruch.“

26) § 28 Abs. 6 bis 8 lauten:

- „(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. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag. Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für **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**. 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 zwölf Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen.

Voraussetzung für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen ist, dass **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.** Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.

- (8) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe und des Wochengeldes ist jeweils in Anlage 2 V **zur BO** festgesetzt.“

27) § 28a Abs. 3 und 4 lauten:

- „(3) Für die Gewährung der Kurbeihilfe hat sich der Arzt im Sinne des Abs. 1 einer mindestens 14 Tage andauernden ununterbrochenen Kurbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt in Österreich zu unterziehen. Die Gewährung der Kurbeihilfe bis zu einer maximalen Dauer von 21 Tagen ist von der vollständigen Vorlage von folgenden Nachweisen abhängig, wobei bei Fehlen auch nur eines der Nachweise die Gewährung der Kurbeihilfe zu versagen ist:
- a) Vor Kurantritt ist eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung nachzuweisen oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer des Kuraufenthaltes ergeben und
 - b) nach Beendigung des Kuraufenthaltes ist durch geeignete **Unterlagen** zu belegen, dass der Tagesablauf kurmäßig geregelt gewesen ist. Neben einer Antritts- und Abschlussuntersuchung am Kurort, ist ein kurärztlicher Therapieplan vorzulegen sowie der Nachweis einer laufenden ärztlichen Kontrolle durch einen Kurarzt.
- (4) Die Höhe der täglichen Kurbeihilfe ist Anlage 2 V **zur BO** zu entnehmen. Die Kurbeihilfe wird innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des Kuraufenthaltes, nur einmal gewährt. Der gleichzeitige Bezug der Kurbeihilfe und der Krankenbeihilfe schließt sich aus. Die Dauer des Kuraufenthaltes wird nicht als Wartezeit für den Bezug der Krankenbeihilfe im Anschluss an den Kuraufenthalt angerechnet, es sei denn, dass zusätzlich eine andere mit der Kur nicht im kausalen Zusammenhang stehende Krankheit während der Dauer des Kuraufenthaltes auftritt.“

28) § 28b Abs. 2 lautet:

- „(2) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, und den Beruf tatsächlich ausüben, ist auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation für einen Rehabilitationsaufenthalt in einer sanitätsbehördlich anerkannten Rehabilitationseinrichtung eine Krankenbeihilfe zu gewähren, wobei die Höhe der Krankenbeihilfe der Anlage 2 V **zur BO** zu entnehmen ist. Die in § 28 Abs. 1 geregelte Wartezeit gilt für die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt sinngemäß.“

29) § 39 lautet:

„§ 39 Übergangsbestimmungen

- (1) Die vor dem 31. Mai 1969 aufgrund der Bestimmungen früherer Satzungen ausgesprochenen Befreiungen von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds, sei es zur Gänze oder nur zum Teil, bleiben bei gleichzeitigem gänzlichen oder teilweisen Leistungsausschluss aufrecht. Fallen die seinerzeit für die Befreiung maßgeblichen Voraussetzungen ganz oder zum Teil weg, ist vom Verwaltungsausschuss mittels Bescheides das Wiederaufleben der Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung festzustellen. Es kann aber bei der Bemessung der Leistungen des Wohlfahrtsfonds nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 4 in der bis 31. Dezember 1985 in Geltung gestandenen Fassung vorgegangen werden.
- (2) Für Zeiträume ab 1. Feber 1952 bis zum 31. Dezember 1985, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Grund- und Ergänzungsleistung beitragspflichtig war, werden in

der Grund- und Ergänzungsleistung pro Kalenderjahr 3 % Leistungssteigerung ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge gewährt.

Wurde die Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft während des Kalenderjahres begründet oder beendet, so erfolgt eine aliquote Anrechnung für dieses Jahr.

Die bis zum 31. Dezember 1985 in der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung erworbenen Leistungsansprüche bleiben unberührt.

- (3) Es erfolgt nur eine aliquote Anrechnung und Berechnung bei teilzeitbeschäftigten Ärzten oder Zahnärzten und bei teilbefreiten Ärzten oder Zahnärzten (§ 9 Abs. 3 in der Fassung bis 31. Dezember 1985), die während des angeführten Zeitraumes nur aliquot Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung gezahlt haben. Das Gleiche gilt, wenn wegen Überschreitens der Grenze gemäß § 109 Abs. 3 ÄrzteG 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.

- (4) Für den Zeitraum bis 31.12.2010, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beitragspflichtig war, werden sämtliche ganzen Kalenderjahre der Mitgliedschaft als volle Beitragsjahre für die Berechnung der Höhe der Hinterbliebenenunterstützung gewertet ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge. Kalenderjahre, in denen nicht das ganze Jahr über die Mitgliedschaft und die Beitragspflicht bestanden hat, werden dabei nicht gezählt, es erfolgt auch keine aliquote Anrechnung.“**

30) § 40 Abs. 1 lautet:

- „(1) Die Satzungen des Wohlfahrtsfonds treten mit 29. Juni 2007 in Kraft. Gleichzeitig treten die mit Beschluss der Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 12. Dezember 2005 verordnete Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark, zuletzt geändert durch Verordnung der **Erweiterten** Vollversammlung der Ärztekammer für Steiermark vom 11. Dezember 2006, außer Kraft.“

Artikel III - Inkrafttreten

Die Änderungen gemäß Artikel I treten rückwirkend mit 1. Jänner 2010 in Kraft.

Die Änderungen gemäß Artikel II treten mit 1. Jänner 2011 in Kraft.