

INFORMATION DER ÄRZTEKAMMER SALZBURG

Satzung des Wohlfahrtsfonds

Stand 01.01.2012

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN UND WIRKUNGSKREIS DER ORGANE	
§ 1 Wesen und Zweck der Wohlfahrtseinrichtung	4
§ 2 Verwendung der Mittel	4
§ 3 Verwaltung des Fonds.....	5
§ 4 Wirkungskreis der Erweiterten Vollversammlung	5
§ 5 Wohlerworbene Rechte und Vertrauensschutz.....	6
§ 6 Verwaltungsausschuss.....	6/7
§§ 7/8/9 Beschwerdeausschuss.....	7/8
§ 10 Überprüfungsausschuss	9
§ 11 Geschäftsführung	9/10
§ 12 Verwaltungskosten	10
§ 13 Vermögen	10/11
II. FONDSTEILNEHMER	
§ 14 Beitragspflicht	11/12
§ 15 Außerordentliche Fondsteilnehmer	12
§ 16 Allgem. Pflichten der Fondsteilnehmer sowie Meldungen	12/13
§ 17 Übersiedlung und Streichung aus der Ärzteliste	13/14
§ 18 Befreiung von der Beitragspflicht	15/16
III. AUFBRINGUNG DER MITTEL	
§ 19 Fondsbeiträge	16/17
§ 20 Fälligkeit der Fondsbeiträge, Abbuchungsauftrag, Zuweisung der Mittel für die Fondsleistungen	17
§ 21 Ratenbewilligung, Stundung	17
§ 22 Nachlass, Ermäßigung der Fondsbeiträge	17/18
§ 23 Reihenfolge von Ermäßigungen, Nachlässen oder Stundungen ...	18
§ 24 Zahlungsverzug	18/19
§ 25 Legalzession	19
§ 26 Vertrauensärzte	19
IV. LEISTUNGSRECHT	
A. Versorgungsleistungen	
§ 27 Leistungen	19/20
§ 28 Grundleistung sowie Wertsicherung der Grundleistung, der Zusatzleistung-Alt und der Zusatzleistung-Neu	20
§ 29 Altersversorgung	21/22
§ 30 Grundleistung	22-25
§§ 31/31a Zusatzleistung-Neu	25/26
§ 32 Invaliditätsversorgung	26
§ 33 Ausmaß der Invaliditätsversorgung	26
§ 34 Kinderunterstützung	26/27
§§ 35/36 Witwen-(Witwer-)Versorgung	27/28
§ 37 Ausmaß der Witwen-(Witwer-)Versorgung	28

§ 38	Erlöschen der Witwen-(Witwer-)Versorgung	29
§ 39	Waisenversorgung	29
§ 40	Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung	29/30
B.	Unterstützungsleistungen	
§§ 41-43	Krankenunterstützung	30/31
§§ 44-48	Ausmaß der Krankenunterstützung	31/32
§ 48a	Krankenunterstützung gem. § 106 Abs.7 ÄrzteG – Ersatz der Kosten der Sonderklasse	33
§ 48b	Krankenunterstützung gem. § 106 Abs.7 ÄrzteG – Krankenkostenversicherung	33/34
§ 49	Notstandsunterstützungen	34
§ 50	Fortbildungsunterstützungen	34/35
V.	VERFAHRENSVORSCHRIFTEN	
§ 51	Antragsteller, Bevollmächtigung	35
§ 52	Ansuchen	35
§ 53	Erhebungen	35
§ 54	Akteneinsicht	36
§§ 55/56	Zuerkennung von Leistungen	36
§ 57	Rechtsmittel	36
§ 58	Zustellungen	37
§ 59	Auszahlung der Leistungen	37
§ 60	Pflichten der Leistungsempfänger	37/38
§§ 61/62	Übertragung und Verpfändung	38
VI.	ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN UND INKRAFTTRETEN	
§ 63	Übergangsbestimmungen	38 – 42
§ 64	Inkrafttreten	42/43

SATZUNG DES WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER SALZBURG

I.: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN UND WIRKUNGSKREIS DER ORGANE

§ 1

Wesen und Zweck der Wohlfahrtseinrichtung

(1) Der nach den Vorschriften des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (im folgenden kurz "ÄrzteG" genannt), in der geltenden Fassung errichtete Wohlfahrtsfonds (im folgenden als "Fonds" bezeichnet) bildet ein zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer ohne eigene Rechtspersönlichkeit zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen.

(2) Soweit in den einzelnen Vorschriften dieser Satzung nichts anderes bestimmt ist, bezieht sich die Bezeichnung „Kammerangehörige“ sowohl auf Kammerangehörige der Ärztekammer als auch auf der jeweiligen Landes Zahnärztekammer zugeordnete Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufs.

(3) Soweit in den einzelnen Vorschriften nichts anderes bestimmt ist, sind die auf Ehegatten/Ehegattinnen und Witwer/Witwen lautenden Bestimmungen der Satzung ab 01.01.2010 sinngemäß auch auf eingetragene Partner/Partnerinnen und hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen nach dem Eingetragene Partnerschaft-Gesetz (EPG), BGBl. I Nr. 135/2009, anzuwenden. In der Anwendung der Bestimmungen der Satzung kommt der Verhehlung die Begründung einer eingetragenen Partnerschaft, der Scheidung, Aufhebung oder Nichtigerklärung einer Ehe die Auflösung, Aufhebung oder Nichtigerklärung einer eingetragenen Partnerschaft und der Wiederverheiratung die Neubegründung einer eingetragenen Partnerschaft sinngemäß gleich.

(4) Soweit in dieser Satzung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

§ 2

Verwendung der Mittel

(1) Aus den Mitteln des Fonds sind den Kammerangehörigen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu gewähren (§ 96 Abs.3 ÄrzteG).

(2) Jeder Kammerangehörige ist berechtigt, nach Maßgabe der Vorschriften des Ärztegesetzes sowie dieser Satzung die Leistungen aus dem Fonds in Anspruch zu nehmen (§ 70 Abs.4 ÄrzteG).

§ 3

Verwaltung des Fonds

Die Verwaltung des Fonds ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens getrennt zu führen und obliegt einem Verwaltungsausschuss (§ 113 Abs.1 ÄrzteG).

Im Sinne des § 113 Abs. 1 ÄrzteG kann sich der Verwaltungsausschuss zur Verrechnung und Auszahlung der in § 27 Abs. 1 genannten Versorgungsleistungen sowie der in § 49 und § 50 genannten wiederkehrenden Unterstützungsleistungen und zur Abrechnung der Leistungen der Krankenunterstützung gem. § 48a und § 48b eines Dritten bedienen.

§ 4

Wirkungskreis der erweiterten Vollversammlung

- (1) Die Erweiterte Vollversammlung besteht gemäß § 80a Abs. 1 ÄrzteG aus
1. den Mitgliedern der Vollversammlung und
 2. den von der jeweiligen Landes Zahnärztekammer aus dem Kreis der Mitglieder des jeweiligen Landes Ausschusses entsandten Mitgliedern, deren Anzahl sich aus dem Verhältnis der Anzahl der Kammerangehörigen der Ärztekammer gegenüber der Anzahl der der jeweiligen Landes Zahnärztekammer zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufs, ergibt.
- (2) Der Erweiterten Vollversammlung obliegt gemäß § 80 b ÄrzteG
1. die Erlassung einer Satzung des Wohlfahrtsfonds,
 2. die Erlassung einer Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung,
 3. die Festlegung der Anzahl der weiteren Mitglieder des Verwaltungsausschusses,
 4. die Wahl des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seines Stellvertreters sowie
 5. die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds,
 6. die Bestellung der 3 Mitglieder des Pensionistenbeirates (§ 6 Abs.2 der Satzung).
- (3) Beschlüsse über die Erlassung oder Änderung der Satzung können nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen gültigen Stimmen, bei Anwesenheit von mindestens zwei Dritteln der Kammerräte, gefasst werden (§ 80 b Z. 1 ÄrzteG).
- (4) Die übrigen Beschlüsse nach Abs.2 werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen, bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Kammerräte, gefasst.

§ 5

Wohlerworbene Rechte und Vertrauensschutz

Änderungen der Satzung des Wohlfahrtsfonds sowie der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung sind unter Berücksichtigung wohl erworbener Rechte und unter Wahrung des Vertrauensschutzes vorzunehmen (§ 80 c ÄrzteG).

§ 6

Verwaltungsausschuss

(1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer, einem Mitglied des Landesvorstands der Landeszahnärztekammer Salzburg sowie aus mindestens drei weiteren Mitgliedern der Erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens eines 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 Verhältniswahlrechts 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 (§ 113 Abs. 2 ÄrzteG).

(2) Zur Verbindung des Fonds mit den im Ruhestand befindlichen Ärzten wird von der Erweiterten Vollversammlung ein Pensionistenbeirat bestellt, der aus 3 Beziehern einer Versorgungsleistung aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg besteht, wobei jedenfalls 1 Mitglied des Pensionistenbeirates Mitglied der Landeszahnärztekammer Salzburg oder der ehemaligen Kurie der Zahnärzte der Ärztekammer für Salzburg gewesen sein muss.

Der Pensionistenbeirat wird den jeweiligen Sitzungen der erweiterten Vollversammlung und des Verwaltungsausschusses mit Antragsrecht zugezogen.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Wird bei der ersten Wahl des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters keine absolute Mehrheit der gültigen Stimmen erzielt, so findet eine engere Wahl statt. In diese kommen jene beiden Personen, die bei der ersten Wahl die meisten Stimmen erhalten haben. Soweit bei der ersten Wahl mehrere Personen gleich viele Stimmen erhalten haben, entscheidet das Los, wer von Ihnen in die engere Wahl kommt. Ergibt sich auch bei der engeren Wahl Stimmengleichheit, so hat ebenfalls das Los zu entscheiden. Der Vorsitzende (Stellvertreter) hat die Geschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen (§ 113 Abs.3 ÄrzteG).

(4) Die Sitzungen werden vom Vorsitzenden (Stellvertreter) - ausgenommen in dringenden Fällen - 1 Woche vorher (Postaufgabe) einberufen und von ihm geleitet. Über die Sitzungen ist ein Beschlussprotokoll zu führen.

Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

Die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst. Gegen Beschlüsse des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Recht der Beschwerde an einen auf Vorschlag des Vorstandes von der Erweiterten Vollversammlung bestellten Beschwerdeausschuss zu.

(5) Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Verwaltung des Fonds nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes und dieser Satzung.

Der Verwaltungsausschuss hat die wirtschaftliche Gebarung des Fonds zu überwachen und für den Fortbestand der Voraussetzungen für die Fondsleistungen zu sorgen.

Insbesondere obliegt dem Verwaltungsausschuss:

1. die Entscheidung über Ansuchen um Aufnahme als außerordentlicher Fondsteilnehmer,
2. die Entscheidung über
 - a) Ansuchen um Stundung, Ratenzahlung, Ermäßigung oder Nachlass von Fondsbeiträgen,
 - b) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht,
 - c) Ansuchen um Gewährung von Leistungen,
3. die Vermögensanlagen nach Maßgabe dieser Satzung
 - a) Jährliche Dotation der Gewinnreserve (§ 28 Abs.4),
4. die Erstattung von Vorschlägen an die Erweiterte Vollversammlung betreffend Änderungen der Satzung und Anpassung der Leistungen an geänderte wirtschaftliche Verhältnisse,
5. die Vorlage des Jahresvoranschlages und des Rechnungsabschlusses,
6. die Vorbereitung der der Erweiterten Vollversammlung vorbehaltenen Angelegenheiten,
7. die Festsetzung des Zeitpunktes einer versicherungsmathematischen (wirtschaftswissenschaftlichen) Überprüfung des Fonds.

§ 7

Beschwerdeausschuss

(1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern. Wenn zum Vorsitzenden ein Kammerangehöriger bestellt wird, ist den Sitzungen des

Beschwerdeausschusses eine rechtskundige Person beizuziehen. Für den Vorsitzenden und die Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen.

Ein Mitglied und dessen Stellvertreter sind von der zuständigen Landeszahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen.

Von der Erweiterten Vollversammlung sind für die Dauer ihrer Funktionsperiode der Vorsitzende und sein Stellvertreter, die nicht Kammerangehörige sein müssen, mit absoluter Stimmenmehrheit zu bestellen oder in getrennten Wahlgängen

aus dem Kreis der Kammerangehörigen zu wählen. Wird bei der ersten Wahl des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters keine absolute Mehrheit der gültigen Stimmen erzielt, so findet eine engere Wahl statt. In diese kommen jene beiden Personen, die bei der ersten Wahl die meisten Stimmen erhalten haben. Soweit bei der ersten Wahl mehrere Personen gleich viele Stimmen erhalten haben, entscheidet das Los, wer von ihnen in die engere Wahl kommt. Ergibt sich auch bei der engeren Wahl Stimmengleichheit, so hat ebenfalls das Los zu entscheiden. Die weiteren Mitglieder und deren Stellvertreter – mit Ausnahme der von der Landeszahnärztekammer bestellten – sind von der Vollversammlung in je einem Wahlgang nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes jeweils aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer zu wählen. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen dem Kammervorstand der Ärztekammer oder der jeweiligen Landeszahnärztekammer, dem Verwaltungsausschuss und dem Überprüfungs-ausschuss nicht angehören. (§ 113 Abs.5 ÄrzteG).

(2) Die Sitzungen werden vom Vorsitzenden (Stellvertreter) einberufen. Über die Sitzung ist ein Protokoll zu führen. Die Bestimmungen des § 6 Abs 4 gelten sinngemäß.

(3) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen. Für die Beschlussfähigkeit ist die Anwesenheit von zumindest 3 Mitgliedern erforderlich. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Der Vorsitzende stimmt zuletzt ab.

(4) Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind endgültig und können durch ein ordentliches Rechtsmittel nicht angefochten werden.

§ 8

Für das Verfahren vor dem Verwaltungs- und Beschwerdeausschuss sind die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

§ 9

Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses und des Beschwerdeausschusses haben sich der Ausübung ihres Amtes zu enthalten:

1. 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;
2. in Sachen ihrer Wahl- oder Pflegeeltern, Wahl- oder Pflegekinder, ihres Mündels oder Pflegebefohlenen;
3. in Sachen, in denen sie als Bevollmächtigte einer Partei bestellt waren oder bestellt sind;
4. wenn sonstige wichtige Gründe vorliegen, die geeignet sind, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu setzen.

§ 10 Überprüfungsausschuss

(1) Die Geschäftsführung des Fonds ist von einem Überprüfungsausschuss mindestens einmal jährlich zu überprüfen (§ 114 ÄrzteG).

(2) Der Überprüfungsausschuss besteht aus drei Rechnungsprüfern, von denen für die Dauer eines Jahres

1. einer von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen ist und
2. die beiden anderen von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts zu wählen sind.

Für jeden Rechnungsprüfer ist ein Stellvertreter zu wählen, der im Fall der Verhinderung des jeweiligen Rechnungsprüfers tätig wird.

(3) Die Rechnungsprüfer und ihre Stellvertreter dürfen dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss nicht angehören (§ 114 ÄrzteG).

(4) Den drei Rechnungsprüfern obliegt es als Überprüfungsausschuss gemeinsam die Geschäftsführung des Fonds in der Weise zu überprüfen, dass die gesamte Gebarung des Fonds anhand der Bücher und Rechnungsbelege auf die rechnerische Richtigkeit geprüft wird, wobei auf eine sparsame Mittelverwendung und darauf Bedacht zu nehmen ist, dass sämtliche Ausgaben durch Beschlüsse der nach dieser Satzung in Betracht kommenden Verwaltungsorgane gedeckt sind, sowie auf die Übereinstimmung mit den Satzungsbestimmungen.

(5) Der Überprüfungsausschuss ist berechtigt, in alle Bücher und Belege Einsicht zu nehmen und zu seiner Unterstützung einen allenfalls von der Erweiterten Vollversammlung bestellten Buchsachverständigen zur Prüfung beizuziehen bzw. mit Zustimmung der Erweiterten Vollversammlung einen Buchsachverständigen beizuziehen, sofern ein solcher noch nicht bestellt ist.

Der Überprüfungsausschuss erstattet der Erweiterten Vollversammlung über den Befund einen schriftlichen Bericht, der so rechtzeitig zu erstellen ist, dass dieser Bericht der Erweiterten Vollversammlung anlässlich der Beschlussfassung über den Rechnungsabschluss vorliegt. Im Bericht kann der Überprüfungsausschuss der Erweiterten Vollversammlung die Entlastung des Verwaltungsausschusses oder die Verweigerung derselben empfehlen.

§ 11 Geschäftsführung

(1) Die administrativen Arbeiten des Fonds werden durch das Kammeramt besorgt.

(2) Über die Einnahmen und Ausgaben des Fonds ist unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung gesondert Buch zu führen, und zwar getrennt nach den einzelnen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen (eigene Rechnungskreise).

Im Jahresvoranschlag und im Rechnungsabschluss sind die der Grundleistung und der Zusatzleistung - Alt zuzuordnenden Einnahmen und Ausgaben sowie Vermögensteile einschließlich der Zuwendungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) zum Zwecke der Alters- und Hinterbliebenenfürsorge der Ärzte getrennt von jenen für die Zusatzleistung-Neu zu erfassen. Die der Zusatzleistung-Neu zuzuordnenden Vermögensteile sind auch getrennt zu veranlagern.

(3) Der Verwaltungsausschuss hat den Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss zu verfassen. Der Jahresvoranschlag ist so rechtzeitig fertig zu stellen, dass er bis längstens 15. Dezember der Erweiterten Vollversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt werden kann.

Der Rechnungsabschluss ist so rechtzeitig fertig zu stellen, dass er nach Prüfung durch den Prüfungsausschuss mit seinem schriftlichen Bericht bis längstens 30. Juni der Erweiterten Vollversammlung zur Beschlussfassung und Entlastung der Mitglieder des Verwaltungsausschusses vorgelegt werden kann.

(4) Für die verbindliche Fertigung in Angelegenheiten des Fonds ist jedenfalls die Unterschrift des Präsidenten und des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, in finanziellen Angelegenheiten auch die des Finanzreferenten erforderlich.

(5) Für die bankmäßige Vollziehung ist die Zeichnung durch mindestens zwei Personen des im Absatz 4 genannten Personenkreises notwendig.

§ 12 **Verwaltungskosten**

Die mit dem Betrieb des Fonds verbundenen Verwaltungskosten sind aus den Mitteln dieser Einrichtung aufzubringen (§ 97 Abs. 2 ÄrzteG); zu ihrer Deckung werden 2,5 % der Beiträge zum Fonds verwendet.

Die Verwaltungskosten sind aus dem den einzelnen Fondsleistungen (Versorgungs- und Unterstützungsleistungen) zugeordneten Teil des Fondsvermögens anteilmäßig nach den jeweiligen Einnahmen (§ 13 Abs. 1) aufzubringen, wobei jedoch der Grundleistung max. 30% der Verwaltungskosten zuzurechnen sind.

§ 13 **Vermögen**

(1) Dem Fonds fließen insbesondere folgende Einnahmen zu:

1. die von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzten Beiträge,
2. die Erträge des Fondsvermögens,
3. Zuwendungen aus Erbschaften, Vermächtnissen, Stiftungen und anderen Fonds, ferner Widmungen und Spenden.

(2) Die zur dauernden Anlage verfügbaren Mittel des Fonds sind sicher, ertragreich und nach Möglichkeit wertbeständig anzulegen.

Bei der Veranlagung ist auf eine angemessene Verteilung der Vermögensbestände Bedacht zu nehmen.

Die Vermögensanlage kann insbesondere erfolgen in:

- Bankeinlagen,
- mündelsicheren Wertpapieren, Schuldverschreibungen und sonstigen Wertpapieren,
- Beteiligungen an Kapitalanlagegesellschaften,
- Grundstücken und Realitäten,
- erstrangigen Hypotheken auf Grundstücken und Realitäten,
- Investmentzertifikaten,

wobei die Grundsätze des § 25 Pensionskassengesetzes (PKG), BGBl. Nr. 281/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 80/2003, unter Außerachtlassung des § 203 sinngemäß Anwendung finden.

II.: FONDSTEILNEHMER

§ 14 Beitragspflicht

(1) Jeder Kammerangehörige, der seinen ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf im Bereich der Ärztekammer für Salzburg ausübt, ist nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes und dieser Satzung sowie der Beitragsordnung während der gesamten Dauer seiner Kammerangehörigkeit zur Leistung der Fondsbeiträge verpflichtet (§ 109 Abs. 1 ÄrzteG) und damit anspruchsberechtigter Teilnehmer am Fonds der Ärztekammer, im folgenden "Fondsteilnehmer" genannt.

Übt ein Kammerangehöriger seinen Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die Berufstätigkeit hat, solange diese Tätigkeit in dem betreffenden Bundesland aufrecht ist.

Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als 6 Monate sowie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs.4 letzter Satz ÄrzteG) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung.

Nimmt er seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.

(2) Die Beitragspflicht beziehungsweise Fondsteilnahme endet, je nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes und der Satzung sowie Beitragsordnung:

1. durch den Tod des Fondsteilnehmers,
2. im Falle der Gewährung der Altersversorgung,
3. im Falle der Gewährung der Invaliditätsversorgung,
4. im Falle der Befreiung nach § 112 Abs. 1,2 oder 3 ÄrzteG,
5. durch Streichung aus der Ärzteliste,
6. bei außerordentlichen Fondsteilnehmern gemäß § 15 auch durch Nichtzahlung der Fondsbeiträge trotz Mahnung oder durch schriftliche Erklärung des außerordentlichen Fondsteilnehmers,
7. bei gemäß § 17 Abs.10 beim Fonds verbliebenen Fondsteilnehmern durch Nichtzahlung der Fondsbeiträge trotz Mahnung oder durch schriftliche Erklärung des Fondsteilnehmers und Bestätigung der nunmehr zuständigen Ärzte-

kammer über die Teilnahme an deren Fonds, an welche sodann die Fondsbeiträge gemäß § 17 zu überweisen sind.

Eine zeitlich beschränkte oder vorläufige Untersagung der Berufsausübung (§§ 61 und 62 ÄrzteG) ist für die Beitragspflicht ohne rechtliche Bedeutung.

(3) Für Zeiten ab dem der Vollendung des 70. Lebensjahres folgenden Monatsersten, fällt diese auf einen Monatsersten, ab demselben, entfällt die weitere Beitragspflicht zum Fonds, ausgenommen den für die Unterstützungsleistungen nach § 105 ÄrzteG (Krankenunterstützung: Krankenhaus- und Haustagegeld, Ersatz der Kosten der Sonderklasse sowie Krankenkostenversicherung) einzuhebenden Teil des Fondsbeitrages.

§ 15

Außerordentliche Fondsteilnehmer

(1) Als außerordentliche Fondsteilnehmer können in den Genuss von Fondsleistungen gelangen:

1. außerordentliche Kammerangehörige gemäß §§ 68 Abs.5 und 41 ÄrzteG sowie gemäß § 10 Abs. 2 des Zahnärztekammergesetzes (ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, die sich zur dauernden Beitragsleistung gemäß der Beitragsordnung verpflichten
2. die gemäß § 18 dieser Satzung von der Beitragspflicht zum Teil befreiten ordentlichen Kammerangehörigen,

sofern sie vom Verwaltungsausschuss über Antrag als außerordentliche Wohlfahrtsfondsmitglieder aufgenommen werden (§ 110 ÄrzteG).

(2) Die außerordentliche Fondsteilnahme kann von dem Ergebnis einer vertrauensärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.

(3) Die Beiträge der im Abs.1 angeführten außerordentlichen Fondsteilnehmer für Versorgungsleistungen gemäß § 27 Abs.1 Z. 1 bis 4 lit. a und b werden gemäß Beitragsordnung bis zur Höhe des durchschnittlichen Jahresbeitrages vorgeschrieben, den ein freiberuflich tätiger Arzt (§ 45 Abs. 2 ÄrzteG) zu entrichten hat, der in keinem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger steht (§ 110 Abs. 2 ÄrzteG).

(4) Im Übrigen gelten die Bestimmungen dieser Satzung für außerordentliche Fondsteilnehmer sinngemäß.

§ 16

Allgemeine Pflichten der Fondsteilnehmer sowie Meldungen

(1) Jeder Arzt bzw. Zahnarzt hat anlässlich der Anmeldung als ordentlicher Kammerangehöriger der Ärztekammer Salzburg bzw. der Zahnärztekammer das für den Fonds bestimmte Formblatt auszufüllen, welches ihm von der Ärztekammer bzw. der Landes Zahnärztekammer für Salzburg umgehend vorzulegen ist und das als Grundlage für die Bemessung der nach der Beitragsordnung zu leistenden Fondsbeiträge dient.

- (2) Die Fondsteilnehmer sind verpflichtet
1. die festgesetzten Fondsbeiträge fristgerecht zu entrichten;
 2. der Erklärungspflicht zur Ermittlung und Vorschreibung der Fondsbeiträge gemäß der Beitragsordnung nachzukommen;
 3. der Ärztekammer alle für den Fonds erforderlichen Angaben unverzüglich mitzuteilen; insbesondere auch den Wegfall oder die Änderung von Umständen im Sinne des § 22;
 4. sich angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

(3) Die Fondsteilnehmer haben die Ärztekammer von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente unverzüglich schriftlich in Kenntnis zu setzen. Die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen gehen zu Lasten des Fondsteilnehmers.

(4) Auch Änderungen in der Berufstätigkeit, die für das Verhältnis zum Fonds von Bedeutung sind, sind unverzüglich der Ärztekammer schriftlich bekannt zu geben.

§ 17

Übersiedlung und Streichung aus der Ärzteliste

- (1) Verlegt ein Kammerangehöriger (Fondsteilnehmer) seinen Berufssitz (Dienstort beziehungsweise Wohnsitz gemäß § 47 Abs.1 ÄrzteG bzw. den korrespondierenden Bestimmungen der ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer, ist ein Betrag in der Höhe von 70 Prozent der von ihm zum Fonds der Ärztekammer Salzburg entrichteten Beiträge der nunmehr zuständigen Ärztekammer zu überweisen (§ 115 Abs. 1 ÄrzteG).
- (2) Sofern die nunmehr zuständige Ärztekammer laut ihrer Satzung bei Übersiedlung von Kammerangehörigen mehr als 70 Prozent der eingezahlten Fondsbeiträge an den neu zuständig werdenden Fonds überweist, wird dieser Ärztekammer der gleiche Prozentsatz, jedoch nur bis zum Höchstausmaß von 100 Prozent, überwiesen.
- (3) Die für bestimmte Zwecke (Krankenunterstützungen sowie Notstands- und Fortbildungsunterstützung) satzungsmäßig vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 und 2 außer Betracht.
- (4) Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste (§ 59 Abs.3 ÄrzteG) oder Zahnärzteliste gebührt ihm der Rückersatz in sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen in Höhe von 70 Prozent. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs.1 Z 3 oder 6 ÄrzteG (also auf Grund einer länger als sechs Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung, wobei eine krankheitsbedingte Nichtausübung keine Einstellung der Berufsausübung darstellt oder auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von drei Jahren ab dem Verzicht beziehungs-

weise der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Beendigung einer freiwilligen Fondsteilnahme, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Fonds besteht (§ 115 Abs.1 ÄrzteG).

- (5) Ein solcher Rückersatz von Beiträgen 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 (§ 115 Abs. 3 ÄrzteG).
- (6) Ist die Höhe der innerhalb des in Frage kommenden Zeitraumes entrichteten Fondsbeiträge nicht bestimmbar, sind die auf diesen Zeitraum entfallenden und seiner jeweiligen ärztlichen Berufsausübung entsprechenden Durchschnittsfondsbeiträge der Berechnung des Überweisungsbetrages beziehungsweise Rückersatzes zugrunde zu legen.
- (7) Im Falle der Überweisung oder des Rückersatzes ist das auf dem Konto des Fondsteilnehmers für die Zusatzleistung-Neu (§§ 31 und 31a) zu diesem Zeitpunkt gebuchte Kapital zur Gänze zu überweisen beziehungsweise rückzuerstatten. Die Bestimmungen des Abs.4 2.Satz gelten auch für die Fondsbeiträge zur Zusatzleistung-Neu.
- (8) Für den Kontostand auf den Konten Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung gilt Abs. 7 sinngemäß.
- (9) Während der Zeit der Ausbildung eines Kammerangehörigen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen. In diesem Falle erhöht sich der Überweisungsbetrag auf 100 Prozent (§ 115 Abs.2 ÄrzteG). Die Bestimmungen der Abs.3 bis 8 gelten sinngemäß.
- (10) Kammerangehörige, die ihren Berufssitz (Dienstort beziehungsweise Wohnsitz gemäß § 47 Abs.1 ÄrzteG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer verlegen und zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens 10 Jahre Beiträge zum WFF der Ärztekammer für Salzburg geleistet haben, können über Ansuchen, im Einvernehmen mit der neu zuständig gewordenen Ärztekammer, Teilnehmer des Fonds bleiben. In diesem Falle erfolgen keine Beitragsüberweisungen.
Dies gilt sinngemäß auch für in den Bereich der Ärztekammer Salzburg übersiedelte Kammerangehörige bezüglich eines Verbleibes beim Fonds der bisher zuständigen Ärztekammer.
Im Falle des § 14 Abs.2 Z.7 erfolgt sodann die Beitragsüberweisung im Sinne des Abs.1 an die nunmehr zuständige Ärztekammer.

§ 18

Befreiung von der Beitragspflicht

(1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger (Fondsteilnehmer) 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 Fonds besteht, und übt er keine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 ÄrzteG oder § 23 Z. 1 ZÄG aus, ist er auf Antrag nach Maßgabe des Antragsbegehrens und der folgenden Bestimmungen von der Verpflichtung nach § 109 ÄrzteG zu befreien, wobei die Beitragspflicht zur Hinterbliebenenunterstützung, zur Bestattungsbeihilfe und zu den Unterstützungsleistungen nach § 106 Abs.7 sowie § 107 ÄrzteG bestehen bleibt.

(2) Übt der Antragsteller eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 ÄrzteG oder § 23 Z. 1 ZÄG aus, bleibt jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundleistung, zur Zusatzleistung gem. § 31a und darüber hinaus auch für die Hinterbliebenenunterstützung, die Bestattungsbeihilfe und die Unterstützungsleistungen nach § 106 Abs.7 sowie § 107 ÄrzteG bestehen (§ 112 Abs.1 ÄrzteG).

(3) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe- (Versorgungs-) Genuss aufgrund 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 befreit. (§ 112 Abs.2 ÄrzteG).

(4) Kammerangehörige, die erst nach Vollendung des 35. Lebensjahres beitragspflichtig werden, sind ab Vollendung des 35. Lebensjahres zu einer Nachzahlung verpflichtet.
Diese Nachzahlungsverpflichtung entfällt für jene Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht (§ 112 Abs.3 ÄrzteG).

(5) Für die Berechnung des Nachzahlungsbetrages ist der auf einen Kammerangehörigen entfallende Durchschnittsbeitrag der einzelnen Kalenderjahre heranzuziehen, der auf das Beitragsniveau des laufenden Kalenderjahres aufzuwerten ist. Außer Ansatz bleiben jedoch die während des Nachzahlungszeitraumes eingehobenen Beitragsanteile für die Hinterbliebenenunterstützung, die Bestattungsbeihilfe und die Unterstützungsleistungen (§ 112 Abs.4 ÄrzteG).

(6) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen. Auf Antrag des ordentlichen Kammerangehörigen gebührt ihm ein Beitragsrückerersatz unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 17 Abs.4.

(7) Die Befreiung erlischt, wenn ein hierfür maßgeblicher Umstand wegfällt und tritt die Beitragspflicht ab dem folgenden Monatsersten wieder ein.

III.: AUFBRINGUNG DER MITTEL

§ 19

(1) Die Kammerangehörigen (Fondsteilnehmer) sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen sowie der Beitragsordnung verpflichtet, Fondsbeiträge zu leisten.

(2) Bei der Festsetzung der Höhe der Fondsbeiträge ist auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sowie auf die Art der Berufsausübung der beitragspflichtigen Kammerangehörigen Bedacht zu nehmen. Jedenfalls hat die Festsetzung der Fondsbeiträge so zu erfolgen, dass die finanzielle Sicherstellung der Leistungen des Fonds und sein dauernder Bestand gewährleistet sind.

(3) Die Höhe der Fondsbeiträge darf 18 Prozent der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit nicht übersteigen (§ 109 Abs. 3 ÄrzteG).

Weist der Kammerangehörige nach, dass seine Fondsbeiträge gemäß der Beitragsordnung diesen Prozentsatz übersteigen, ist der übersteigende Teil zu refundieren.

Ein Kammerangehöriger kann jedoch durch die Übernahme solch höherer Fondsbeiträge gemäß der Beitragsordnung den Anspruch auf entsprechend höhere Leistungen erwerben

(§ 109 Abs. 4 ÄrzteG).

(4) Bei Festsetzung des Fondsbeitrages für Kammerangehörige, die den ärztlichen Beruf in einem Dienstverhältnis ausüben, dient als Bemessungsgrundlage jedenfalls der monatliche Bruttogrundgehalt. Zu diesem gehören nicht die Beihilfen, Zulagen und Zuschläge im Sinne des § 68 EStG 1988 und die sonstigen Bezüge nach § 67 EStG 1988 (§ 109 Abs. 6 ÄrzteG).

(5) Die Fondsbeiträge nach Abs. 4 sind vom Dienstgeber einzubehalten und spätestens bis zum 15. Tag nach Ablauf des Kalendermonates an die Ärztekammer abzuführen.

Über Verlangen der Ärztekammer sind vom Dienstgeber die zur Feststellung der Bemessungsgrundlage des Fondsbeitrages erforderlichen Daten zu übermitteln. Eine Weitergabe dieser Daten durch die Ärztekammer ist unzulässig.

(6) Die Fondsbeiträge von Kammerangehörigen mit Verträgen zu den Krankenkassen können nach Maßgabe der Beitragsordnung grundsätzlich durch Abzug von den Kassenhonoraren eingehoben werden.

§ 20

Fälligkeit der Fondsbeiträge, Abbuchungsauftrag, Zuweisung der Mittel für die Fondsleistungen

(1) Die Fälligkeit der Fondsbeiträge wird in der Beitragsordnung bestimmt.

(2) Von allen Fondsteilnehmern, bei welchen nicht ein Einbehalt vom Dienstgeber oder vom Kassenhonorar (§ 19 Abs.5 und 6) erfolgt, soll ein Abbuchungsauftrag für Lastschriften an die Ärztekammer unterfertigt vorgelegt werden, womit ein inländisches Kreditinstitut beauftragt wird, die von der Ärztekammer als Zahlungsempfänger ausgefertigten und zum Einzug über das Konto des Fondsteilnehmers bestimmten Lastschriften durchzuführen.

Die Beitragsordnung kann hierüber Näheres bestimmen.

(3) Für die Grundleistung sowie die Zusatzleistung-Alt sind die Beitragsanteile aus dem Beitragsaufkommen des einzelnen Fondsteilnehmers jeweils bis zu den in der Beitragsordnung bestimmten Richtbeiträgen zuzuordnen.

Für die Zusatzleistung-Neu, die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe sind die hiefür gemäß Beitragsordnung vorgeschriebenen Fondsbeiträge zu verwenden und auf dem Individualkonto des einzelnen Fondsteilnehmers zu verbuchen.

Für die Unterstützungsleistungen sind die gemäß Beitragsordnung hiefür vorgesehenen Beitragsteile zu verwenden.

§ 21

Ratenbewilligung, Stundung

Der Verwaltungsausschuss kann über begründetes Ansuchen die Entrichtung von Nachzahlungen und rückständigen Fondsbeiträgen in angemessenen Raten sowie die Stundung von laufenden Fondsbeiträgen - in diesem Fall längstens jeweils für die Dauer eines Jahres - bewilligen. Die Einbringlichkeit darf hierdurch nicht gefährdet werden.

Eine Stundung von Fondsbeiträgen für Unterstützungsleistungen kann nicht erfolgen. Die Verzinsung richtet sich nach den Bestimmungen der Beitragsordnung.

§ 22

Nachlass, Ermäßigung der Fondsbeiträge

(1) Der Verwaltungsausschuss kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände über begründetes Ansuchen des beitragspflichtigen Fondsteilnehmers die Fondsbeiträge jeweils für die Dauer des Vorliegens der geltend gemachten Umstände, jedoch grundsätzlich längstens für die Dauer eines Jahres nach Billigkeit ermäßigen oder in Härtefällen zur Gänze nachlassen (§ 111 ÄrzteG).

(2) Berücksichtigungswürdige Umstände im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere gegeben:

1. wenn der Fondsteilnehmer infolge Krankheit oder anderweitiger nicht selbst verschuldeter Umstände sich in einer wirtschaftlichen Notlage oder Bedürftigkeit befindet und nicht in der Lage ist, die vollen Fondsbeiträge zu zahlen oder wenn die Leistung der vollen Fondsbeiträge aus sonstigen wirtschaftlichen Gründen unbillig beziehungsweise unzumutbar ist,
2. bei besonders hohen finanziellen Belastungen, zum Beispiel im ersten Jahr der Praxiseröffnung,
3. bei Ableistung des ordentlichen Präsenzdienstes (Zivildienstes), im Falle der Zeiten des Mutterschutzes und der Karenz nach den Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes bzw. Elternkarenz-Urlaubsgesetzes, sowie im Falle der Arbeitslosigkeit.

(3) Für den Fall der Ermäßigung beziehungsweise des Nachlasses ist der Erwerb von Anwartschaften bzw. die Gewährung von Leistungen dementsprechend eingeschränkt bzw. ausgeschlossen.

Dies gilt auch für den Fall der Beitragsrefundierung gemäß § 19 Abs.3. Dieser Ausschluss gilt nicht bezüglich der Notstandsunterstützung.

(4) Bei Ermäßigung des Fondsbeitrages um die Beiträge für die Leistungen gemäß § 48a (Ersatz der Kosten der Sonderklasse) beziehungsweise Nachlass derselben, jeweils für die Dauer der geltend gemachten Gründe, besteht kein Anspruch auf diese Leistungen.

Nach Wegfall der Ermäßigung beziehungsweise des Nachlasses tritt die oben angeführte Beitragsverpflichtung mit 1.Jänner des darauf folgenden Jahres wieder ein, wobei bezüglich des Leistungsanspruches eine Wartezeit von 6 Monaten gilt, wovon Unfälle ausgenommen sind.

§ 23

Reihenfolge von Ermäßigungen, Nachlässen oder Stundungen

(1) Eine Ermäßigung, ein Nachlass oder auch eine Stundung der Fondsbeiträge für die Zusatzleistung-Alt und die Grundleistung kann nur erfolgen, wenn für den betreffenden Zeitraum der Fondsbeitrag für die Zusatzleistung-Neu (§§ 31 und 31a) nachgelassen und nicht gestundet wird.

Das gleiche gilt für den Fondsbeitrag für die Grundleistung im Verhältnis zur Zusatzleistung-Alt.

(2) Weiters kann zusätzlich ein Nachlass von Fondsbeiträgen für Unterstützungsleistungen erfolgen. Bezüglich der Leistungen gemäß § 48a gelten die Bestimmungen des § 22 Abs.4.

§ 24

Zahlungsverzug

(1) Ist ein Fondsteilnehmer bei Eintritt des Leistungsfalles mit der Zahlung von Fondsbeiträgen für Unterstützungsleistungen aus welchen Gründen immer in

Verzug, ruht der Anspruch auf diese ab dem Zeitpunkt der ausgewiesenen zweiten Mahnung bis zur Zahlung.

Hievon ist die Notstandsunterstützung ausgenommen.

(2) Die Verzinsung richtet sich nach der Beitragsordnung, § 20.

(3) Rückständige bzw. auch gestundete Fondsbeiträge können von der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung einbehalten werden.

§ 25 **Legalzession**

Können Personen, denen Leistungen aus dem Fonds zustehen, den Ersatz des Schadens der ihnen aus dem gleichen Anlass erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften, ausgenommen nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften, beanspruchen, so geht der Anspruch auf die Ärztekammer insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat; Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Ärztekammer nicht über.

§ 26 **Vertrauensärzte**

Zur Erstattung von nach den Bestimmungen dieser Satzung erforderlichen vertrauensärztlichen Gutachten können vom Verwaltungsausschuss oder Beschwerdeausschuss geeignete Ärzte jeweils im Einzelfall bestellt werden.
Die Kosten hiefür trägt der Fonds.

IV.: LEISTUNGSRECHT

A) Versorgungsleistungen

§ 27

(1) Aus den Mitteln des Fonds sind im Einzelnen folgende Versorgungsleistungen zu gewähren (§ 98 Abs.1 ÄrzteG):

1. Altersversorgung,
2. Invaliditätsversorgung,
3. Kinderunterstützung,
4. Hinterbliebenenversorgung:
 - a.) Witwen- und Witwerversorgung,
 - b.) Waisenversorgung
 - c.) Hinterbliebenenunterstützung
5. Bestattungsbeihilfe

(2) Ab 1.Jänner 1974 werden die in Abs.1 Z.1 bis 4 lit. a und b genannten Leistungen vierzehnmals jährlich gewährt.

(3) Die Satzung bestimmt, ob und in welchem Umfang diese Leistungen dem tatsächlich geleisteten Fondsbeitrag angepasst werden, wenn im Einzelfall die

Fondsbeiträge nicht das zur finanziellen Sicherstellung der vorgesehenen Leistungen erforderliche Ausmaß erreichen.

Dies gilt auch für die Grundleistung gemäß § 30 (§ 98 Abs.4 ÄrzteG).

(4) Erreichen die Leistungen gemäß Abs. 1 Z 1 bis 3, 4 lit. a und b weniger als ein Zehntel der Grundleistung gemäß § 28 Abs. 1, wird die Leistung in Form einer einmaligen Kapitalabfindung gewährt (§ 98 Abs. 5 letzter Satz ÄrzteG). Die Berechnung der Kapitalabfindung erfolgt auf Basis der Anlage 1 (altersgemäße Verrentungsfaktoren).

(5) Aus den Mitteln des Fonds werden weiters nach Maßgabe der Satzung des gemeinsamen Fonds bei der Österreichischen Ärztekammer zur Abdeckung von Großschadensfällen (§ 134 Abs.1 letzter Satz ÄrzteG) Leistungen an jene Ärztekammern erbracht, in deren Bereich der Großschadensfall eingetreten ist.

§ 28

Grundleistung sowie Wertsicherung der Grundleistung, der Zusatzleistung-Alt und der Zusatzleistung-Neu

(1) Die Höhe der Grundleistung beträgt bei Erreichung von 100 Anwartschaftspunkten gemäß § 98 Abs.3 ÄrzteG. € 788,67 monatlich.

(2) Die Versorgungsleistungen aus der Grundleistung und der Zusatzleistung-Alt können unter Bedachtnahme auf § 92 ÄrzteG (Berücksichtigung der Erfordernisse, des dauernden Bestandes und der Leistungsfähigkeit des Fonds), die wirtschaftliche Lage des Berufsstandes und deren Entwicklung sowie auf die Änderungen des Verhältnisses der Zahl der beitragspflichtigen Kammerangehörigen zur Zahl der Leistungsberechtigten des Fonds, nach dem Ergebnis des der Beschlussfassung vorangegangenen Jahres in ihrem Wert gesichert werden. Die Beschlussfassung hierüber obliegt über Empfehlung des Verwaltungsausschusses der Erweiterten Vollversammlung.

(3) Die Wertanpassung der Zusatzleistung neu errechnet sich wie folgt: Veranlagungsüberschuss gemäß § 31 des Vorjahres abzüglich 3,5%.

(4) Das Vermögen der Zusatzleistung-Neu ist nach dem Tageswertprinzip zu bewerten. Die nach Ertragsverteilung verbleibende Gewinnreserve darf höchstens 15 % der Deckungsrückstellung vor Ergebnisverwendung betragen und darf minus 10 % der Deckungsrückstellung vor Ergebnisverwendung nicht unterschreiten. Die Gewinnreserve wird global berechnet und individuell für jeden Anwartschaftsberechtigten ermittelt und ausgewiesen. Über die jährliche Dotation der Gewinnreserve und die Höhe des Veranlagungsüberschusses gemäß § 31 entscheidet der Verwaltungsausschuss.

(5) Die sich gemäß Abs.2 und 3 ergebenden Veränderungen bezüglich Grundleistung, Zusatzleistung-Alt und Zusatzleistung-Neu sind in einem Leistungsblatt jährlich bekannt zu geben.

§ 29 Altersversorgung

(1) Die Altersversorgung besteht aus

1. Grundleistung (§ 30)
2. Zusatzleistung - Alt (§ 63 Abs. 6)
3. Zusatzleistung - Neu (§§ 31 und 31a)

(2) Die Altersversorgung wird männlichen und weiblichen Fondsteilnehmern, sowie ehemaligen Kammerangehörigen (Fondsteilnehmern) deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 97 Abs.1, Z.4 ÄrzteG), die das 65. Lebensjahr vollendet haben, unter folgenden Voraussetzungen gewährt:

Sie müssen jede vertragsärztliche Tätigkeit für alle Krankenkassen einstellen, ebenso alle ärztlichen Tätigkeiten, die in einem Dienst(Anstellungs-)Verhältnis ausgeübt werden. Weiters muss die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke zurückgelegt werden.

Die Ausübung der Privatpraxis ist ebenso wie die Durchführung von vertragsmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und von ärztlichen Tätigkeiten gemäß § 47 Abs.1 ÄrzteG (Wohnsitz-arzt) erlaubt.

(3) Auf Antrag ist die Altersversorgung männlichen und weiblichen Fondsteilnehmern bereits nach Vollendung des 60. Lebensjahres unter den in Abs.2 genannten Voraussetzungen zu gewähren.

In diesem Fall vermindert sich das Ausmaß der Altersversorgung (Grundleistung und Zusatzleistung-Alt) bei allen ab dem 1.Jänner 1988 erfolgenden Antragstellungen, ausgenommen für weibliche Fondsteilnehmer, die vor dem 1. Jänner 1988 das 55. Lebensjahr vollendet haben (Jahrgang 1932 und älter), bei Inanspruchnahme ab dem vollendeten

1. 60. Lebensjahr auf 70 %,
2. 61. Lebensjahr auf 75 %,
3. 62. Lebensjahr auf 80 %,
4. 63. Lebensjahr auf 86 %,
5. 64. Lebensjahr auf 92 %.

(4) Weibliche Fondsteilnehmer, die den ärztlichen Beruf ausschließlich in einem Dienstverhältnis ausüben, sind, wenn ihr Dienstverhältnis aus vertraglichen oder gesetzlichen Gründen vor Vollendung des 65.Lebensjahres endet, verpflichtet, die zur Erreichung der vollen Anwartschaften der Grundleistung fehlenden Fondsbeiträge zu bezahlen.

Die Vorschreibung erfolgt nach Bekanntgabe der Beendigung des Dienstverhältnisses nach

Maßgabe der zu diesem Zeitpunkt geltenden Beitragsordnung.

Insoweit der vorgeschriebene Betrag bis zur Zuerkennung der Altersversorgung bezahlt wird, vermindern sich die Kürzungen der Grundleistung gemäß Abs.3 bzw. auch § 63, Abs.3.

§ 30 Abs.4 letzter Satz gilt sinngemäß.

(5) Die jeweilige Verminderung bleibt für die Dauer des Bezuges der Altersversorgung wirksam und wirkt auf die Versorgungsleistungen der Hinterbliebenen fort.

(6) Der Anspruch auf Altersversorgung ruht bei Aufnahme einer der in Abs.2 genannten Tätigkeiten für die Dauer der Ausübung dieser Tätigkeit.

Ausmaß der individuellen Altersversorgung

§ 30

Grundleistung

(1) Die Grundleistung wird ab 01.01.1994 nach der Höhe der Beitragsleistung ermittelt.

(2) In der Beitragsordnung wird jährlich ein Richtbeitrag festgesetzt. Der Richtbeitrag ist im zur finanziellen Sicherstellung der vorgesehenen Leistungen erforderlichen Ausmaß festzusetzen (§ 98 Abs.4 ÄrzteG.).

(3) Für jedes Beitragsjahr, für das der volle Richtbeitrag geleistet wird, wird eine Anwartschaft auf 3 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1, in der unter Anwendung der Wertsicherung durch den Anpassungsfaktor gemäß § 28 Abs.2 sich ergebenden Höhe, erworben.

Die Höhe der vollen Grundleistung (100 Prozent) wird jährlich in einem Leistungsblatt bekannt gegeben.

Erreichen im Einzelfall die Fondsbeiträge, aus welchem Grund immer, nicht den Richtbeitrag, wird die Anwartschaft für das betreffende Jahr in dem der geringeren Beitragsleistung entsprechenden Verhältnis vermindert erworben.

Überschreiten die Fondsbeiträge laut Beitragsordnung den Richtbeitrag, wird die Anwartschaft für das betreffende Jahr in dem der höheren Beitragsleistung entsprechenden Verhältnis erworben.

Die Anwartschaft wird auf 1000-stel Prozentanteile ermittelt.

(3a) Die Anwartschaft von 3 Prozent reduziert sich ab 1.1.2003 für alle Fondsteilnehmer der Jahrgänge 1938 und jünger, die an der Finanzierung des Kapitaldeckungsverfahrens/Zusatzleistung-Neu gemäß § 31a der Satzung teilnehmen, auf 2 % jährlich. Die für die fehlende Differenz von 1 Anwartschaftsprozent jährlich bestimmten Beitragsteile werden für den Aufbau von Leistungsansprüchen gemäß § 31a der Satzung nach dem Kapitaldeckungsverfahren verwendet.

(4) Fondsteilnehmer, die verminderte Anwartschaften gemäß Abs.3 erworben haben, sind mit Vollendung des 50. Lebensjahres verpflichtet, die zur Erreichung der vollen Anwartschaften von Beginn der Fondsteilnahme bis zum 50. Lebensjahr fehlenden Fondsbeiträge nachzuzahlen. Die Berechnung des Nachzahlungsbetrages erfolgt in der Form, dass vom Fondsteilnehmer unter der Annahme eines künftigen Erwerbes einer jährlichen Anwartschaft auf 3 Prozent der Grundleistung durch Zahlung des jährlichen Richtbeitrages mit Erreichung des 65. Lebensjahres seine volle Anwartschaft auf die Grundleistung erworben wer-

den kann. Durch Anwendung des Richtbeitrages des laufenden Kalenderjahres in dem der Fondsteilnehmer das 50. Lebensjahr erreicht, auf die so errechneten fehlenden Anwartschaftspunkte, wird der Nachzahlungsbetrag ermittelt. Der so ermittelte Nachzahlungsbetrag ist zur Gänze oder über Erklärung des Fondsteilnehmers in Raten (§ 21 der Satzung in Verbindung mit § 20 der Beitragsordnung) zu entrichten.

Die durch die Nachzahlung erworbenen Anwartschaftsprozentpunkte werden den bereits vorhandenen Anwartschaftsprozentpunkten hinzugerechnet.

Ab 1.1.2003 ist dieser Nachzahlungsbetrag für Zeiten, die sich auf die Teilnahme an der Finanzierung des Kapitaldeckungsverfahrens gemäß § 31a der Satzung beziehen (Abs.3a), im Ausmaß von 2 Dritteln für den Erwerb von Anwartschaften in der Grundleistung zu verwenden; ein Drittel ist auf dem Konto des Fondsteilnehmers für die Zusatzleistung – Neu gemäß §31a der Satzung gutzuschreiben. Dieser Nachzahlungsbetrag kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände (§ 22 Abs.1 und 2) auf Antrag ermäßigt oder in Härtefällen auch nachgelassen werden.

(4a) Erbringt ein Fondsteilnehmer den Nachweis, dass er in dem der Berechnung des Nachzahlungsbetrages zugrunde liegenden Zeitraum in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht, vermindert sich der gemäß Abs. 4 errechnete Nachzahlungsbetrag dementsprechend. Im diesem Ausmaß vermindert sich auch der Leistungsanspruch gegenüber dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg.

(5) Nach Erreichung einer Anwartschaft von 100 Prozent der Grundleistung entfällt die weitere Beitragspflicht zur Grundleistung. Dieser Prozentsatz verändert sich bei Fondsteilnehmer der Jahrgänge 1938 und jünger, die an der Finanzierung des Kapitaldeckungsverfahrens/Zusatzleistung-Neu gemäß § 31a der Satzung teilnehmen (Abs. 3a) bzw. für welche Abs. 4a zur Anwendung kommt, entsprechend.

(6) Über Antrag werden Fondsteilnehmer, für die Dauer von maximal 24 Monaten je Kind, für Zeiten des Mutterschutzes und der Karenz im Sinne der Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes, die ab 01.01.2009 beginnen, von der Beitragsleistung im Ausmaß der in den §§ 4 Abs. 1 und 7a Abs. 1 der Beitragsordnung für die Grundleistung (gem. § 30 Abs. 3a der Satzung) bzw. die Zusatzleistung-Neu (gem. § 31a der Satzung) nach dem jeweiligen Lebensjahr festgelegten Beiträgen befreit, unter Anrechnung der dem jeweiligen wegfallenden Beitrag entsprechenden Anwartschaftspunkte für die Grundleistung und Zusatzleistung neu, sofern das Vorliegen folgender Voraussetzungen nachgewiesen wird:

1. bei Fondsteilnehmern, die den ärztlichen Beruf in einem Dienstverhältnis ausüben: Nachweis des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld gem. Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG);
2. bei Fondsteilnehmern, die den ärztlichen Beruf als Wohnsitzärzte ausüben: Nachweis, dass der Fondsteilnehmer keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit bezieht, welche die im KBGG für den Bezug des Kinderbetreuungs-

geldes festgelegte Zuverdienstgrenze übersteigen (d.s. 2011 € 16.200,00 brutto p.a);

3. bei Fondsteilnehmern, die den ärztlichen Beruf als niedergelassene Ärzte ausüben:
 - a) Nachweis einer Dauervertretung in der Ordination bzw. einer befristeten Teilung einer Vertragsarztstelle oder
 - b) Nachweis , dass der Fondsteilnehmer keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit bezieht, welche die im KBGG für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes festgelegte Zuverdienstgrenze übersteigen (d.s. 2011 € 16.200,00 brutto p.a).

Sind beide Elternteile Fondsteilnehmer, kommen obige Bestimmungen je Kind nur einmal zur Anwendung, wobei jedoch die Aufteilung der 24 Monate je Kind unter den beiden Fondsteilnehmern diesen offen steht.

(7) Im Falle der Invalidität oder des Todes werden für die Berechnung der daraus resultierenden Versorgungsleistungen (Invaliditätsversorgung, Witwen- und Witwerversorgung sowie Waisenversorgung) zu den durch Beitragszahlungen (Abs.3, Abs.8) bis dahin erworbenen Anwartschaften 3 Prozent Anwartschaften pro Jahr auf die noch fehlenden Beitragszeiten, längstens bis zum errechneten 65. Lebensjahr, höchstens jedoch bis 100 Prozent der Grundleistung, gewährt (Bonus).

Bei den bis dahin erworbenen Anwartschaften sind für jene Jahre, in denen die vollständige Beitragszahlung zu weniger als 3 Anwartschaftspunkte geführt hat, statt der tatsächlich erworbenen Anwartschaftspunkte, 3 Anwartschaftspunkte gutzuschreiben. Ausgenommen davon sind Jahre, in denen gemäß Abs. 4 a keine Beiträge bezahlt wurden.

Für Fondsteilnehmer, die an der Finanzierung des Kapitaldeckungsverfahrens gemäß § 31a der Satzung teilnehmen, wird die Alters- oder Invaliditätsversorgung gemäß § 31a auf diese Invaliditäts-, Witwen- sowie Waisenversorgung zur Anrechnung gebracht. Diese Invaliditäts-, Witwen- sowie Waisenversorgung ist diesen Fondsteilnehmern bzw. ihren Hinterbliebenen aber jedenfalls in der Höhe zu gewähren, wie sie dem Leistungsberechtigten bei gleicher Beitragszahlung ohne die nach dem Kapitaldeckungsverfahren vorgesehene Aufteilung des Richtbeitrages (Abs. 3a) zustehen würde.

Dieser Bonus wird nicht gewährt, wenn zwischen einer allfälligen Beendigung der Fondsteilnahme und dem Eintritt der Invalidität oder des Todes mehr als 6 unmittelbar aufeinander folgende Monate liegen.

Außerordentlichen Fondsteilnehmern wird der Bonus nur gewährt, wenn die satzungsgemäßen Beitragszahlungen zur Grundleistung ab Beginn der außerordentlichen Fondsteilnahme bis zum Eintritt des Todes oder der Invalidität einschließlich allfälliger Nachzahlungen gemäß § 18 Abs.3 geleistet wurden.

Anrechnung bisheriger Zeiten für ab 01.01.1994 anfallende Versorgungsleistungen:

(8) Mit 31.12.1993 werden Anwartschaften von so vielen Prozenten der Grundleistung angerechnet, dass unter der Annahme eines künftigen Erwerbes einer

jährlichen Anwartschaft auf 3 Prozent der Grundleistung durch Zahlung des jährlichen Richtbeitrages oder einer Nachzahlung gemäß Abs.4 mit Erreichung des 65.Lebensjahres eine Anwartschaft auf 100 Prozent der Grundleistung erworben werden kann; jedoch werden nicht mehr als 3 Prozent Anwartschaften pro Jahr der Fondsteilnahme angerechnet; Fondsteilnehmer der Geburtsjahrgänge 1959 und jünger erhalten für Zeiten der Fondsteilnahme vor dem 01.01.1994 Anwartschaftspunkte im Verhältnis ihrer bis dahin geleisteten Fondsbeiträge zum Richtwert des Jahres 1994 angerechnet.

Davon ausgenommen sind nachstehende Fälle:

1. bei Ermäßigung oder Nachlass des Fondsbeitrages zur Grundleistung vermindert sich der für den Fondsteilnehmer nach Maßgabe der obigen Bestimmungen jährlich ergebende Anwartschaftsprozentsatz für Beitragszeiten ab dem 1.1.1988 entsprechend der erfolgten Ermäßigung bzw. dem Nachlass. Die verminderte Anrechnung wird bei Ermäßigung bzw. Nachlass für einen kürzeren Zeitraum als 1 Jahr aliquotiert.
2. die Bestimmungen der Ziffer 1 kommen sinngemäß zur Anwendung bei Ermäßigung, Nachlass oder Nichtzahlung des Nachzahlungsbetrages gemäß § 18 Abs. 4, auch für Zeiten vor dem 1.1.1988, wenn die Nachzahlungsverpflichtung nach diesem Zeitpunkt eingetreten ist; bei Befreiungen gemäß § 18, bzw. § 63 Abs.1 Z. 1 auch für Zeiten vor dem 1.1.1988; weiters im Falle einer Beitragsrefundierung gemäß § 19 Abs.3 sowie in allen sonstigen Fällen einer Nichtzahlung des Fondsbeitrages.

(9) Übersteigt bei Übersiedlungen ab dem 01.01.1994 jener Teil des Überweisungsbetrages, der sich auf die Zeit vom 01.01.1988 bis 31.12.1993 bezieht, die in diesem Zeitraum im Bereich der Ärztekammer Salzburg für den betreffenden Fondsteilnehmer geltenden Fondsbeiträge, wird der übersteigende Überweisungsbetrag im Falle der Teilnahme an der Zusatzleistung-Neu ab dem Zeitpunkt der Überweisung auf diese angerechnet; andernfalls erfolgt eine Anrechnung von Anwartschaftspunkten zur Grundleistung im Verhältnis des übersteigenden Überweisungsbetrages zum Richtwert des Jahres, in dem die Überweisung erfolgt.

Zusatzleistung-Neu

§ 31

(1) Fondsteilnehmer, die nach den Bestimmungen der §§ 7 und/oder 6 der Beitragsordnung (§ 63 Abs. 7 der Satzung) Fondsbeiträge für die Zusatzleistung-Neu entrichtet haben, erhalten eine Zusatzleistung-Neu, die sich nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen errechnet, wobei ein Bezug nur gemeinsam mit der Grundleistung und einer allfälligen Zusatzleistung-Neu (Beitrag II) (Teilnehmer der Jahrgänge 1938 und jünger) erfolgen kann.

(2) Auf die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Alters- oder Invaliditätsversorgung auf dem Konto des Fondsteilnehmers für die Zusatzleistung-Neu verbuchten Beiträge und erzielten Veranlagungsüberschüsse ist der Verrentungsfaktor laut Anlage 1 zu dieser Satzung anzuwenden, der dem Alter des Fondsteilnehmers entspricht (Antrittsalter).

Der so errechnete Jahresbetrag ergibt, durch 14 dividiert, die monatliche Zusatzleistung-Neu.

§ 31a

Fondsteilnehmer der Jahrgänge 1938 und jünger, die nach den Bestimmungen des § 7a der Beitragsordnung Fondsbeiträge für die Zusatzleistung-Neu entrichtet haben, erhalten eine Zusatzleistung-Neu, die sich unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 31 errechnet, wobei ein Bezug nur gemeinsam mit der Grundleistung und einer allfälligen Zusatzleistung-Alt erfolgen kann.

§ 32

Invaliditätsversorgung

(1) Invaliditätsversorgung wird gewährt, wenn der Fondsteilnehmer infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist und die Voraussetzungen für die Gewährung der Altersversorgung gem. § 29 Abs.2 noch nicht erfüllt oder noch keine Altersversorgung gem. § 29 Abs.3 bzw. § 63 Abs.3 bezieht.

(2) Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn diese nach begründeter medizinischer Voraussicht in absehbarer Zeit zu beheben ist. Der Leistungsfall der vorübergehenden Berufsunfähigkeit liegt jedenfalls nicht vor, wenn diese weniger als 3 Monate andauert.

(3) Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt, zur Feststellung der Voraussetzungen nach Abs.1 und 2 eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen.

§ 33

Ausmaß der Invaliditätsversorgung

(1) Die Invaliditätsversorgung wegen dauernder oder vorübergehender Berufsunfähigkeit besteht, unter der Voraussetzung der Teilnahme an den folgenden Fondsleistungen, aus:

1. der Grundleistung,
2. der Zusatzleistung-Alt,
3. der Zusatzleistung-Neu

Hierbei gelten die gleichen Berechnungsgrundsätze wie für die Altersversorgung gemäß §§ 30, 31,31a und 63, Abs.6.

(2) Während des Bezuges der Invaliditätsversorgung darf keinerlei ärztliche Tätigkeit ausgeübt werden, ansonsten der Bezug eingestellt wird bzw. der Anspruch erlischt.

§ 34

Kinderunterstützung

(1) Kindern von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist bis zur Erlangung der Volljährigkeit eine Kinderunterstützung zu gewähren.

(2) Über die Volljährigkeit hinaus ist eine Kinderunterstützung zu gewähren, wenn die betreffende Person

1. das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet,
2. wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen erwerbsunfähig ist, wenn dieser Zustand seit Erlangung der Volljährigkeit oder im unmittelbaren Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung besteht, solange dieser Zustand andauert.

(3) Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht

1. für Volljährige, die selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 des 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 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, jeweils festgesetzten Betrag übersteigen,
2. bei Verhehlung.

(4) Die Kinderunterstützung beträgt 30 Prozent der Grundleistung der Alters- oder Invaliditätsversorgung (§ 101 Abs. 4 ÄrzteG), auf die der jeweilige Empfänger gemäß § 30 unter Berücksichtigung von sich aus den Bestimmungen des § 29 Abs.3 bzw. § 63 Abs.3 ergebenden Verminderungen Anspruch hat, mindestens jedoch 10 % der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2.

(5) Als Kinder im Sinne des Abs. 1 gelten die ehelichen, die legitimierten Kinder, die Wahlkinder und die unehelichen Kinder eines weiblichen Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung; die unehelichen Kinder eines männlichen Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung dann, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder durch Anerkenntnis festgestellt ist.

§ 35

Witwen-(Witwer-)Versorgung

(1) Nach dem Tode eines Fondsteilnehmers oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist seiner Witwe (seinem Witwer), die (der) mit ihm (ihr) im Zeitpunkt des Todes in aufrechter Ehe gelebt hat, die Witwen-(Witwer-)Versorgung zu gewähren.

(2) Die Witwen-(Witwer-)Versorgung wird nicht gewährt, wenn die Ehe erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Fondsteilnehmers oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes des Fondsteilnehmers oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als 3 Jahre lang bestanden hat.

Dies gilt nicht, wenn der Tod des Ehegatten durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist, aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist oder hervorgeht, durch die Eheschließung ein Kind legitimiert worden ist, oder im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten dem Haushalt der Witwe (des Witwers) ein Kind des (der) Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenversorgung hat.

§ 36

Witwen-(Witwer-)Versorgung gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach § 35 Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten, dessen Ehe mit dem Fondsteilnehmer für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihm der Fondsteilnehmer zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte.

Hat der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Fondsteilnehmer nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-) Versorgung längstens bis zum Ablauf der Frist. Die Witwen-(Witwer-)Versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Fondsteilnehmer 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 Fondsteilnehmers dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgung hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

Die Witwen-(Witwer-)Versorgung und die Versorgung des früheren Ehegatten dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Fondsteilnehmer oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung Anspruch gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen-(Witwer-) Versorgung mehrerer früherer Ehegatten ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist keine anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten so zu bemessen, als ob der Fondsteilnehmer eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) hinterlassen hätte.

§ 37

Ausmaß der Witwen-(Witwer-)Versorgung

Die Witwen-(Witwer-)Versorgung beträgt 60 Prozent der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem verstorbenen Fondsteilnehmer im Zeitpunkt seines Todes gebührt hat oder gebührt hätte.

Für die Berechnung gelten die Vorschriften der §§ 30, 31, 31a und 63, Abs.6.

§ 38

Erlöschen der Witwen-(Witwer-)Versorgung

Der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)Versorgung erlischt im Falle der Wiederverehelichung der (des) Bezugsberechtigten.

§ 39

Waisenversorgung

(1) Nach dem Tode eines Fondsteilnehmers haben seine Kinder Anspruch auf Waisenversorgung, wobei die gleichen Voraussetzungen gelten wie für die Gewährung der Kinderunterstützung (§ 34), mit der Ausnahme, dass der Anspruch auf Waisenversorgung auch für den Fall der Verehelichung bestehen bleibt, wenn die betreffende Person das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet.

(2) Die Waisenversorgung beträgt für jede Halbweise 30 Prozent der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem verstorbenen Fondsteilnehmer im Zeitpunkt seines Todes gebührt hat oder gebührt hätte. Für Vollwaisen werden 60 Prozent dieses Betrages gewährt.

Die Waisenversorgung beträgt vorbehaltlich der Bestimmungen des Abs.3 jedoch mindestens 10 Prozent (je Halbweise) bzw. 20 Prozent (je Vollweise) der Grundleistung gemäß

§ 28 Abs.1 und 2.

§ 40

Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

(1) Beim Tod eines Kammerangehörigen (Fondsteilnehmers) oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist

1. die Bestattungsbeihilfe und
2. die Hinterbliebenenunterstützung

zu gewähren. Die Bestattungsbeihilfe dient der Abdeckung der mit der Bestattung verbundenen Kosten.

Die Hinterbliebenenunterstützung ist Teil der Hinterbliebenenversorgung und dient den Hinterbliebenen als einmalige finanzielle Sofortversorgung.

(2) Die Höhe der Bestattungsbeihilfe ergibt sich aufgrund des Kontostandes auf dem Konto Bestattungsbeihilfe beim Tod, beträgt jedoch mindestens € 3.000,00.

(3) Die Höhe der Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich aufgrund des Kontostandes auf dem Konto Hinterbliebenenunterstützung beim Tod, beträgt jedoch

- beim Tod eines ordentlichen Kammerangehörigen (Fondsteilnehmers), der nicht Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist, mindestens € 19.528,58
- beim Tod eines Empfängers einer Invaliditätsversorgung vor Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens € 19.528,58
- beim Tod eines Empfängers einer Altersversorgung mindestens € 12.000,00.

(4) Für den Fall, dass beim Tod der Kontostand geringer ist, als die im Absatz 2 und Absatz 3 angegebene Mindestleistung, wird die Differenz aus dem im Rahmen des kapitalgedeckten Verfahrens gebildeten Sonderkontos finanziert.

(5) Auf die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung haben, sofern der verstorbene Kammerangehörige (Fondsteilnehmer) oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:

1. die Witwe (der Witwer),
2. die Waisen und
3. sonstige gesetzliche Erben.

(6) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs. 5 Z 2 oder 3 vorhanden, ist diesen die Leistung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

(7) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 5 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der vorgesehenen Bestattungsbeihilfe.

B) Unterstützungsleistungen

§ 41

Krankenunterstützung

(1) Fondsteilnehmern, die durch Krankheit oder Unfall vorübergehend unfähig sind, den ärztlichen Beruf gemäß § 45 Abs. 2 Ärztegesetz auszuüben, wird eine einmalige Krankenunterstützung gewährt, sofern zumindest seit dem, dem Leistungsfall vorangehenden Monat die in der Beitragsordnung hierfür vorgesehenen Fondsbeiträge (bis 31.12.1993 die vollen Fondsbeiträge als niedergelassener Arzt) entrichtet wurden. Im Falle der Niederlassung besteht Leistungsanspruch bei Entrichtung der oben genannten Fondsbeiträge ab dem in der Beitragsordnung vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Die Krankenunterstützung gliedert sich in eine

1. für den Fall einer Krankheit (Unfallfolge), die lediglich eine ambulante oder häusliche ärztliche Behandlung, oder
2. die eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.

(3) Im Falle einer stationären Krankenhausbehandlung wird sowohl das Krankenhaustagegeld gemäß § 44 Abs. 1 als auch das Haustagegeld gemäß § 46 Abs.2, letzteres wie gemäß § 46 Abs.1 erst ab dem 8. Tag gewährt.

§ 42

(1) Bei weiblichen Fondsteilnehmern werden im Falle der Schwangerschaft jene Zeiten, welche der Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes, BGBl. Nr. 221/1979, entsprechen, bis zur Höchstdauer von 20 Wochen einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 41 Abs.1 gleichgehalten.

(2) Für den Zeitraum ab der Geburt des Kindes bis zum Ende des Beschäftigungsverbotes gem. §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz wird die Höhe dieser Unterstützungsleistung vermindert um jenen Kinderbetreuungsgeld-Betrag, auf den die Fondsteilnehmerin gemäß KBGG einen gesetzlichen Anspruch hat. Die Fondsteilnehmerin hat nach den Bestimmungen des KBGG das Kinderbetreuungsgeld zu beantragen bzw. allfällige gleichwertige gesetzliche Ansprüche einzufordern und den Bezug dem Wohlfahrtsfonds nachzuweisen.

§ 43

(1) Die Krankenunterstützung wird für die Dauer der Berufsunfähigkeit, höchstens jedoch für einen Zeitraum von 26 Wochen innerhalb von 12 Monaten gewährt. Innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten wird die Krankenunterstützung höchstens für 52 Wochen gewährt.

In diese Zeiten werden Zeiten gemäß § 42 eingerechnet.

(2) Besteht die vorübergehende Berufsunfähigkeit länger als der in der Satzung festgesetzte Zeitraum, für den die Krankenunterstützung gewährt wird, ist auf Antrag bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 29 Abs.2 oder des § 32 die Alters- oder Invaliditätsversorgung zu gewähren. Diese Leistungen sind an Stelle der Krankenunterstützung schon früher zu gewähren, wenn durch eine vertrauensärztliche Untersuchung festgestellt wird, dass eine dauernde Invalidität vorliegt oder die Voraussetzungen für die Gewährung der Altersversorgung erfüllt sind (§ 100 Abs.3 ÄrzteG).

§ 44

Ausmaß der Krankenunterstützung

(1) Bei stationärer Krankenhausbehandlung wird dem Fondsteilnehmer ein Krankenhaustagegeld ab dem 1.Tag des Krankenhausaufenthaltes im Ausmaß von 15 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2 gewährt.

(2) Die gleiche Regelung gilt für alle Bezieher von Versorgungsleistungen gemäß § 27 Abs.1, Z. 1,2,4a und 4b (Alters- und Invaliditätsversorgung, Witwen- (Witwer-)Versorgung sowie Waisenversorgung), sofern vom Fondsteilnehmer durch mindestens zehn Jahre die in der Beitragsordnung hiefür vorgesehenen Fondsbeiträge (bis 31.12.1993 die vollen Beiträge als niedergelassener Arzt) entrichtet worden sind.

(3) Das Krankenhaustagegeld gemäß Abs.2 wird weiters nur dann gewährt, wenn außer einer Versorgungsleistung des Fonds kein Pensions- bzw. Rentenanspruch aus einer gesetzlichen Sozialversicherung und/oder kein Ruhe- bzw. Versorgungsgenuss (§ 112 Abs.1 ÄrzteG) zusteht und kein Anspruch auf Krankenunterstützung gemäß § 48a.

Das Krankenhaustagegeld beträgt in diesem Fall jedoch nur 5 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2.

§ 45

(1) Anspruchsberechtigte nach § 44 Abs. 1 und 2 haben dem Verwaltungsausschuss binnen 3 Tagen die Aufnahme zu einer stationären Krankenhausbehandlung schriftlich zu melden.

(2) Nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes ist ein Entlassungsschein beizubringen, der die Personaldaten des Erkrankten, Datum der Aufnahme und Entlassung sowie die Krankheitsbezeichnung enthält. Sofern der Entlassungsschein nicht innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes beim Verwaltungsausschuss eingereicht wird, erlischt der Anspruch auf das Krankenhaustagegeld.

§ 46

(1) Die Krankenunterstützung im Falle einer durch Krankheit oder Unfall bedingten Arbeitsunfähigkeit, bei der jedoch keine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist (§ 41 Abs. 2 Z.1), wird als Haustagegeld ab dem 8. Tag gewährt.

(2) Das Haustagegeld beträgt 10 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2.

(3) Die Arbeitsunfähigkeit muss innerhalb von 3 Tagen dem Verwaltungsausschuss mit Bezeichnung der Krankheit schriftlich gemeldet werden. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist innerhalb von 8 Tagen schriftlich an den Verwaltungsausschuss zu melden.

(4) Für Bade- und Kuraufenthalte kann das Haustagegeld gewährt werden. Vor Antritt der Kur muss jedenfalls die Genehmigung des Verwaltungsausschusses eingeholt werden.

(5) In allen Fällen der Gewährung von Haustagegeld kann der Verwaltungsausschuss im Hinblick auf § 43 Abs.2 ein vertrauensärztliches Gutachten über die vermutliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. darüber verlangen, ob eine dauernde Invalidität des Fondsteilnehmers vorliegt.

§ 47

(1) Die Abrechnung der Krankenunterstützung erfolgt nach Wiederaufnahme der ärztlichen Berufstätigkeit oder nach Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung.

(2) Dauert die Berufsunfähigkeit oder die stationäre Krankenhausbehandlung länger als 1 Monat, können auf Ansuchen jeweils entsprechende Vorauszahlungen geleistet werden, die auf die endgültige Abrechnung nach Abs.1 anzurechnen sind.

§ 48

Die Bestimmungen des § 25 finden sinngemäß Anwendung (Legalzession).

§ 48a

**Krankenunterstützung gemäß § 106 Abs. 7 Ärztegesetz
-Ersatz der Kosten der Sonderklasse**

(1) Erfordert die Berufsunfähigkeit eine stationäre Krankenhausbehandlung, werden für alle Teilnehmer, unter der Voraussetzung der Leistung der in der Beitragsordnung hierfür vorgesehenen Beiträge, die Kosten der Sonderklasse- Einbettzimmer in allen Vertragskrankenhäusern in Österreich zur Gänze übernommen und mit diesen direkt verrechnet.

In allen übrigen Krankenanstalten erfolgt die Abrechnung nach den jeweils gültigen tariflichen Sätzen.

Soweit die Satzung nichts anderes bestimmt, werden die Leistungen nach Maßgabe der auf diese Krankenunterstützung zutreffenden Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustageversicherungen (AVB – 1995 Fassung 2002) gewährt, in Verbindung mit einem allenfalls mit einem Versicherungsunternehmen abgeschlossenen Rückversicherungs- und Kooperationsvertrag.

Diese Bestimmungen der Musterbedingungen sowie die Vertragskrankenhäuser und die tariflichen Sätze sind von der Ärztekammer den Teilnehmern bekannt zu geben.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 gelten sinngemäß auch für die nachstehenden Personen:

1. Ehegatten der Teilnehmer,
2. Kinder der Teilnehmer unter den im § 34 genannten Voraussetzungen,
3. Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung gemäß § 27 Abs. 1 Z.1 und 2 einschließlich deren Ehegatten und Kinder unter den im § 34 genannten Voraussetzungen.
4. Bezieher einer Witwen- oder Witwerversorgung gemäß § 27 Abs.1 Z.4a einschließlich deren Kinder, denen eine Waisenversorgung gemäß § 27 Abs.1 Z.4b gewährt wird, beziehungsweise Bezieher einer solchen.

(3) Die Anmeldung der Teilnehmer zu dieser Leistung erfolgt mit dem auf das Zugangsdatum folgenden Monatsersten, fällt das Zugangsdatum auf einen Monatsersten, mit diesem.

Ehegatten werden mit dem Ersten des Monats der Eheschließung, Kinder mit dem ersten des Geburtsmonats angemeldet.

§ 48b

Krankenunterstützung gem. § 106 Abs.7 ÄrzteG - Krankenkostenversicherung

(1) Teilnehmer an dieser Leistung sind Fondsteilnehmer, welche den ärztlichen Beruf ausschließlich als niedergelassene Ärzte (§ 45 Abs.2 ÄrzteG) oder als Wohnsitzärzte (§ 47 Abs.1 ÄrzteG) ausüben, es sei denn, dass eine gesetzliche Krankenversicherung oder eine Selbstversicherung nach § 16 ASVG besteht

oder der Fondsteilnehmer sich für die Versicherungen gem. §§ 14a oder 14b GSVG nach den Bestimmungen des § 2 Abs.1 Z.4 GSVG entschieden hat, und dies jeweils der Ärztekammer durch Vorlage einer Bestätigung des zuständigen Krankenversicherungsträgers nachgewiesen wird, wobei diese Ausnahme für die Dauer des Bestehens einer solchen Versicherung gilt.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 gelten sinngemäß auch für die nachstehenden Personen:

1. Ehegatten der Teilnehmer,
2. Kinder der Teilnehmer unter den in § 34 genannten Voraussetzungen,
3. Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung gem. § 27 Abs.1 Z.1 und 2 einschließlich deren Ehegatten und Kinder unter den in § 34 genannten Voraussetzungen.
4. Bezieher einer Witwen- oder Witwerversorgung gem. § 27 Abs.1 Z.4a einschließlich deren Kinder, denen eine Waisenversorgung gem. § 27 Abs.1 Z.4b gewährt wird, bzw. Bezieher einer solchen.

(3) Der Versicherungsschutz umfasst im Leistungsfall die Inanspruchnahme der Allgemeinen Gebührenklasse bei stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt und ambulanter ärztlicher Leistungen, wobei die Höhe der Beiträge und die Versicherungsbedingungen durch einen Gruppenvertrag geregelt sind, der von der Ärztekammer Salzburg mit Versicherungsunternehmen abzuschließen ist.

§ 49

Notstandsunterstützungen

(1) Im Falle eines wirtschaftlich bedingten Notstandes können aus dem Fonds einmalige oder wiederkehrende Leistungen an folgende Personen gewährt werden:

1. an Kammerangehörige,
2. an ehemalige Kammerangehörige,
3. an Hinterbliebene nach Ärzten, die mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben, sowie
4. an den geschiedenen Ehegatten (die geschiedene Ehegattin) des Kammerangehörigen,
5. an Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung aus dem Fonds (§ 107 Abs.2 ÄrzteG).

(2) Darüber hinaus sind aus den Mitteln der Notstandsunterstützungen die Beiträge gem. § 3 Abs.5 Bundespflegegeldgesetz, BGBl. Nr. 110/1993 in der jeweils geltenden Fassung zu tragen, welche sich aus der Einbeziehung der in § 3 Abs.3 Z.1 leg.cit. genannten Personengruppe ergeben.

§ 50

Fortbildungsunterstützungen

Für die Kinder von Kammerangehörigen und von Empfängern einer Alters oder Invaliditätsversorgung sowie für Waisen nach § 39 können unter Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse einmalige oder

wiederkehrende Leistungen für die Erziehung, Ausbildung oder Fortbildung aus dem Fonds gewährt werden, jedoch längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres (§ 107 Abs.1 ÄrzteG).

V.: VERFAHRENSVORSCHRIFTEN

§ 51

Antragsteller, Bevollmächtigung

(1) Antragsteller können sich durch eigenberechtigte Personen vertreten lassen, die sich durch eine schriftliche Vollmacht ausweisen müssen.

(2) Jeder Antragsteller hat jedoch die ihm im Verfahren erwachsenen Kosten, einschließlich der Vertretungskosten, selbst zu bestreiten.

§ 52

Ansuchen

(1) Ansuchen um Leistungen sind grundsätzlich schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen.

(2) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht sind spätestens binnen 3 Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Für den Fall der Fristversäumnis kann einem solchen Ansuchen nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung stattgegeben werden.

(3) Ansuchen um Ermäßigung beziehungsweise Nachlass von Fondsbeiträgen kann grundsätzlich nur mit Wirksamkeit für das laufende Beitragsjahr stattgegeben werden.

Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann Ansuchen um Ermäßigung auch für das dem laufenden Beitragsjahr vorangegangene Kalenderjahr stattgegeben werden.

(4) Ansuchen gemäß Abs.3 sowie um Stundung beziehungsweise Ratenzahlung sind vom Antragsteller mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.

(5) Das Nähere hiezu wird in der Beitragsordnung bestimmt.

§ 53

Erhebungen

Der Verwaltungsausschuss hat vor der Beschlussfassung die notwendigen Erhebungen zu pflegen und erforderlichenfalls auch die vertrauensärztliche Untersuchung zu veranlassen.

Das gleiche gilt sinngemäß für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss.

§ 54
Akteneinsicht

Den Antragstellern und ihren Vertretern ist Einsicht in Akten und Aktenteile zu gestatten, wovon Beratungsprotokolle, Erledigungsentwürfe und sonstige Schriftstücke ausgenommen sind, die für den Antragsteller nicht von begründetem Interesse sind. Gegen die Verweigerung der Akteneinsicht ist kein gesondertes Rechtsmittel zulässig.

§ 55
Zuerkennung von Leistungen

(1) Wiederkehrende Versorgungsleistungen werden, bei Erfüllung der Voraussetzungen, ab dem, dem Tag der Einreichung des Ansuchens nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn die Einreichung auf einen Monatsersten fällt, ab diesem Tag zuerkannt. Der Verwaltungsausschuss kann jedoch in begründeten Einzelfällen Leistungen auch rückwirkend zuerkennen.

(2) Sind jedoch im Zeitpunkt der Einreichung des Ansuchens die für die beanspruchten Versorgungsleistungen erforderlichen Voraussetzungen noch nicht erfüllt, ist die Leistung, sofern das Ansuchen nicht abgelehnt wird, ab dem, dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen folgenden Monatsersten zu gewähren.

(3) Einmalige oder wiederkehrende Unterstützungsleistungen werden ab dem vom Verwaltungsausschuss festzulegenden Zeitpunkt zuerkannt.

(4) Für die Krankenunterstützungen (Krankenhaustagegeld, Haustagegeld sowie Ersatz der Kosten der Sonderklasse) gelten weiters die einschlägigen Bestimmungen der §§ 41 bis 48 sowie 48a und 48b.

§ 56

(1) Der Verwaltungsausschuss entscheidet über die Ansuchen mit Beschluss und hat den Antragsteller hievon durch einen Bescheid in Kenntnis zu setzen.

(2) Bei Leistungsanpassungen besteht keine Verpflichtung zur Erlassung von Bescheiden.

§ 57
Rechtsmittel

Gegen die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses ist das Rechtsmittel der Beschwerde zulässig, welches schriftlich, telegraphisch oder fernschriftlich binnen 2 Wochen beim Verwaltungsausschuss einzubringen ist.

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

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

§ 58 **Zustellungen**

(1) Ablehnende Beschlüsse des Verwaltungs- oder Beschwerdeausschusses sind dem Empfänger mit Zustellnachweis (RSa) zuzustellen.

(2) Die stattgebenden Beschlüsse des Verwaltungs- oder Beschwerdeausschusses und sonstige Mitteilungen können dem Empfänger auch als gewöhnlicher Brief zugestellt werden.

§ 59 **Auszahlung der Leistungen**

(1) Wiederkehrende Versorgungs- und Unterstützungsleistungen werden mit dem Anspruchsbeginn (§ 55) und weiterhin monatlich im Vorhinein ausbezahlt.

(2) Die Auszahlung der 13. und 14. Versorgungsleistungen gemäß § 27 Abs.2 erfolgt mit den für Juni und November gebührenden Versorgungsleistungen. Eine Aliquotierung erfolgt nicht.

(3) Einmalige Leistungen werden spätestens binnen 4 Wochen nach der Zuerkennung ausbezahlt. Für die Krankenunterstützung (Ersatz der Kosten der Sonderklasse) gelten die einschlägigen Bestimmungen der §§ 48a und 48b.

(4) Die Auszahlung erfolgt grundsätzlich an den Leistungsempfänger auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto. Hierbei sind Beträge bis 5 Cent ab- und ab 5 Cent aufzurunden.

(5) Bei Auszahlung einer Leistung in das Ausland gehen die daraus resultierenden Mehrkosten zu Lasten des Leistungsempfängers.

§ 60 **Pflichten der Leistungsempfänger**

(1) Die Empfänger von laufenden Leistungen sind verpflichtet, dem Verwaltungsausschuss über Verlangen den Nachweis über den Fortbestand der Voraussetzungen für die Leistungen zu erbringen.

(2) Dem Verwaltungsausschuss sind auch ohne besondere Aufforderung jedenfalls unverzüglich anzuzeigen:

1. die Aufnahme einer Tätigkeit, die gem. § 29 Abs.6 das Ruhen der Altersversorgung bewirkt;
2. die Aufnahme einer Tätigkeit, die gem. § 33 Abs.2 die Einstellung der Invaliditätsversorgung bzw. das Erlöschen des Anspruches bewirkt;
3. Änderungen der Voraussetzungen gem. § 34 Abs.2 und 3 für den Bezug der Kinderunterstützung sowie der Waisenversorgung bzw. der Nachweis des Fort-

- bestandes der Voraussetzungen insbesondere durch Vorlage der jeweiligen Inskriptionsbestätigungen;
4. die Wiederverhehlung des Bezugsberechtigten einer Witwen-(Witwer-)Versorgung;
 5. die bezüglich der Krankenunterstützung gem. §§ 41 - 48 sowie §§ 48a und 48b vorgesehenen Meldungen, insbesondere auch den Wegfall der Gründe für die Ermäßigung bzw. den Nachlass der Beiträge für die Leistungen gem. §§ 48a und 48b betreffend;
 6. das Vorliegen der Voraussetzungen gem. § 25 (Legalzession);
 7. Änderungen im Familienstand und in der Berufstätigkeit gem. § 16 Abs.3 und 4.

(3) Über Anordnung des Verwaltungsausschusses beziehungsweise Beschwerdeausschusses sind Leistungsempfänger verpflichtet, sich einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

§ 61

Übertragung und Verpfändung

Leistungen nach dieser Satzung können rechtswirksam weder übertragen noch verpfändet werden, widrigenfalls der Verwaltungsausschuss die Einstellung der Auszahlung der Leistungen durch Beschluss verfügen kann.

§ 62

Für zu Unrecht bezogene Leistungen haftet der Empfänger beziehungsweise seine Verlassenschaft.

VI.: ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN UND INKRAFTTRETEN

§ 63

Übergangsbestimmungen

(1)

1. Die bis zum Inkrafttreten der Satzung am 01.01.1971 geltenden Befreiungen von der Beitragspflicht, insbesondere
 - a) für alle verheirateten Ärztinnen und weiblichen Pflichtmitglieder, die sich vor diesem Zeitpunkt verheirateten,
 - b) für alle Kammerangehörigen, die gemäß § 4 des Statutes vom 2.3.1953 von der Mitgliedschaft ausgeschlossen waren, bleiben weiterhin wirksam.
2. Die ab 01.01.1971 in die Beitragspflicht einbezogenen ausschließlich angestellten Ärzte sind von der Verpflichtung zur Beitragsnachzahlung befreit, sofern sie am 31.12.1970 im Lande Salzburg als angestellte Ärzte tätig waren und an diesem Tage das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Die ab 01.01.1980 bis 31.12.1987 auf Grund der geleisteten Fondsbeiträge unter "Ergänzungsleistung" erworbenen Anwartschaften und zuerkannten Versorgungsleistungen gelten als unter "Zusatzleistung-Alt" erworben beziehungsweise zuerkannt.

Die in obigem Zeitraum infolge Befreiung gemäß § 112 Abs.1 ÄrzteG, Ermäßigung oder Nachlass der Fondsbeiträge im Einzelfall erfolgten Anpassungen der Leistungen auf die Grundleistung unter Ausschluss der Ergänzungsleistung beziehungsweise Krankenunterstützung gelten in der Weise, dass die betreffenden Zeiten nicht als Anwartschaften für die Zusatzleistung-Alt angerechnet werden und auch nicht auf die in § 44 Abs.2 genannte Zeit.

(3) Für weibliche Fondsteilnehmer der nachstehend genannten Jahrgänge vermindert sich das Ausmaß der Altersversorgung gem. § 29 (Grundleistung und Zusatzleistung-Alt) bei Inanspruchnahme ab dem vollendeten

<u>Jahrgänge</u>	<u>1933</u>	<u>1934</u>	<u>1935</u>	<u>1936</u>	<u>1937</u>
60.Lebensjahr auf	95 %	90 %	85 %	80 %	75 %
61.Lebensjahr auf	95,8 %	91,7 %	87,5 %	83,4 %	79,2 %
62.Lebensjahr auf	96,7 %	93,3 %	90 %	86,7 %	83,3 %
63.Lebensjahr auf	97,7 %	95,2 %	92,9 %	90,6 %	88,2 %
64.Lebensjahr auf	98,7 %	97,3 %	96 %	94,7 %	93,3 %

(4) Fondsteilnehmern, die das 60. Lebensjahr vor dem 01.01.1994 vollendet haben (Jahrgänge 1933 und älter), wird bei Inanspruchnahme der Altersversorgung gem. § 30 mit Vollendung des 65. Lebensjahres unabhängig vom Ausmaß ihrer Anwartschaften die volle Grundleistung (100 Prozent) gewährt, wobei jedoch die Kürzungsbestimmungen des Abs.3 sinngemäß zur Anwendung kommen.

(5) Fondsteilnehmer, die nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Altersversorgung nicht in Anspruch nehmen und die vollen Beiträge als niedergelassene Ärzte zum Fonds weiterzahlen, erhalten für jedes volle Jahr ab dem der Vollendung des 65.Lebensjahres folgenden Monatsersten, fällt diese auf einen Monatsersten, ab demselben, anstatt der 4 Prozent eine erhöhte Zusatzleistung-Alt von 10 Prozent der Grundleistung gem. § 28 Abs.1 und 2.

Für volle Restmonate erhöht sich die Zusatzleistung-Alt um den aliquoten Teil von 10 Prozent.

Ab den nachstehend genannten Zeitpunkten kann unter den obigen Voraussetzungen eine Anwartschaft auf eine solche erhöhte Zusatzleistung-Alt von 10 Prozent der Grundleistung nur noch für nachstehend genannte Beitragszeiten erworben werden:

ab dem 1.Jänner 1984 vor Vollendung des 69.Lebensjahres,

ab dem 1.Jänner 1985 vor Vollendung des 68.Lebensjahres,

ab dem 1.Jänner 1986 vor Vollendung des 67.Lebensjahres,

ab dem 1.Jänner 1987 vor Vollendung des 66.Lebensjahres;

ab dem 1.Jänner 1988 kann eine Anwartschaft für eine erhöhte Zusatzleistung-Alt sodann nicht mehr erworben werden.

Anwartschaften auf eine erhöhte Zusatzleistung-Alt von 10 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2 für Zeiten über Vollendung des 70.Lebensjahres hinaus, die bis zum 1.Jänner 1980 erworben wurden, bleiben aufrecht.

Anwartschaften auf eine erhöhte Zusatzleistung-Alt von 10 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2, die vor dem 01.Jänner 1984 erworben wurden, bleiben ebenfalls aufrecht.

Für Versorgungsleistungen, die vor dem 01.Jänner 1980 angefallen sind, bleibt die Bestimmung aufrecht, wonach sich die Zusatzleistung-Alt nur für jedes volle Jahr der Beitragszahlung erhöht und nur volle Beitragsjahre ab dem vollendeten 65.Lebensjahr für die erhöhte Zusatzleistung-Alt zur Anrechnung kommen. Eine Aliquotierung nach vollen Monaten tritt für diese Versorgungsleistungen somit nicht ein.

(6) Zusatzleistung-Alt:

1. Fondsteilnehmer, die in den letzten 5 Jahren vor dem 01.01.1993 infolge Ausübung des ärztlichen Berufes als niedergelassene Ärzte gemäß § 45 Abs.2 ÄrzteG während mindestens 12 Monaten die vollen Fondsbeiträge an den Fonds entrichtet und somit dementsprechende Anwartschaften auf die Zusatzleistung (nunmehr Zusatzleistung-Alt) erworben haben, haben die in der Beitragsordnung jährlich festgelegten Fondsbeiträge für die Zusatzleistung-Alt zu entrichten.

Für jedes Beitragsjahr wird eine Anwartschaft von 1,3 Prozent der Grundleistung gemäß § 28 Abs. 1 und 2 erworben. Werden im Einzelfall nicht die festgelegten Fondsbeiträge entrichtet, wird die Anwartschaft für das betreffende Jahr in dem der geringeren Beitragsleistung entsprechenden Verhältnis vermindert erworben. Die Anwartschaft wird auf 100-stel Prozentanteile ermittelt.

Für volle darunter oder darüber liegende Monate wird der aliquote Teil dieses Prozentsatzes erworben.

2. Anrechnung bisheriger Beitragszeiten für die Zusatzleistung-Alt:

Für jedes Beitragsjahr bis zum 31.12.1992, für welches infolge Ausübung des ärztlichen Berufes als niedergelassener Arzt gemäß § 45 Abs.2 ÄrzteG die vollen Fondsbeiträge nach den bis dahin geltenden Bestimmungen der Beitragsordnung entrichtet wurden, werden Anwartschaften in der Höhe der nachstehend genannten Prozente der Grundleistung gemäß § 28 Abs.1 und 2 angerechnet:

bei Vollendung der nachfolgend genannten Lebensjahre jeweils vor dem 01.01.1993,

des 60. Lebensjahres (Jahrgänge 1932 und älter)	4 %
des 58. Lebensjahres (Jahrgänge 1933 und 1934)	3,2 %,
des 55. Lebensjahres (Jahrgänge 1935, 1936 und 1937)	3 %,
des 54. Lebensjahres (Jahrgang 1938)	2,8 %,
des 52. Lebensjahres (Jahrgänge 1939 und 1940)	2,4 %;
alle jüngeren Jahrgänge (ab 1941) erhalten	2 %.

Für die Zeit vom 01.01.1993 bis 31.12.1993 erfolgt bei Entrichtung der vollen Fondsbeiträge nach den für 1993 geltenden Bestimmungen der Beitragsordnung eine Anrechnung von 1,3 %

Die Aliquotierungsbestimmungen der Z.1 letzter Satz gelten sinngemäß.

3. Bei Eintritt der Invalidität oder des Todes des Fondsteilnehmers im Zeitraum vom 01.01.1993 bis 31.12.1997 ist, unabhängig von dessen Alter, für die Berechnung der daraus resultierenden Versorgungsleistungen (Invaliditätsversorgung, Witwen- und Witwersorgung sowie Waisenversorgung) der Satz von 4 Prozent pro Beitragsjahr zu Grunde zu legen.

(7) Mit Wirksamkeit ab 2003.01.01. werden für die Jahrgänge 1938 und jünger die Leistungen aus und die Beiträge zur Zusatzleistung-Alt beendet.

Die bisher in der Zusatzleistung-Alt erworbenen Anwartschaften werden per 2002.12.31. gemäß der folgenden Berechnungsformeln endgültig festgelegt und die den Anwartschaften entsprechenden Beträge als Guthaben auf dem Konto Zusatzleistung-Neu des jeweiligen Fondsteilnehmers gutgeschrieben. Das der Gutschrift entsprechende Vermögen wird aus dem Vermögensbestand der Grundleistung und Zusatzleistung-Alt in den Vermögensbestand der Zusatzleistung-Neu übertragen.

Die bisherigen Beiträge zur Zusatzleistung-Alt sind in unveränderter Höhe ab 2003.01.01. als Beitrag II zur Zusatzleistung-Neu zu leisten.

Die Berechnung des am Konto der Zusatzleistung-Neu des jeweiligen Fondsteilnehmers gutzuschreibenden Betrages erfolgt gemäß nachfolgenden Grundsätzen:

1. Zu den Anwartschaftspunkten der Zusatzleistung-Alt per 2002.12.31. werden pro Jahr 1,3 Anwartschaftspunkte bis zum 65. Lebensjahr hinzuge-rechnet.
2. Aus der sich so ergebenden Summe der maximal bis zum 65. Lebensjahr durch den Fondsteilnehmer erwerbba-ren Anwartschaftspunkte wird auf Ba-sis der Grundleistung 2002 (§ 28 Abs.1 der Satzung) eine fiktive Pension zum 65. Lebensjahr ermittelt.
3. Durch Anwendung versicherungsmathematischer Faktoren wird aus der fiktiven Pension jenes Kapital ermittelt, das unter der Annahme eines technischen Zinssatzes von 3,5 % p.a. erforderlich wäre, um dem Fondsteilnehmer oder seinen Hinterbliebenen eine lebenslange Pension nach den Bestimmungen des § 31 (Zusatzleistung-Neu) zu finanzieren.
4. Für den Zeitraum 2003.01.01. bis zum 65. Lebensjahr wird jenes Kapital ermittelt, das sich aus der laufenden Beitragszahlung in der Höhe der vol-len Beiträge des Jahres 2002 (§ 6 der Beitragsordnung) zur Zusatzleis-

tung-Alt, bei einer angenommenen jährlichen Verzinsung von 5 % ergeben würde.

5. Das gemäß 3. ermittelte Kapital wird um das gemäß 4. ermittelte Kapital gekürzt.
6. Das sich so gemäß 5. ergebende Kapital wird vom 65. Lebensjahr bis zum 2002.12.31. mit 5 % abgezinst und ergibt dann jenen Betrag, der am Konto Zusatzleistung-Neu des Fondsteilnehmers gutzuschreiben ist.
7. Sind die vom Fondsteilnehmer in der Zeit vom 1.1.1994 bis 31.12.2002 auf dem Konto Zusatzleistung-Alt tatsächlich einbezahlten Beiträge höher als der nach 6. berechnete Wert, so wird der höhere Betrag dem Zusatzleistungskonto - Neu gutgeschrieben.
8. Der so ermittelte Betrag wird mit 31.12.2002 auf dem Zusatzleistungskonto - Neu des Fondsteilnehmers gutgeschrieben, wobei die entsprechenden Vermögensteile aus dem der Grundleistung und Zusatzleistung-Alt gewidmeten Vermögen in das der Zusatzleistung-Neu gewidmete Vermögen übertragen werden, mit diesem sodann eine Einheit bilden und daher zukünftig gemeinsam veranlagt werden.

Mit der Gutschrift am Zusatzleistungskonto - Neu sind alle Ansprüche des Fondsteilnehmers aus der Zusatzleistung-Alt abgegolten und beendet.

(8) Die bis zum Inkrafttreten dieser Satzung gewährten Versorgungsleistungen bleiben unberührt.

(9) Die Mindestleistung aus der Hinterbliebenenunterstützung gem. § 40 Abs. 3 beträgt beim Tod eines Empfängers einer Altersversorgung

- im Jahr 2005 € 19.528,58
- im Jahr 2006 € 18.028,58
- im Jahr 2007 € 16.500,00
- im Jahr 2008 € 15.000,00
- im Jahr 2009 € 13.500,00
- im Jahr 2010 € 12.000,00.

§ 64

Inkrafttreten

(1) Die in der ordentlichen Herbstvollversammlung am 12.12.2006 beschlossene Satzung wurde mit Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 19.01.2007, Zl.: 9/01-44.013/219-2007 aufsichtsbehördlich genehmigt und trat mit 01.01.2007 in Kraft, wobei die Bestimmungen des § 4 (Erweiterte Vollversammlung) mit der Konstituierung der Erweiterten Vollversammlung am 03. Mai 2007 in Kraft traten.

(2) Die in der Erweiterten Vollversammlung am 18.12.2007 beschlossenen Änderungen der Satzung wurden mit Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 12.01.2008, Zl. 20901-44.013/213-2008 aufsichtsbehördlich genehmigt und traten mit 01.01.2008 in Kraft.

- (3) Die in der Erweiterten Vollversammlung am 18.12.2008 beschlossenen Änderungen der Satzung wurden mit Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 09.01.2009, Zl. 20901-AERZ/3/238-2009 aufsichtsbehördlich genehmigt und traten mit 01.01.2009 in Kraft.
- (4) Die in der Erweiterten Vollversammlung am 10.12.2009 beschlossenen Änderungen der Satzung wurden mit Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 04.01.2010, Zl. 20901-AERZ/3/250-2010 aufsichtsbehördlich genehmigt und traten mit 01.01.2010 in Kraft.
- (5) Die in der Erweiterten Vollversammlung am 09.12.2010 beschlossene Änderungen der Satzung wurden mit Bescheid des Amtes der Salzburger Landesregierung vom 14.02.2011, Zl.: 20901-AERZ/3/262-2011 aufsichtsbehördlich genehmigt und trat die Änderung des § 1 Abs. 3 rückwirkend mit 01.01.2010 in Kraft; die übrigen Änderungen der Satzung traten mit 01.01.2011 in Kraft.
- (6) Die in der Erweiterten Vollversammlung am 13.12.2011 beschlossene Änderung des § 6 Abs. 2 der Satzung tritt rückwirkend mit 01.07.2011 in Kraft.