

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

Aufgrund des § 66a Abs. 2 Z 2 in Verbindung mit § 80b Z 1 ÄrzteG 1998, BGBl I 169/1998, zuletzt geändert durch BGBl I 172/2021, wird verordnet:

Artikel I

1) § 6 wird gestrichen.

2) § 7 wird gestrichen.

3) § 8 lautet:

„§ 8 Bedeckung der Leistungen – Gebarung

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

4) § 10 Abs. 8 lautet:

„(8) Für Kammerangehörige besteht während des Bezuges des satzungsgemäßen Wochengeldes gemäß § 28b keine Beitragspflicht. Für Kammerangehörige besteht auf Antrag keine Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezugs des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes gemäß § 1 Z 2 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. Nr. 103/2001, längstens jedoch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Für die Zeit der Befreiung besteht kein Anspruch auf Leistungen gemäß §§ 28 und 28a.“

5) § 13 lautet:

„§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge

- (1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Stundung oder eine Ermäßigung der Fondsbeiträge bewilligen und Ratenzahlungen gewähren. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann sogar eine Ermäßigung über die Grenzen der Abs. 3 bis 4 hinaus bewilligt werden. Stundungen sind nur dann zu bewilligen, wenn der Kammerangehörige nachvollziehbar nachweist, dass der gestundete Betrag bis zum Ende der Stundung auch bezahlt wird. Diese Ansuchen sind bei der Ärztekammer für Steiermark schriftlich einzubringen und unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.
- (2) Für gestundete Beiträge und Ratenzahlungen sind Zinsen in Höhe von 4 % p. a. zu leisten. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann der Verwaltungsausschuss von der Anrechnung von Zinsen Abstand nehmen. Wird eine der bewilligten Ratenzahlungen nicht termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des gesamten aushaftenden Betrages ein.
- (3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden:
 - a) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigen, um die Hälfte. Diese Ermäßigung

- kann erst im Nachhinein gegen Vorlage des Jahreslohnzettels beantragt werden. (§ 5 Abs. 3 BO)
- b) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (gemäß Einkommensteuerbescheid des zweitvorangegangenen Jahres) den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigen, um die Hälfte.
- c) Kammerangehörigen, die aufgrund zwingender kollektivvertraglicher Bestimmungen neben der bestehenden Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds und zusätzlich zur Beitragspflicht in die gesetzliche Pensionsversicherung verpflichtet sind, Beiträge in ein bestehendes betriebliches Pensionssystem einzuzahlen, bis zu dem Betrag, den sie nachweislich selbst pro Jahr in diese zusätzliche Pensionsvorsorge einbezahlt haben. Eine Ermäßigung über den Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung des § 9a Abs. 2 hinaus ist nicht möglich.
- d) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind und die neben den ärztlichen oder zahnärztlichen Einkünften aus dem Dienstverhältnis selbständige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit erzielen (wohnsitz(zahn)ärztliche Nebentätigkeit), können den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die Hälfte ermäßigen, wenn die Summe der steuerpflichtigen Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) und des Einkommens im Sinne des § 6 Abs. 2 lit. b den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigt. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein für das vorangegangene Beitragsjahr gegen Vorlage des Jahreslohnzettels und des Einkommensteuerbescheids des drittvorangegangenen Jahres erfolgen. (§ 5 Abs. 4 BO)
- (4) Der Beitrag zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr ermäßigt werden, jedoch nicht unter 10 % des 100%-igen Erfordernisbeitrages.
- (5) Eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 0,0 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,
- a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt,
- b) für die ersten zwei Jahre der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit.“
- 6) **§ 16 Abs. 1 lautet:**
- „(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5), Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden **sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität** werden davon in Abzug gebracht. Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, sofern diese Beiträge nicht in die Grund- und Ergänzungsleistung gem. § 4 Abs. 5 übertragen wurden, usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.“
- 7) **§ 16a Abs. 1 lautet:**
- „(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5) zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden **sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität** werden davon in Abzug gebracht.

Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.“

8) § 22 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten gemäß § 5 Abs. 2, die keine Übertragung gemäß § 5 Abs. 5 beantragt haben, kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu.

Diese Leistungen werden (ehemaligen) Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.

Über gesonderten Antrag ist (ehemaligen) Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung).

Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 1) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.“

9) § 27 Abs. 5 lautet:

„(5) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung nach § 61 Abs. 5.“

10) § 28 lautet:

„§ 28 Krankenbeihilfe

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

(2) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird ab dem 15. Tag der Erkrankung eine Krankenbeihilfe gewährt.

Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der Beendigung der Berufsunfähigkeit eine neuerliche Berufsunfähigkeit auf und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich des Beginnes des Anspruches auf Krankenbeihilfe die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.

(3) Krankmeldungen und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 12 Wochen nach Beginn der Berufsunfähigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwal-

tungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Krankenbeihilfe verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Berufsunfähigkeit. Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen. Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.

- (4) Kammerangehörige, die bei Aufrechterhaltung ihrer ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im Genuss einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 stehen, haben bei Krankheit keinen Anspruch auf Krankenbeihilfe. Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe schließt sich wechselseitig aus.
- (5) Innerhalb von 3 Jahren wird die Krankenbeihilfe, auch bei Zusammentreffen mehrerer Krankheitsfälle, höchstens für den Zeitraum von 52 Wochen gewährt, wobei der Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalt im Sinne des § 28a sowie jeweils die Wartezeit in die Berechnung dieser maximalen Bezugsdauer miteinbezogen wird. Die Dreijahresfrist wird vom 1. Tag der letzten gemeldeten Berufsunfähigkeit gerechnet. Handelt es sich bei der letzten Berufsunfähigkeit um einen Fall der Wiedererkrankung, ist vom 1. Tag der ersten Berufsunfähigkeit zu rechnen.
- (6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe ist in Anlage 1 V festgesetzt.“

11) § 28a lautet:

„§ 28a Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt

- (1) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, und den Beruf tatsächlich ausüben, ist auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation eine Krankenbeihilfe für einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt in Österreich zu gewähren.
- (2) a) Unter Kuraufenthalten sind unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung durchgeführte medizinisch anerkannte Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zu verstehen, die der vorbeugenden Erhaltung der Erwerbsfähigkeit dienen.
b) Unter Rehabilitationsaufenthalten sind **Anschlussheilverfahren sowie** Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu verstehen.
- (3) **Die Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt wird Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1 für Kuraufenthalte in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt in Österreich mit einer ununterbrochenen Dauer von mindestens 2 Wochen bis maximal 3 Wochen gewährt, wobei der dreiwöchige Kuraufenthalt auch in 2 Teilen in Anspruch genommen werden kann (2 Wochen plus 1 Woche innerhalb von 6 Monaten ab Beendigung des ersten Teils). Der Kammerangehörige hat sich dabei täglichen Kuranwendungen an Tagen des Therapiebetriebes zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Unterlagen abhängig:**
a) eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur ergeben (**Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis; dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner**),
b) **der Nachweis der** ärztlichen Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie **der** absolvierten **Kurbehandlungen (Therapien) und**
c) **eine Aufenthaltsbestätigung.**
- (4) **Die Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt wird Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1 für Rehabilitationsaufenthalte in einer Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich mit einer ununterbrochenen Dauer von mindestens 2 Wochen bis maximal 3 Wochen gewährt. In begründeten Einzelfällen kann sie auch über die Dauer von**

3 ununterbrochenen Wochen hinaus gewährt werden. Der Kammerangehörige hat sich dabei täglichen Anwendungen an Tagen des Therapiebetriebes zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Unterlagen abhängig:

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

12) Nach § 28a wird ein neuer § 28b eingefügt, dieser lautet:

„§ 28b Wochengeld

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

Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark

seit mindestens 6 Monaten besteht und seit mindestens 6 Monaten eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde.

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

- (2) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärztinnen oder Wohnsitzärztinnen oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen eingetragen sind und wegen der Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt für den der Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz 1979 gleich zu haltenden Zeitraum bis zur Höchstdauer von 16 Wochen ein tägliches Wochengeld. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld bis zur Höchstdauer von 20 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).
Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag. Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und seit mindestens 6 Monaten eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde.
Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe nach §§ 28 und 28a ausgeschlossen.
- (3) Die Bezugsdauer für die Zeit des Beschäftigungsverbotes nach Abs. 1 und 2 kann überschritten werden, sofern eine amtsärztliche oder eine von einem gemäß § 3 Mutterschutzverordnung befugten Facharzt ausgestellte Bestätigung über das Bestehen der Gefahr für Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind vorgelegt wird. Niedergelassene Ärztinnen und Zahnärztinnen sowie Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzzahnärztinnen haben schriftlich zu bestätigen, dass sie die ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit eingestellt haben.
- (4) Anträge und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 24 Wochen nach Beginn des (vorzeitigen) Mutterschutzes bzw. nach Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Wochengeld verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn des (vorzeitigen) Mutterschutzes bzw. nach Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit. Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizulegen:
- Bestätigung über den errechneten Geburtstermin,
 - Bestätigung über einen allfälligen vorzeitigen Mutterschutz,
 - Geburtsurkunde,
 - Bestätigung über eine allfällige Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Kaiserschnittentbindung und
 - Nachweis des Bezugs des Kinderbetreuungsgeldes.
- Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.
- (5) Die Höhe des Tagsatzes für das Wochengeld ist Anlage 1 V zu entnehmen.“
- 13) Durch das Einfügen des neuen § 28b Wochengeld wird aus dem bisherigen § 28b nunmehr § 28c.

14) § 45 Abs. 1 lautet:

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

15) § 46 Abs. 1 lautet:

„(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, werden ihm die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – ausbezahlt. **Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht.** Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.
Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.“

16) Im § 61 wird ein neuer Abs. 5 ergänzt, dieser lautet:

„(5) **Bis zum 31.12.2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der jährliche Leistungszuwachssatz betrug 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wurde der Leistungszuwachssatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachssätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 III festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.**“

17) Die Anlage 1 Pkt. I, II, IV und V lauten:

„I. Festsetzung der Punktwerte und des Bemessungsbetrages für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung ab 1. Jänner 2022

- a) Punktwert A
Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen EUR **44,82**
- b) Punktwert B
Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung EUR **60,83**
- c) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und

Ergänzungsleistung beträgt EUR **1.216,60** p.m.
 Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß §§ 4 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.

III. Festsetzung des Bemessungsbetrages für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ab 2022:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für angestellte Ärzte bzw. für angestellte Zahnärzte EUR 92,00.

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

18) Die Anlage 2 lautet:

„1. Allgemeines

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

2. Anlageziel

2.1. Allgemeines

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

2.2. Bandbreiten

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

Assetklasse	Minimum	Maximum
1. Liquide Assets (Geldmarkt, geldmarktnahe Fonds)	2%	
2. Anleihen	20%	
3. Aktien		40%
4. Immobilien, Beteiligungen	20%	35%
<i>davon: Wohnen max.55%</i>		19%
<i>davon: Gewerbe max.45%</i>		16%
Immobilien Mezzaninkapital (Wohnen / Gewerbe)		6%
5. Versicherungen (Rückdeckungsversicherung)		10%
6. Sonstige Anlageformen		10%
Alternative Assets 4. – 6.		50%

3. Anlagegrundsätze

3.1. Einsatz von Veranlagungsinstrumenten

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

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

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

3.2. Einschränkungen bei den Veranlagungen

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

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

Artikel II – Inkrafttreten

Die Änderungen der §§ 10 Abs. 8, 28, 28a, 28b, 28c und Anlage 1 Punkt V treten rückwirkend mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

Alle anderen Änderungen treten mit 1. Jänner 2022 in Kraft.

Erläuterungen zu den Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Erläuterungen zu Artikel I

Die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds zum 01.01.2022 sehen neben der jährlichen Leistungsanpassung folgende wesentlichen Änderungen vor:

- Entfall der bisherigen Zusatzleistung (ZL) und
- Entfall der bisherigen Erweiterten Zusatzleistung (EZL).

Hintergrund des Entfalls der ZL und EZL ab 2022 ist die Tatsache, dass die letzten noch aktiven Ärzt*innen, die zur ZL und EZL beitragspflichtig sind (= Ärzt*innen der Geburtsjahrgänge 1951 oder früher Geborene), bis Ende 2021 in Pension gehen. Alle Ärzt*innen ab Geburtsjahrgang 1952 sind bereits seit dem Kalenderjahr 2012 zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung (BZV) beitragspflichtig. Auch leistungsseitig kann es somit keine neuen Zuerkennungen von (vorzeitigen) Altersversorgungen nach der ZL und EZL mehr geben.

§ 6 Zusatzleistung:

Die Beitragsleistung zur Zusatzleistung entfällt ab 2022, da der letzte zu diesem Beitragsteil beitragspflichtige aktive Arzt mit Ende 2021 in Pension gehen wird. Aus diesem Grund kann dieser Paragraph ersatzlos gestrichen werden.

Der bisherige Abs. 3 enthielt die Regelung für die Ende 2004 beitragsseitig eingestellte Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung. Diese Regelung wird nunmehr beim § 61 (Übergangsbestimmungen) als neuer Abs. 5 ergänzt.

§ 7 Erweiterte Zusatzleistung:

Auch die Beitragsleistung zur Erweiterten Zusatzleistung entfällt ab 2022, da der letzte zu diesem Beitragsteil beitragspflichtige aktive Arzt mit Ende 2021 in Pension gehen wird. Aus diesem Grund kann dieser Paragraph ebenfalls ersatzlos gestrichen werden.

§ 8 Bedeckung der Leistungen – Gebarung:

Durch den Wegfall der ZL und EZL ab 2022 ist eine Umformulierung nötig. Bilanziell werden die Versorgungsleistungen der ZL und EZL bereits seit 2012 als „Untergruppe“ in der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (BZV) geführt.

§ 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht:

Abs. 8: Durch die Neuregelung des Wochengeldes im neuen § 28b ist eine Verweiskorrektur nötig. Die Beitragsbefreiung für den Bezugszeitraums des Wochengeldes gab es schon bisher. Eine Ergänzung, dass die Beitragsbefreiung auch für den Zeitraum des vorzeitigen Mutterschutzes gilt, ist nicht notwendig, da es von der bisherigen Satzungsformulierung, die auf den Zeitraum des „Bezugs des satzungsgemäßen Wochengeldes“ abstellt, umfasst ist.

§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge:

Abs. 1: Hier ist eine Verweiskorrektur durch den Entfall des bisherigen Abs. 4 nötig.

Abs. 3: In den lit. a und d wird aus Gründen der einheitlichen Zitierung ein „Punkt“ nach den Worten „Abs“ und „lit“ ergänzt.

Abs. 4 alt: Der bisherige Abs. 4 beinhaltete die Regelung für Ermäßigungen der Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung. Durch den Entfall dieser beiden Beitragsteile kann auch die Ermäßigungsregel zur Gänze gestrichen werden.

Abs. 4 und 5 neu: Aus den bisherigen Abs. 5 und 6 werden durch den Entfall des bisherigen Abs. 4 die Abs. 4 und 5 neu ohne weitere Änderungen.

§§ 16 und 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

Abs. 1: Bei einem Wechsel der Versorgungseinrichtungen werden die Pensionsbeiträge zu 100 % an die nunmehr zuständige Versorgungseinrichtung überstellt.

Andere Versorgungseinrichtungen haben von einer Problematik berichtet, die bislang auch in den Satzungen des Wohlfahrtsfonds in der Stmk. noch nicht geregelt ist. Wenn Ärzt*innen eine Versorgungsleistung aufgrund einer temporären Invalidität beziehen und später die Versorgungseinrichtung wechseln, dann ist die bezogene Leistung auf die zu überstellenden Pensionsbeiträge anzurechnen. Eine solche Regelung ist in den Satzungen der meisten Versorgungseinrichtungen bislang nicht vorgesehen und soll mit dieser Änderung in den beiden Bestimmungen der §§ 16 und 45 vorgesehen werden. Zusätzlich wird die Formulierung des § 45 Abs. 1 an jene des § 16 Abs. 1 angepasst.

§§ 16a und 46 Streichung und Beitragsrückersatz

Abs. 1: Die Ergänzung in den §§ 16a und 46 hat den gleichen Regelungsgrund wie jene in den §§ 16 und 45.

Drei Jahre nach Einstellung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit erfolgt eine Rückerstattung der Pensionsbeiträge in dem in den §§ 16a und 46 angeführten Ausmaß. Bislang hat es noch keine Regelung dafür gegeben, dass bezogene Leistungen aufgrund einer temporären Invalidität auf einen späteren Beitragsrückersatz anzurechnen sind. Mit dieser Änderung in den beiden Bestimmungen der §§ 16a und 46 soll dies nunmehr vorgesehen werden. Zusätzlich wird die Formulierung des § 46 Abs. 1 an jene des § 16a Abs. 1 angepasst.

§ 22 Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung

Abs. 1: Es werden die Leistungsarten der Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung durch den Pensionsantritt des letzten noch zu diesem Beitragsteil beitragspflichtigen Arzt gestrichen, da ab komendem Jahr nur mehr (vorzeitige) Altersversorgungen nach der BZV anfallen können.

§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

Abs. 5: Da die Zusatzleistung zur BHU nunmehr im § 61 geregelt wird, ist auch eine Korrektur des Verweises nötig.

§ 28 Krankenbeihilfe

Überschrift: Das bisher in den Abs. 6 und 7 geregelte Wochengeld wird nunmehr im neu eingefügten § 28b geregelt. In der Überschrift kann daher die Wortfolge „und Wochengeld“ entfallen.

Abs. 1: Es erfolgt eine Verweiskorrektur und es wird ein Fallfehler korrigiert.

Abs. 6 und 7 alt: Die Regelungen für das Wochengeld wurden aus dem § 28 herausgenommen und als neuer § 28b eingefügt.

Abs. 6 neu: Der bisherige Abs. 8 wird zum neuen Abs. 6, inhaltlich wird die Wortfolge „und des Wochengeldes“ gestrichen.

§ 28a Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt

Die Regelungen für die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt werden an die im staatlichen System erfolgten Änderungen angepasst und andererseits auch inhaltlich überarbeitet.

Abs. 2: Die Definition von Rehabilitationsaufenthalten erfolgt nunmehr zusammengefasst und vereinfacht im lit. b. Dadurch entfällt der bisherige lit. c.

Abs. 3: Die Kriterien für die Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt und bei Rehabilitationsaufenthalt werden auch aus Gründen der besseren Übersicht getrennt geregelt.

Im Abs. 3 erfolgt die Regelung für die Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt. Die Dauer von mind. 2 bis max. 3 ununterbrochenen Wochen bleibt unverändert, es wurde aber die im staatlichen System bereits vorgesehene Möglichkeit zur Absolvierung in 2 Teilen bei einer dreiwöchigen Kur nachgezogen. Die Vorabbeantragung und Genehmigung durch den Verwaltungsausschuss wurden gestrichen. Die Kontrolle erfolgt gesamthaft nach Absolvierung des Kuraufenthaltes auf Basis der in lit. a bis c angeführten Unterlagen. Neu ist, dass der Aufenthalt nicht mehr verpflichtend in der Kuranstalt selbst erfolgen muss, sondern dass auch ein Aufenthalt in einem anderen Beherbergungsbetrieb möglich ist und man sich nur für die Absolvierung der Kurbehandlungen in der Kuranstalt selbst aufhält. Zur Vollständigkeit wird darauf hingewiesen, dass durch die Formulierung „mind. 2 bis max. 3 ununterbrochene Wochen“ die Gewährung einer Krankenbeihilfe bei Kuraufenthalt für eine tageweise oder ambulante Kur ausgeschlossen ist.

Abs. 4: Die Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt wird im neu eingefügten Abs. 4 geregelt. Die Dauer von mind. 2 bis max. 3 ununterbrochenen Wochen bleibt unverändert, es wurde aber die im bisherigen Abs. 5 vorgesehene Möglichkeit der Überschreitung von 3 Wochen in diesen Abs. 4 integriert. Die Vorabbeantragung und Genehmigung durch den Verwaltungsausschuss wurden – wie auch bei Kuraufenthalten – gestrichen. Die Kontrolle erfolgt gesamthaft nach Absolvierung des Rehabilitationsaufenthaltes auf Basis der in lit. a bis c angeführten Unterlagen. Denkmöglich und damit neu ist, dass der Aufenthalt nicht mehr verpflichtend in der Rehabilitationseinrichtung selbst erfolgen muss, sondern dass auch ein Aufenthalt in einem anderen Beherbergungsbetrieb möglich ist und man sich nur für die Absolvierung der Rehabilitationsmaßnahmen in der Rehabilitationseinrichtung selbst aufhält.

Zur Vollständigkeit wird darauf hingewiesen, dass durch die Formulierung „3 ununterbrochene Wochen“ die Gewährung einer Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt für eine tageweise oder ambulante Rehabilitation ausgeschlossen ist.

Abs. 5: Der Abs. 5 entspricht dem bisherigen Abs. 4. Zusätzlich wurde der Verweis auf Abs. 4 ergänzt sowie eine inhaltliche Klarstellung vorgenommen, dass nicht die Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung selbst gewährt wird, sondern die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt.

Abs. 6: Bislang war der Antrag für die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt im Vorhinein zu beantragen. Dies soll ab 2022 dahingehend geändert werden, dass diese innerhalb von 12 Wochen ab Beginn der Kur bzw. Rehabilitation zu beantragen ist. Diese Bestimmung ist somit gleichlautend mit jener der Krankenbeihilfe (§ 28 Abs. 3).

Abs. 7: Im Abs. 7 erfolgt – wie im bisherigen Abs. 6 – der Verweis auf die Anlage 1 der Satzungen, in der die Höhe des Taggeldes geregelt ist.

Ergänzt wurde diese Bestimmung um die Möglichkeit, dass eine Kur oder Rehabilitation auch ohne Aufenthalt in einer entsprechenden Kuranstalt, Rehabilitationseinrichtung oder in einem sonstigen Beherbergungsbetrieb absolviert werden kann. Für diese Fälle gebührt dann nur die Hälfte des Tagsatzes.

Abs. 8: Dieser entspricht dem bisherigen Abs. 7 bis auf eine Ergänzung, wonach der gleichzeitige Bezug der Krankenbeihilfe nach § 28, der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt nach § 28a und des Wochengeldes nach § 28b ausgeschlossen ist.

Abs. 9: Dieser entspricht dem bisherigen Abs. 8.

§ 28b Wochengeld

Das Wochengeld wurde bislang im Abs. 6 und 7 des § 28 (Krankenbeihilfe) geregelt. Aus Gründen der besseren Übersicht und der Neuregelung soll das Wochengeld nunmehr in einem eigenen Paragraphen geregelt werden.

Abs. 1: Im ersten Absatz des § 28b wird das Wochengeld für angestellte (Zahn)Ärztinnen geregelt und entspricht dieser inhaltlich dem bisherigen § 28 Abs. 7. Es erfolgte zudem eine sprachliche Überarbeitung und Vereinfachung. Durch das Herauslösen der Bestimmung aus dem § 28 wird auch der Verweis auf die Krankenbeihilfe mit dem entsprechenden Paragraphen (§ 28) ergänzt.

Abs. 2: Der zweite Absatz regelt das Wochengeld für niedergelassene (Zahn)Ärztinnen sowie Wohnsitz(zahn)ärztinnen und entspricht er inhaltlich dem bisherigen § 28 Abs. 6. Es erfolgte auch eine sprachliche Überarbeitung und Vereinfachung. Durch das Herauslösen der Bestimmung aus dem § 28 wird auch der Verweis auf die Krankenbeihilfe mit den entsprechenden Paragraphen (§§ 28 und 28a) ergänzt.

Abs. 3: Dieser Absatz beinhaltet eine Neuregelung. Das Wochengeld soll künftig auch für Zeiten des vorzeitigen Mutterschutzes gewährt werden – so wie dies auch im staatlichen System vorgesehen ist. Dies bedeutet, dass damit der bisher gültige maximale Bezugszeitraum von 16 bzw. 20 Wochen (= Zeitraum des absoluten Beschäftigungsverbot) überschritten wird. Von selbständig tätigen (Zahn)Ärztinnen ist zusätzlich noch zu bestätigen, dass sie die (zahn)ärztliche Tätigkeit eingestellt haben. Dies ist einerseits vonnöten, da selbständig tätige (Zahn)Ärztinnen kein gesetzliches Beschäftigungsverbot haben und andererseits kann es Konstellationen geben, bei denen das Dienstverhältnis in der Zeit des vorzeitigen Mutterschutzes endet und es dann eine Eintragung als selbständig tätige (Zahn)Ärztin gibt (vor kurzem war dies bei der Ärztin mit der internen Nr. 10575 der Fall).

Abs. 4: Der Abs. 4 regelt – so wie auch die vergleichbare Regelung des § 28 Abs. 3 für die Krankenbeihilfe – die Fristen für die Beantragung des Wochengeldes. Da der Fristenlauf für die Antragstellung des Wochengeldes bei Beginn eines allfälligen vorzeitigen Mutterschutzes deutlich früher zu laufen beginnt, wurde auch eine deutlich längere Frist (nunmehr 24 Wochen anstelle von bisher 12 Wochen) in dieser Neuregelung vorgesehen. Zusätzlich wurde explizit angeführt, welche Unterlagen für die Beantragung – wie auch schon bisher – nötig sind.

Abs. 5: Wie im § 28 Abs. 6 (neu) ist auch für die Höhe des täglichen Wochengeldes ein Verweis auf die Anlage 1 der Satzungen nötig.

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

Durch das Einfügen des neuen § 28b Wochengeld wird der bisherige § 28b zu § 28c. Inhaltlich erfolgt keine Änderung.

§ 61 Übergangsbestimmungen

Abs. 5 neu: Der bisherige § 6 Abs. 3 (Regelung für die Ende 2004 beitragsseitig eingestellte Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung) wird nach Entfall des § 6 nunmehr hier als neuer Abs. 5 ergänzt. Inhaltlich wurde im S. 2 und 3 die Gegenwartsform auf die Vergangenheitsform umgeändert, da die Beitragsleistung bereits Ende 2004 geendet hat. Zusätzlich wurde zu Beginn des 2. Satzes auch das Wort „jährliche“ als Klarstellung vor dem Wort „Leistungszuwachs“ ergänzt.

Anlage 1:

Die Bestimmungen enthalten die jährlich neu festzulegenden Ansätze für die Leistungsgewährung.

Punkt I:

Es werden die Punktwerte bzw. die Werte für die Grund- und Ergänzungsleistung um 1,50 % angehoben sowie die Anpassung der Jahreszahl auf 2022 vorgenommen.

Punkt III:

Die Höhe der Zusatzleistung zur BHU bleibt unverändert, es erfolgt jedoch eine Anpassung der Jahreszahl auf 2022 sowie eine Korrektur des Verweises (§ 61 Abs. 5 SWF anstelle des bisherigen § 6 Abs. 3 SWF).

Punkt IV:

Der letzte noch aktive Arzt, der zur ZL und EZL beitragspflichtig war, geht mit Jahresende in Pension. Aufgrund der relevanten Geburtsjahrgänge (Geburtsjahr 1951 und früher Geborene) kann niemand dieser Ärzt*innen mehr eine vorzeitige Altersversorgung beantragen, sodass der Hinweis auf die ZL und EZL entfallen kann.

Punkt V:

In der Überschrift erfolgt eine Ausweitung um den § 28b, da das Wochengeld nunmehr im § 28b geregelt wird.

- **Ziffer 1:** Im lit. c wurde die Ergänzung „von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten“ zur Klarstellung hinzugefügt, da die Wohnsitzärzte seit jeher keinen Anspruch auf eine Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt hatten und dies bei alleiniger Betrachtung des Punktes V nicht eindeutig hervorgeht. Zur Vollständigkeit sei erwähnt, dass im § 28a diese Differenzierung bereits in dessen Abs. 1 eindeutig festgelegt ist.
- **Ziffer 2:** Die bisherige Z 3 (Tagsatz der Krankenbeihilfe für angestellte (Zahn)Ärzt*innen) wird ohne Veränderung nunmehr in Z 2 geregelt.
- **Ziffer 3:** Die bisherigen Z 2 (Wochengeld für selbständig tätige (Zahn)Ärztinnen) und Z 4 (Wochengeld für angestellte (Zahn)Ärztinnen) werden zusammen in der neu formulierten Z 3 geregelt.
 - ⇒ **lit. a:** Die Höhe des täglichen Wochengeldes für angestellte (Zahn)Ärztinnen bleibt unverändert bei EUR 14,00 pro Tag. Dieser Tagsatz soll künftig auch bei einem allfälligen vorzeitigen Mutterschutz zustehen.
 - ⇒ **lit b:** Die Regelung des täglichen Wochengeldes für selbständig tätige (Zahn)Ärztinnen soll dahingehend geändert werden, dass sie fix den individuellen Tagsatz bei Hausbehandlung (das sind zw. EUR 92,00 und EUR 270,00 pro Tag) bekommen sollen, der bislang der maximale Tagsatz war. Im Gegenzug soll damit eine umsatzabhängige Gegenrechnung entfallen. Dieser Tagsatz soll künftig auch bei einem allfälligen vorzeitigen Mutterschutz zustehen.

Anlage 2:

In der Veranlagungsrichtlinie des WFF erfolgt eine Korrektur der Nummerierung. Weiters ist aufgrund einer Empfehlung des Risikomanagers des Wohlfahrtsfonds sowohl eine Änderung der Mindestgrenze bei den liquiden Assets von 3 % auf 2 % sowie eine Änderung der Maximalgrenze für die Veranlagung des WFF-Vermögens in Aktien von 30 % auf 40 % vorgesehen, um auch das langfristige Ertragsziel von 4 % p.a. (siehe Punkt 2.1. des Anlageziels) in Niedrigzinszeiten weiter erreichen zu können.

Änderungsvorschläge für die Satzungen des Wohlfahrtsfonds – Tabellenübersicht

Erläuterungen zu den folgenden Ausführungen:

Folgende geplanten Satzungsänderungen werden in dieser Übersicht dargestellt:

- Entfall der Beitragsleistung zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung ab 2022, da der letzte zu diesen beiden Leistungen beitragspflichtige Arzt mit Ende 2021 in Pension gehen wird. Alle anderen sind bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beitragspflichtig.
- Einführung einer Regelung, dass bei Beitragsüberstellungen (Wechsel des WFF) sowie Beitragsrückerstattungen bereits bezogene Leistungen bei temporärer Invalidität in Abzug gebracht werden
- Änderung des Tagsatzes für das Wochengeld von selbständig tätigen (Zahn)Ärztinnen
- Ausdehnung des Bezugszeitraums des Wochengeldes auch auf den vorzeitigen Mutterschutz
- Möglichkeit, die Kur in 2 Teilen zu absolvieren (so wie dies auch im staatlichen System möglich ist)
- Anpassung der Kriterien für die Absolvierung von Kur- oder Rehabilitationsaufenthalten
- Übersichtlichere Gestaltung der Unterstützungsleistungen (Krankenbeihilfe, Wochengeld, Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt)

Die folgende Tabelle stellt die aktuell in Geltung stehende Regelung und die geplante Änderung gegenüber. Die jeweiligen Erläuterungen zu den einzelnen Änderungsvorschlägen erfolgen mittels eigenen Anhangs. Diese Gegenüberstellung bildet einen integrierenden Bestandteil der Verordnung über die Änderung der Satzungen des Wohlfahrtsfonds.

Eine leere linke Spalte bedeutet, dass ein neuer Paragraph / ein neuer Absatz eingefügt werden soll.

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.	
§ 7 Erweiterte Zusatzleistung		
	<p>(1) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste oder Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind und mit Beginn des Veranlagungszeitraumes das 45. Lebensjahr vollendet haben, haben Beiträge zur Erweiterten Zusatzleistung zu zahlen. Für den gemäß § 9 Abs. 4 BO pro Jahr zu zahlenden Beitrag werden dem Kammerangehörigen 4 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht den Betrag gemäß § 9 Abs. 4 BO, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Betrag gemäß § 9 Abs. 4 BO liegt. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Erweiterte Zusatzleistung ergibt sich aus der Addition der jährlichen Zuwachsprozentsätze.</p> <p>(2) Die Beitragspflicht der Kammerangehörigen zur Erweiterten Zusatzleistung gemäß Abs. 1 endet mit 31.12.2011. Hievon ausgenommen sind die Kammerangehörigen gemäß § 53 Abs. 2 (Personen im Übergangszeitraum), für die Abs. 1 weiter gilt.</p>	Der § 7 entfällt zur Gänze.
§ 8 Bedeckung der Leistungen – Gebarung		
	Für die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds sind unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit Beiträge einzuheben. Um dies zu gewährleisten, ist die Gebarung des Wohlfahrtsfonds hinsichtlich der Bedeckung für alle Versorgungsleistungen (Grund- und Ergänzungsleistung sowie Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung bzw. Beitragsorientierte Zusatzversorgung gem. §§ 31 ff) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.	Für die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds sind unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit Beiträge einzuheben. Um dies zu gewährleisten, ist die Gebarung des Wohlfahrtsfonds hinsichtlich der Bedeckung für alle Versorgungsleistungen (Grund- und Ergänzungsleistung sowie Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung bzw. und Beitragsorientierte Zusatzversorgung inkl. der früheren Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung gem. §§ 31 ff) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.
§ 10 Abs. 8		
	Für Kammerangehörige besteht während des Bezuges des satzungsgemäßen Wochengeldes gemäß § 28 Abs 6 und Abs 7 keine Beitragspflicht. Für Kammerangehörige besteht auf Antrag keine	(8) Für Kammerangehörige besteht während des Bezuges des satzungsgemäßen Wochengeldes gemäß § 28 abs 6 und Abs 7 keine Beitragspflicht. Für Kammerangehörige besteht auf Antrag keine

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezugs des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes gemäß § 1 Z 2 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. Nr. 103/2001, längstens jedoch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Für die Zeit der Befreiung besteht kein Anspruch auf Leistungen gemäß §§ 28, ausgenommen Abs 6 und Abs 7, und 28a.</p>	<p>Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezugs des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes gemäß § 1 Z 2 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. Nr. 103/2001, längstens jedoch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Für die Zeit der Befreiung besteht kein Anspruch auf Leistungen gemäß §§ 28, ausgenommen Abs 6 und Abs 7, und 28a.</p>
<p>§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge</p>	
<p>(1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Stundung oder eine Ermäßigung der Fondsbeiträge bewilligen und Ratenzahlungen gewähren. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann sogar eine Ermäßigung über die Grenzen der Abs. 3 bis 5 hinaus bewilligt werden. Stundungen sind nur dann zu bewilligen, wenn der Kammerangehörige nachvollziehbar nachweist, dass der gestundete Betrag bis zum Ende der Stundung auch bezahlt wird. Diese Ansuchen sind bei der Ärztekammer für Steiermark schriftlich einzubringen und unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.</p> <p>(2) Für gestundete Beiträge und Ratenzahlungen sind Zinsen in Höhe von 4 % p. a. zu leisten. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann der Verwaltungsausschuss von der Anrechnung von Zinsen Abstand nehmen. Wird eine der bewilligten Ratenzahlungen nicht termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des gesamten aushaftenden Betrages ein.</p> <p>(3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden: a) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigen, um die Hälfte. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein gegen Vorlage des Jahreslohnzettels beantragt werden. (§ 5 Abs 3 BO)</p>	<p>(1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Stundung oder eine Ermäßigung der Fondsbeiträge bewilligen und Ratenzahlungen gewähren. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann sogar eine Ermäßigung über die Grenzen der Abs. 3 bis 4 hinaus bewilligt werden. Stundungen sind nur dann zu bewilligen, wenn der Kammerangehörige nachvollziehbar nachweist, dass der gestundete Betrag bis zum Ende der Stundung auch bezahlt wird. Diese Ansuchen sind bei der Ärztekammer für Steiermark schriftlich einzubringen und unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.</p> <p>(2) Für gestundete Beiträge und Ratenzahlungen sind Zinsen in Höhe von 4 % p. a. zu leisten. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann der Verwaltungsausschuss von der Anrechnung von Zinsen Abstand nehmen. Wird eine der bewilligten Ratenzahlungen nicht termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des gesamten aushaftenden Betrages ein.</p> <p>(3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden: a) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) den Betrag von EUR 30.000,- nicht übersteigen, um die Hälfte. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein gegen Vorlage des Jahreslohnzettels beantragt werden. (§ 5 Abs. 3 BO)</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>b) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtiges Einkommen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (gemäß Einkommensteuerbescheid des zweitvorangegangenen Jahres) den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigen, um die Hälfte.</p> <p>c) Kammerangehörigen, die aufgrund zwingender kollektivvertraglicher Bestimmungen neben der bestehenden Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds und zusätzlich zur Beitragspflicht in die gesetzliche Pensionsversicherung verpflichtet sind, Beiträge in ein bestehendes betriebliches Pensionssystem einzuzahlen, bis zu dem Betrag, den sie nachweislich selbst pro Jahr in diese zusätzliche Pensionsvorsorge einbezahlt haben. Eine Ermäßigung über den Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung des § 9a Abs. 2 BO hinaus ist nicht möglich.</p> <p>d) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind und die neben den ärztlichen oder zahnärztlichen Einkünften aus dem Dienstverhältnis selbständige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit erzielen (wohnsitz(zahn)ärztliche Nebentätigkeit), können den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die Hälfte ermäßigen, wenn die Summe der steuerpflichtigen Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) und des Einkommens im Sinne des § 9 Abs 2 lit b den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigt. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein für das vorangegangene Beitragsjahr gegen Vorlage des Jahreslohnzettels und des Einkommensteuerbescheids des drittvorangegangenen Jahres erfolgen. (§ 5 Abs 4 BO)</p> <p>(4) Ärzten oder Zahnärzten, die zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig sind, kann über begründeten Antrag der Beitragsprozentsatz ermäßigt werden, jedoch nicht unter 1 %. Die gleiche Ermäßigungsmöglichkeit gilt für die Beiträge zur Zusatzleistung. Diese Ermäßigung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des</p>	<p>b) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, und deren steuerpflichtige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (gemäß Einkommensteuerbescheid des zweitvorangegangenen Jahres) den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigen, um die Hälfte.</p> <p>c) Kammerangehörigen, die aufgrund zwingender kollektivvertraglicher Bestimmungen neben der bestehenden Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds und zusätzlich zur Beitragspflicht in die gesetzliche Pensionsversicherung verpflichtet sind, Beiträge in ein bestehendes betriebliches Pensionssystem einzuzahlen, bis zu dem Betrag, den sie nachweislich selbst pro Jahr in diese zusätzliche Pensionsvorsorge einbezahlt haben. Eine Ermäßigung über den Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung des § 9a Abs. 2 hinaus ist nicht möglich.</p> <p>d) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste oder der Zahnärzteliste als angestellte Ärzte oder Zahnärzte eingetragen sind und die neben den ärztlichen oder zahnärztlichen Einkünften aus dem Dienstverhältnis selbständige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit erzielen (wohnsitz(zahn)ärztliche Nebentätigkeit), können den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die Hälfte ermäßigen, wenn die Summe der steuerpflichtigen Bezüge (Kennzahl 245 des Lohnzettels L16) und des Einkommens im Sinne des § 6 Abs. 2 lit. b den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigt. Diese Ermäßigung kann erst im Nachhinein für das vorangegangene Beitragsjahr gegen Vorlage des Jahreslohnzettels und des Einkommensteuerbescheids des drittvorangegangenen Jahres erfolgen. (§ 5 Abs. 4 BO)</p> <p>(4) Ärzten oder Zahnärzten, die zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig sind, kann über begründeten Antrag der Beitragsprozentsatz ermäßigt werden, jedoch nicht unter 1 %. Die gleiche Ermäßigungsmöglichkeit gilt für die Beiträge zur Zusatzleistung. Diese Ermäßigung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr gewährt werden. Eine weitergehende Ermäßigung der Erweiterten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehörigen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt.</p> <p>(5) Der Beitrag zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr ermäßigt werden, jedoch nicht unter 10 % des 100%-igen Erfordernisbeitrages.</p> <p>(6) Eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 0,0 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,</p> <p>a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt,</p> <p>b) für die ersten zwei Jahre der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit.</p>	<p>beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr gewährt werden. Eine weitergehende Ermäßigung der Erweiterten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehörigen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt.</p> <p>(4) Der Beitrag zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr ermäßigt werden, jedoch nicht unter 10 % des 100%-igen Erfordernisbeitrages.</p> <p>(5) Eine Ermäßigung des Beitrages zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 0,0 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,</p> <p>a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a, lit. b bzw. lit. d genannten Grenze liegt,</p> <p>b) für die ersten zwei Jahre der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit.</p>
<p>§ 16 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen</p>	
<p>(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5), Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.¹ Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-</p>	<p>(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5), Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht.</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>2-Kassenärzte, sofern diese Beiträge nicht in die Grund- und Ergänzungsleistung gem. § 4 Abs. 5 übertragen wurden, usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.</p>	<p>Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, sofern diese Beiträge nicht in die Grund- und Ergänzungsleistung gem. § 4 Abs. 5 übertragen wurden, usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.</p>
§ 16a Streichung und Beitragsrückeratz	
<p>(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5) zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückeratz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.</p>	<p>(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5) zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückeratz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.</p>
§ 22 Abs. 1	
<p>(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-</p>	<p>(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>Kassenärzten gemäß § 5 Abs. 2, die keine Übertragung gemäß § 5 Abs. 5 beantragt haben, kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu.</p> <p>Diese Leistungen werden (ehemaligen) Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.</p> <p>Über gesonderten Antrag ist (ehemaligen) Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung).</p> <p>Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 1) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.</p>	<p>Kassenärzten gemäß § 5 Abs. 2, die keine Übertragung gemäß § 5 Abs. 5 beantragt haben, kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu.</p> <p>Diese Leistungen werden (ehemaligen) Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.</p> <p>Über gesonderten Antrag ist (ehemaligen) Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung).</p> <p>Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 1) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.</p>
§ 27 Abs. 5	
<p>(5) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung analog § 6 Abs. 3.</p>	<p>(5) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung analog § 6 Abs. 3 nach § 61 Abs. 5.</p>
§ 28 Krankenbeihilfe und Wochenfeld	
<p>(1) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird eine einmalige Krankenbeihilfe, die im Falle der Hausbehandlung frühestens ab dem 15. Tag und im Falle der stationären Aufnahme in eine Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 - 6 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, (mit Ausnahme von Rehabilitationseinrichtungen) ab dem 4. Tage der Aufnahme zu berechnen ist, gewährt. Schließt sich an den stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen in einer genannten Krankenanstalt unmittelbar eine Hausbehandlung an, so wird eine Krankenbeihilfe ohne Wartezeit ab dem der Entlassung folgenden Tag gewährt. Ab dem 15. Tag der Berufsunfähigkeit wird die Krankenbeihilfe jedenfalls entsprechend Abs. 8 ohne Wartezeit gewährt. Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der</p>	<p>(1) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird eine einmalige Krankenbeihilfe, die im Falle der Hausbehandlung frühestens ab dem 15. Tag und im Falle der stationären Aufnahme in einer Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 - 6 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, (mit Ausnahme von Rehabilitationseinrichtungen) ab dem 4. Tage der Aufnahme zu berechnen ist, gewährt. Schließt sich an den stationären Aufenthalt von mindestens 3 Tagen in einer genannten Krankenanstalt unmittelbar eine Hausbehandlung an, so wird eine Krankenbeihilfe ohne Wartezeit ab dem der Entlassung folgenden Tag gewährt. Ab dem 15. Tag der Berufsunfähigkeit wird die Krankenbeihilfe jedenfalls entsprechend Abs. 6 ohne Wartezeit gewährt. Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der Beendigung der Berufsunfähigkeit</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>Beendigung der Berufsunfähigkeit eine neuerliche Berufsunfähigkeit ein und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich der Wartezeit bei Hausbehandlung und Krankenhausaufenthalt die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.</p> <p>(2) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird ab dem 15. Tag der Erkrankung eine Krankenbeihilfe gewährt. Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der Beendigung der Berufsunfähigkeit eine neuerliche Berufsunfähigkeit auf und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich des Beginnes des Anspruches auf Krankenbeihilfe die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.</p> <p>(3) Krankmeldungen und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 12 Wochen nach Beginn der Berufsunfähigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Krankenbeihilfe verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Berufsunfähigkeit. Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen. Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.</p>	<p>eine neuerliche Berufsunfähigkeit ein und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich der Wartezeit bei Hausbehandlung und Krankenhausaufenthalt die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.</p> <p>(2) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, den Beruf tatsächlich ausüben und durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird ab dem 15. Tag der Erkrankung eine Krankenbeihilfe gewährt. Tritt innerhalb von 8 Wochen ab der Beendigung der Berufsunfähigkeit eine neuerliche Berufsunfähigkeit auf und ist diese auf dieselbe Ursache (Erkrankung oder Unfall) zurückzuführen, welche die erste Berufsunfähigkeit herbeigeführt hat, so gilt hinsichtlich des Beginnes des Anspruches auf Krankenbeihilfe die neuerliche Erkrankung als Fortsetzung der ersten Erkrankung.</p> <p>(3) Krankmeldungen und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 12 Wochen nach Beginn der Berufsunfähigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Krankenbeihilfe verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Berufsunfähigkeit. Die Tatsache und die Dauer der Krankheit sind durch einen entsprechenden Befund, die Dauer einer stationären Behandlung durch eine Bestätigung der Krankenanstalt nachzuweisen. Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>(4) Kammerangehörige, die bei Aufrechterhaltung ihrer ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im Genuss einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 stehen, haben bei Krankheit keinen Anspruch auf Krankenbeihilfe. Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe schließt sich wechselseitig aus.</p> <p>(5) Innerhalb von 3 Jahren wird die Krankenbeihilfe, auch bei Zusammentreffen mehrerer Krankheitsfälle, höchstens für den Zeitraum von 52 Wochen gewährt, wobei der Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalt im Sinne des § 28a sowie jeweils die Wartezeit in die Berechnung dieser maximalen Bezugsdauer miteinbezogen wird. Die Dreijahresfrist wird vom 1. Tag der letzten gemeldeten Berufsunfähigkeit gerechnet. Handelt es sich bei der letzten Berufsunfähigkeit um einen Fall der Wiedererkrankung, ist vom 1. Tag der ersten Berufsunfähigkeit zu rechnen.</p> <p>(6) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärztinnen oder Wohnsitzärztinnen oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen eingetragen sind und wegen der Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum bis zu 12 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich</p>	<p>(4) Kammerangehörige, die bei Aufrechterhaltung ihrer ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im Genuss einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 stehen, haben bei Krankheit keinen Anspruch auf Krankenbeihilfe. Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe schließt sich wechselseitig aus.</p> <p>(5) Innerhalb von 3 Jahren wird die Krankenbeihilfe, auch bei Zusammentreffen mehrerer Krankheitsfälle, höchstens für den Zeitraum von 52 Wochen gewährt, wobei der Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalt im Sinne des § 28a sowie jeweils die Wartezeit in die Berechnung dieser maximalen Bezugsdauer miteinbezogen wird. Die Dreijahresfrist wird vom 1. Tag der letzten gemeldeten Berufsunfähigkeit gerechnet. Handelt es sich bei der letzten Berufsunfähigkeit um einen Fall der Wiedererkrankung, ist vom 1. Tag der ersten Berufsunfähigkeit zu rechnen.</p> <p><i>Die bisherigen Abs. 6 und 7 werden nunmehr im § 28b neu geregelt.</i></p> <p>(6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe und des Wochengeldes ist in Anlage 1 V festgesetzt.</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten). Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag. Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Wohnsitzärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind. Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p> <p>(7) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärztinnen oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärztinnen eingetragen sind und wegen Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum von 12 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem</p>	

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten). Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind.</p> <p>Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p> <p>(8) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe und des Wochengeldes ist jeweils in Anlage 1 V festgesetzt.</p>	
§ 28a Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt	
<p>(1) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, und den Beruf tatsächlich ausüben, ist auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation eine Krankenbeihilfe für einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt in Österreich zu gewähren.</p> <p>(2) a) Unter Kuraufenthalten sind unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung durchgeführte medizinisch anerkannte Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zu verstehen, die der vorbeugenden Erhaltung der Erwerbsfähigkeit dienen.</p> <p>b) Unter Rehabilitationsaufenthalten sind Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu verstehen.</p> <p>c) Rehabilitationsaufenthalte im Sinne von Anschlussheilverfahren dienen dazu, im Anschluss an eine Krankenbehandlung den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern bzw. die Folgen der Krankheit zu erleichtern sowie die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen.</p> <p>(3) Für die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt hat sich der Kammerangehörige im Sinne des Abs. 1 einer mindestens 14 Tage und maximal 21 Tage andauernden</p>	<p>(1) Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind, und den Beruf tatsächlich ausüben, ist auf Grund einer nachweislichen ärztlichen Indikation eine Krankenbeihilfe für einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt in Österreich zu gewähren.</p> <p>(2) a) Unter Kuraufenthalten sind unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung durchgeführte medizinisch anerkannte Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zu verstehen, die der vorbeugenden Erhaltung der Erwerbsfähigkeit dienen.</p> <p>b) Unter Rehabilitationsaufenthalten sind Anschlussheilverfahren sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu verstehen.</p> <p>e) Rehabilitationsaufenthalte im Sinne von Anschlussheilverfahren dienen dazu, im Anschluss an eine Krankenbehandlung den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern bzw. die Folgen der Krankheit zu erleichtern sowie die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen.</p> <p>(3) Für die Gewährung der Die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt hat sich der wird Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1 für Kuraufenthalte in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt in Österreich mit einer ununterbrochenen Dauer von</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>ununterbrochenen Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Nachweise abhängig, wobei bei Fehlen auch nur eines der Nachweise die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zu versagen ist:</p> <p>a) Vor Antritt der Behandlung ist eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung nachzuweisen oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur bzw. Rehabilitation ergeben und</p> <p>b) nach Beendigung des Aufenthaltes sind anhand von Unterlagen der Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung der durchgehende Aufenthalt in der sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt, die ärztliche Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie die absolvierten Therapien nachzuweisen.</p> <p>Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung im Sinne der lit. a und b eine Leistung zusprechen.</p> <p>4) Abweichend zu Abs. 3 kann eine Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung auch in einer Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung im EU-Ausland gewährt werden, sofern eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung vorliegt und keine vergleichbare Leistung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich angeboten wird. Der Nachweis darüber ist vom Kammerangehörigen bereits bei der Antragstellung zu erbringen.</p> <p>(5) Bei einem Anschlussheilverfahren in einer sanitätsbehördlich genehmigten Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt kann in begründeten Einzelfällen die Krankenbeihilfe bei einem Rehabilitationsaufenthalt auch über den 21. Tag hinaus gewährt werden.</p>	<p>mindestens 2 Wochen bis maximal 3 Wochen gewährt, wobei der dreiwöchige Kuraufenthalt auch in 2 Teilen in Anspruch genommen werden kann (2 Wochen plus 1 Woche innerhalb von 6 Monaten ab Beendigung des ersten Teils). Der Kammerangehörige hat sich dabei täglichen Kuranwendungen an Tagen des Therapiebetriebes einer mindestens 14 Tage und maximal 21 Tage andauernden ununterbrochenen Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Nachweise Unterlagen abhängig, wobei bei Fehlen auch nur eines der Nachweise die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt zu versagen ist:</p> <p>a) Vor Antritt der Behandlung ist eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung nachzuweisen oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis vorzulegen, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Kur bzw. Rehabilitation ergeben (Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis; dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner), und</p> <p>b) nach Beendigung des Aufenthaltes sind anhand von Unterlagen der Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung der durchgehende Aufenthalt in der sanitätsbehördlich genehmigten Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt, die der Nachweis der ärztlichen Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie die der absolvierten Kurbehandlungen (Therapien) nachzuweisen und</p> <p>c) eine Aufenthaltsbestätigung. eine Aufenthaltsbestätigung.</p> <p>Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung im Sinne der lit. a und b eine Leistung zusprechen.</p> <p>(4) Die Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt wird Kammerangehörigen im Sinne des Abs. 1 für Rehabilitationsaufenthalte in einer Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich mit einer ununterbrochenen Dauer von mindestens 2 Wochen bis maximal 3 Wochen gewährt. In begründeten Einzelfällen kann sie auch über die</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>(6) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist Anlage 1 V zu entnehmen. Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des letzten Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes, wird die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt nur einmal gewährt.</p> <p>(7) Der gleichzeitige Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt und der Krankenbeihilfe gemäß § 28 schließt sich aus. Die Dauer des Aufenthaltes wird nicht als Wartezeit für den Bezug der Krankenbeihilfe gemäß § 28 im Anschluss an einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt angerechnet, es sei denn, dass zusätzlich eine andere mit der Kur bzw. Rehabilitation nicht im kausalen Zusammenhang stehende Krankheit während der Dauer des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes auftritt.</p> <p>(8) Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt schließt sich aus.</p>	<p>Dauer von 3 ununterbrochenen Wochen hinaus gewährt werden. Der Kammerangehörige hat sich dabei täglichen Anwendungen an Tagen des Therapiebetriebes zu unterziehen. Die Gewährung der Krankenbeihilfe bei Rehabilitationsaufenthalt ist von der vollständigen Vorlage folgender Unterlagen abhängig:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung oder ein ausgestelltes ärztliches Zeugnis, aus dem sich die Notwendigkeit und Dauer der Rehabilitation ergeben (Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis; dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner), b) der Nachweis der ärztlichen Antritts- und Abschlussuntersuchung sowie der absolvierten Therapien nachzuweisen und c) eine Aufenthaltsbestätigung. <p>(5) Abweichend zu Abs. 3 und 4 kann eine Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt Kur- bzw. Rehabilitationsbehandlung auch für einen Aufenthalt in einer Kuranstalt oder Rehabilitationseinrichtung im EU-Ausland gewährt werden, sofern eine Bewilligung seitens eines Trägers der gesetzlichen Sozialversicherung vorliegt und keine vergleichbare Leistung in einer sanitätsbehördlich genehmigten Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt in Österreich angeboten wird. Der Nachweis darüber ist vom Kammerangehörigen bereits bei der Antragstellung zu erbringen.</p> <p>(5) Bei einem Anschlussheilverfahren in einer sanitätsbehördlich genehmigten Rehabilitationseinrichtung bzw. Sonderkrankenanstalt kann in begründeten Einzelfällen die Krankenbeihilfe bei einem Rehabilitationsaufenthalt auch über den 21. Tag hinaus gewährt werden.</p> <p>(6) Anträge und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 12 Wochen ab Beginn der Kur bzw. Rehabilitation zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch auf Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn der Kur bzw. Rehabilitation.</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>(7) Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt ist Anlage 1 V zu entnehmen. Sofern ein Nachweis nach Abs. 3 lit. c bzw. Abs. 4 lit. c nicht vorgelegt werden kann, gebührt nur die Hälfte des Tagsatzes gem. Anlage 1 V Z 1 lit. c. Innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren, gerechnet jeweils ab dem 1. Tag des letzten Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes, wird die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt nur einmal gewährt.</p> <p>(8) Der gleichzeitige Bezug der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt und, der Krankenbeihilfe gemäß § 28 und des Wochengeldes gemäß § 28b schließt sich aus. Die Dauer des Aufenthaltes wird nicht als Wartezeit für den Bezug der Krankenbeihilfe gemäß § 28 im Anschluss an einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt angerechnet, es sei denn, dass zusätzlich eine andere mit der Kur bzw. Rehabilitation nicht im kausalen Zusammenhang stehende Krankheit während der Dauer des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes auftritt.</p> <p>(9) Der gleichzeitige Bezug einer Altersversorgung gemäß § 22 oder einer Invaliditätsversorgung gemäß § 23 und der Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt schließt sich aus.</p>
§ 28 Abs. 6 und 7	§ 28b Wochengeld
<p><u>Bisheriger § 28 Abs. 7 SWF:</u> Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärztinnen oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärztinnen eingetragen sind und wegen Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum von 12 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Der höchstzulässige Anspruchs-</p>	<p>(1) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als angestellte Ärztinnen oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärztinnen eingetragen sind und wegen Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung für den Zeitraum des Beschäftigungsverbotes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz 1979 bis zur Höchstdauer von 16 Wochen ein tägliches Wochengeld. Bei Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld bis zur Höchstdauer von 20 Wochen. nach der Entbindung im Zeitraum von 12 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>zeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).</p> <p>Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind. Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p> <p><u>Bisheriger § 28 Abs. 6 SWF:</u></p> <p>Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärztinnen oder Wohnsitzärztinnen oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen eingetragen sind und wegen der Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld nach der Entbindung im Zeitraum bis zu 12 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er</p>	<p>daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu berücksichtigen. Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).</p> <p>Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für angestellte Ärztinnen oder angestellte Zahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und seitsie bereits mindestens 6 Monaten eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde gewesen sind. Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe nach § 28 ausgeschlossen.</p> <p>(2) Weiblichen Kammerangehörigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärztinnen oder Wohnsitzärztinnen oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen eingetragen sind und wegen der Schwangerschaft den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf nicht ausüben, gebührt im Zeitraum der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und im Zeitraum der ersten 8 Wochen nach der Entbindung für den der Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz 1979 gleich zu haltenden Zeitraum bis zur Höchstdauer von 16 Wochen ein tägliches Wochengeld. Bei Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen gebührt das Wochengeld bis zur Höchstdauer von 20 Wochen. nach der Entbindung im Zeitraum bis zu 12 Wochen. Weicht der tatsächliche Geburtstermin vom voraussichtlichen Geburtstermin ab und ergibt sich daraus eine Veränderung des Anspruchszeitraumes, so ist diese im Rahmen des höchstzulässigen Anspruchszeitraumes zu</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>20 Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).</p> <p>Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag. Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Wohnsitzärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und sie bereits mindestens 6 Monate ärztlich oder zahnärztlich tätig gewesen sind. Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe ausgeschlossen.</p>	<p>berücksichtigen. Der höchstzulässige Anspruchszeitraum bei normalen Geburten beträgt 16 Wochen, bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen beträgt er 20 Wochen. Ist eine Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung eingetreten, so verlängert sich der Anspruchszeitraum nach der Entbindung im Ausmaß dieser Verkürzung. Erfolgt die tatsächliche Geburt vor Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes (vor Beginn der letzten 8 Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin), beträgt der Anspruchszeitraum 20 Wochen ab dem tatsächlichen Geburtstermin (Frühgeburten).</p> <p>Der Anspruch beginnt jedoch frühestens mit dem auf die Einstellung der Berufsausübung folgenden Tag und endet spätestens mit dem der Wiederaufnahme vorangegangenen Tag. Voraussetzung für die Gewährung des Wochengeldes ist für niedergelassene Ärztinnen oder Zahnärztinnen sowie für Wohnsitzärztinnen oder Wohnsitzzahnärztinnen, dass die erstmalige ordentliche Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark bzw. zur Zahnärztekammer für Steiermark seit mindestens 6 Monaten besteht und seitsie bereits mindestens 6 Monaten eine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde gewesen sind.</p> <p>Bei Bezug eines Wochengeldes ist der Anspruch auf Krankenbeihilfe nach §§ 28 und 28a ausgeschlossen.</p> <p>(3) Die Bezugsdauer für die Zeit des Beschäftigungsverbot es nach Abs. 1 und 2 kann überschritten werden, sofern eine amtsärztliche oder eine von einem gemäß § 3 Mutterschutzverordnung befugten Facharzt ausgestellte Bestätigung über das Bestehen der Gefahr für Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind vorgelegt wird. Niedergelassene Ärztinnen und Zahnärztinnen sowie Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzzahnärztinnen haben schriftlich zu bestätigen, dass sie die ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit eingestellt haben.</p> <p>(4) Anträge und Anspruchsmeldungen haben innerhalb von 24 Wochen nach Beginn des (vorzeitigen) Mutterschutzes bzw. nach Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit zu erfolgen. Wenn eine ausreichende Begründung vorliegt, kann der Verwaltungsausschuss auch bei Fristüberschreitung eine Leistung zusprechen. Der Anspruch</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>auf Wochengeld verjährt jedenfalls binnen 3 Jahren ab Beginn des (vorzeitigen) Mutterschutzes bzw. nach Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit. Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizulegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestätigung über den errechneten Geburtstermin, - Bestätigung über einen allfälligen vorzeitigen Mutterschutz, - Geburtsurkunde, - Bestätigung über eine allfällige Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Kaiserschnittentbindung und - Nachweis des Bezugs des Kinderbetreuungsgeldes. <p>Eigenbestätigungen und Bestätigungen von nahen Angehörigen zählen nicht als gültiger Nachweis. Dazu gehören Verwandte in gerader Linie, Ehepartner und eingetragene Partner.</p> <p>(5) Die Höhe des Tagsatzes für das Wochengeld ist Anlage 1 V zu entnehmen.</p>
<p>§ 28b Krankenversicherung für Kammerangehörige, die ihren Beruf selbständig ausüben</p>	<p>§ 28c Krankenversicherung für Kammerangehörige, die ihren Beruf selbständig ausüben</p>
<p>§ 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen</p>	
<p>(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, werden die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – an die nunmehr zuständige Ärztekammer überwiesen. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.</p>	<p>(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, werden die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – an die nunmehr zuständige Ärztekammer überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.</p>
<p>§ 46 Streichung und Beitragsrückerstattung</p>	
<p>(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu</p>	<p>(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>erhalten, gestrichen, werden ihm die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – ausbezahlt. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.</p>	<p>erhalten, gestrichen, werden ihm die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – ausbezahlt. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen, Beitragsschulden sowie bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität werden davon in Abzug gebracht. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.</p>
§ 61 Übergangsbestimmungen		
	<p>(1) Die vor dem 31. Mai 1969 aufgrund der Bestimmungen früherer Satzungen ausgesprochenen Befreiungen von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds, sei es zur Gänze oder nur zum Teil, bleiben bei gleichzeitigem gänzlichen oder teilweisen Leistungsausschluss aufrecht. Fallen die seinerzeit für die Befreiung maßgeblichen Voraussetzungen ganz oder zum Teil weg, ist vom Verwaltungsausschuss mittels Bescheides das Wiederaufleben der Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung festzustellen. Es kann aber bei der Bemessung der Leistungen des Wohlfahrtsfonds nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 4 in der bis 31. Dezember 1985 in Geltung gestandenen Fassung vorgegangen werden.</p> <p>(2) Für Zeiträume ab 1. Feber 1952 bis zum 31. Dezember 1985, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Grund- und Ergänzungsleistung beitragspflichtig war, werden in der Grund- und</p>	<p>(1) Die vor dem 31. Mai 1969 aufgrund der Bestimmungen früherer Satzungen ausgesprochenen Befreiungen von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds, sei es zur Gänze oder nur zum Teil, bleiben bei gleichzeitigem gänzlichen oder teilweisen Leistungsausschluss aufrecht. Fallen die seinerzeit für die Befreiung maßgeblichen Voraussetzungen ganz oder zum Teil weg, ist vom Verwaltungsausschuss mittels Bescheides das Wiederaufleben der Beitragspflicht ab dem Zeitpunkt der Änderung festzustellen. Es kann aber bei der Bemessung der Leistungen des Wohlfahrtsfonds nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 4 in der bis 31. Dezember 1985 in Geltung gestandenen Fassung vorgegangen werden.</p> <p>(2) Für Zeiträume ab 1. Feber 1952 bis zum 31. Dezember 1985, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Grund- und Ergänzungsleistung beitragspflichtig war, werden in der Grund- und</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>Ergänzungsleistung pro Kalenderjahr 3 % Leistungssteigerung ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge gewährt. Wurde die Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft während des Kalenderjahres begründet oder beendet, so erfolgt eine aliquote Anrechnung für dieses Jahr.</p> <p>Die bis zum 31. Dezember 1985 in der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung erworbenen Leistungsansprüche bleiben unberührt.</p> <p>(3) Es erfolgt nur eine aliquote Anrechnung und Berechnung bei teilzeitbeschäftigten Ärzten oder Zahnärzten und bei teilbefreiten Ärzten oder Zahnärzten (§ 9 Abs. 3 in der Fassung bis 31. Dezember 1985), die während des angeführten Zeitraumes nur aliquot Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung gezahlt haben. Das Gleiche gilt, wenn wegen Überschreitens der Grenze gemäß § 109 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bzw. § 9 Abs. 1 nur Teilbeträge gezahlt wurden. Für Zeiträume, während denen Ärzte oder Zahnärzte gänzlich von der Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung befreit waren, erfolgt keine Anrechnung.</p> <p>(4) Für den Zeitraum bis 31.12.2010, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beitragspflichtig war, werden sämtliche ganzen Kalenderjahre der Mitgliedschaft als volle Beitragsjahre für die Berechnung der Höhe der Hinterbliebenenunterstützung gewertet ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge. Kalenderjahre, in denen nicht das ganze Jahr über die Mitgliedschaft und die Beitragspflicht bestanden hat, werden dabei nicht gezählt, es erfolgt auch keine aliquote Anrechnung.</p> <p><u>Bisheriger § 6 Abs. 3 SWF:</u> Bis zum 31.12.2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen</p>	<p>Ergänzungsleistung pro Kalenderjahr 3 % Leistungssteigerung ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge gewährt. Wurde die Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft während des Kalenderjahres begründet oder beendet, so erfolgt eine aliquote Anrechnung für dieses Jahr.</p> <p>Die bis zum 31. Dezember 1985 in der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung erworbenen Leistungsansprüche bleiben unberührt.</p> <p>(3) Es erfolgt nur eine aliquote Anrechnung und Berechnung bei teilzeitbeschäftigten Ärzten oder Zahnärzten und bei teilbefreiten Ärzten oder Zahnärzten (§ 9 Abs. 3 in der Fassung bis 31. Dezember 1985), die während des angeführten Zeitraumes nur aliquot Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung gezahlt haben. Das Gleiche gilt, wenn wegen Überschreitens der Grenze gemäß § 109 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bzw. § 9 Abs. 1 nur Teilbeträge gezahlt wurden. Für Zeiträume, während denen Ärzte oder Zahnärzte gänzlich von der Beitragspflicht zur Grund- und Ergänzungsleistung befreit waren, erfolgt keine Anrechnung.</p> <p>(4) Für den Zeitraum bis 31.12.2010, in denen der Kammerangehörige Wohlfahrtsfondsmitglied und zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beitragspflichtig war, werden sämtliche ganzen Kalenderjahre der Mitgliedschaft als volle Beitragsjahre für die Berechnung der Höhe der Hinterbliebenenunterstützung gewertet ohne Rücksicht auf das Ausmaß der geleisteten Beiträge. Kalenderjahre, in denen nicht das ganze Jahr über die Mitgliedschaft und die Beitragspflicht bestanden hat, werden dabei nicht gezählt, es erfolgt auch keine aliquote Anrechnung.</p> <p>(5) Bis zum 31.12.2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der jährliche Leistungszuwachsprozentsatz beträgt betrug 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wird der Leistungszuwachsprozentsatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 III festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.</p>	<p>entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wird wurde der Leistungszuwachsprozentsatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 III festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.</p>
Anlage 1 I, III, IV und V SWF	
<p>I. Festsetzung der Punktwerte und des Bemessungsbetrages für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung ab 1. Jänner 2021</p> <p>a) Punktwert A Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen EUR 44,16</p> <p>b) Punktwert B Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung EUR 59,93</p> <p>c) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und Ergänzungsleistung beträgt EUR 1.198,60 p.m. Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß §§ 4 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.</p>	<p>I. Festsetzung der Punktwerte und des Bemessungsbetrages für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung ab 1. Jänner 2022</p> <p>a) Punktwert A Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen EUR 44,82</p> <p>b) Punktwert B Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung EUR 60,83</p> <p>c) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und Ergänzungsleistung beträgt EUR 1.216,60 p.m. Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß §§ 4 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag																				
<p>III. Festsetzung des Bemessungsbetrages für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ab 2021:</p> <p>Der Bemessungsbetrag (100 %) für die bis 31. Dezember 2004 erworbenen Ansprüche in der Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 20.000,00</p> <p>Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß § 6 Abs. 3 SWF ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.</p> <p>IV. Festsetzung des Wertes für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne des § 22 Abs. 1, der Kinderunterstützung im Sinne des § 24 Abs. 6, der Witwen-(Witwer-)versorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners im Sinne des § 25 Abs. 5 und der Waisenversorgung im Sinne des § 26 Abs. 2 SWF:</p> <p>Der jeweilige Anspruch auf Grund- und Ergänzungsleistung sowie Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung wird wie folgt gekürzt:</p> <p>Bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zum</p> <table data-bbox="212 981 1086 1141"> <tr> <td>vollendeten 64. Lebensjahr auf</td> <td>93 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 63. Lebensjahr auf</td> <td>87 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 62. Lebensjahr auf</td> <td>82 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 61. Lebensjahr auf</td> <td>78 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 60. Lebensjahr auf</td> <td>75 %</td> </tr> </table> <p>des jeweiligen Leistungsanspruches.</p> <p>Bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zwischen der Vollendung zweier Lebensjahre erfolgt in der betreffenden Kürzungsstufe eine aliquote Kürzung nach vollen Monaten.</p>	vollendeten 64. Lebensjahr auf	93 %	vollendeten 63. Lebensjahr auf	87 %	vollendeten 62. Lebensjahr auf	82 %	vollendeten 61. Lebensjahr auf	78 %	vollendeten 60. Lebensjahr auf	75 %	<p>III. Festsetzung des Bemessungsbetrages für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ab 2022:</p> <p>Der Bemessungsbetrag (100 %) für die bis 31. Dezember 2004 erworbenen Ansprüche in der Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 20.000,00</p> <p>Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß § 61 Abs. 5 SWF ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.</p> <p>IV. Festsetzung des Wertes für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne des § 22 Abs. 1, der Kinderunterstützung im Sinne des § 24 Abs. 6, der Witwen-(Witwer-)versorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners im Sinne des § 25 Abs. 5 und der Waisenversorgung im Sinne des § 26 Abs. 2 SWF:</p> <p>Der jeweilige Anspruch auf Grund- und Ergänzungsleistung sowie Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung wird bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung wird wie folgt gekürzt:</p> <p>Bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zum</p> <table data-bbox="1153 981 2027 1141"> <tr> <td>vollendeten 64. Lebensjahr auf</td> <td>93 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 63. Lebensjahr auf</td> <td>87 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 62. Lebensjahr auf</td> <td>82 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 61. Lebensjahr auf</td> <td>78 %</td> </tr> <tr> <td>vollendeten 60. Lebensjahr auf</td> <td>75 %</td> </tr> </table> <p>des jeweiligen Leistungsanspruches.</p> <p>Bei Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zwischen der Vollendung zweier Lebensjahre erfolgt in der betreffenden Kürzungsstufe eine aliquote Kürzung nach vollen Monaten.</p>	vollendeten 64. Lebensjahr auf	93 %	vollendeten 63. Lebensjahr auf	87 %	vollendeten 62. Lebensjahr auf	82 %	vollendeten 61. Lebensjahr auf	78 %	vollendeten 60. Lebensjahr auf	75 %
vollendeten 64. Lebensjahr auf	93 %																				
vollendeten 63. Lebensjahr auf	87 %																				
vollendeten 62. Lebensjahr auf	82 %																				
vollendeten 61. Lebensjahr auf	78 %																				
vollendeten 60. Lebensjahr auf	75 %																				
vollendeten 64. Lebensjahr auf	93 %																				
vollendeten 63. Lebensjahr auf	87 %																				
vollendeten 62. Lebensjahr auf	82 %																				
vollendeten 61. Lebensjahr auf	78 %																				
vollendeten 60. Lebensjahr auf	75 %																				

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag																								
<p>V. Festsetzung der Werte für die tägliche Krankenbeihilfe, die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt sowie das Wochengeld im Sinne der §§ 28 und 28a SWF:</p> <p>1. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für Kammerangehörige, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte bzw. für die in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte und Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind:</p> <table border="0" data-bbox="286 534 1120 694"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">mindestens</td> <td style="text-align: center;">höchstens</td> </tr> <tr> <td>a) bei stationärer Behandlung</td> <td style="text-align: center;">EUR 134,00</td> <td style="text-align: center;">EUR 402,00</td> </tr> <tr> <td>b) bei Hausbehandlung</td> <td style="text-align: center;">EUR 92,00</td> <td style="text-align: center;">EUR 270,00</td> </tr> <tr> <td>c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes</td> <td style="text-align: center;">EUR 67,00</td> <td style="text-align: center;">EUR 201,00</td> </tr> </table> <p>Entspricht die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe des vorangegangenen Veranlagungsjahres dem Höchstbeitrag, so besteht Anspruch auf die Krankenbeihilfe im Ausmaß des Höchstbetrages. Unabhängig von der Beitragspflicht besteht jedenfalls der Anspruch in Höhe des Mindestbetrages. Liegt die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe des vorangegangenen Veranlagungsjahres zwischen dem Mindestbeitrag und dem Höchstbeitrag, kürzt sich der Anspruch in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Höchstbeitrag liegt.</p> <p>2. Die Höhe des täglichen Wochengeldes gemäß § 28 Abs. 6 SWF entspricht dem Betrag bei Hausbehandlung, höchstens jedoch einem 90stel des nachgewiesenen Umsatzes der letzten drei vollen Monate vor Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit und mindestens jedoch dem Betrag gemäß Z 4. Wird die ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit erst nach Beginn der 8-Wochen-Frist eingestellt, so ist der Umsatz der letzten 3 vollen Monate vor Beginn der 8-Wochen-Frist für die Berechnung der Höhe des täglichen Wochengeldes heranzuziehen.</p> <p>3. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für angestellte Ärzte bzw. für angestellte Zahnärzte EUR 92,00.</p>		mindestens	höchstens	a) bei stationärer Behandlung	EUR 134,00	EUR 402,00	b) bei Hausbehandlung	EUR 92,00	EUR 270,00	c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes	EUR 67,00	EUR 201,00	<p>V. Festsetzung der Werte für die tägliche Krankenbeihilfe, die Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt sowie das Wochengeld im Sinne der §§ 28, 28a und 28ba SWF:</p> <p>1. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für Kammerangehörige, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte bzw. für die in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte und Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind:</p> <table border="0" data-bbox="1227 534 2060 726"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">mindestens</td> <td style="text-align: center;">höchstens</td> </tr> <tr> <td>a) bei stationärer Behandlung</td> <td style="text-align: center;">EUR 134,00</td> <td style="text-align: center;">EUR 402,00</td> </tr> <tr> <td>b) bei Hausbehandlung</td> <td style="text-align: center;">EUR 92,00</td> <td style="text-align: center;">EUR 270,00</td> </tr> <tr> <td>c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten</td> <td style="text-align: center;">EUR 67,00</td> <td style="text-align: center;">EUR 201,00</td> </tr> </table> <p>Entspricht die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe des vorangegangenen Veranlagungsjahres dem Höchstbeitrag, so besteht Anspruch auf die Krankenbeihilfe im Ausmaß des Höchstbetrages. Unabhängig von der Beitragspflicht besteht jedenfalls der Anspruch in Höhe des Mindestbetrages. Liegt die Beitragspflicht zur Krankenbeihilfe des vorangegangenen Veranlagungsjahres zwischen dem Mindestbeitrag und dem Höchstbeitrag, kürzt sich der Anspruch in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Höchstbeitrag liegt.</p> <p>2. Die Höhe der täglichen Krankenbeihilfe beträgt für angestellte Ärzte bzw. für angestellte Zahnärzte EUR 92,00.</p> <p>3. Die Höhe des täglichen Wochengeldes gemäß § 28b Abs. 6 SWF</p> <p>a) beträgt für angestellte Ärztinnen und Zahnärztinnen EUR 14,00 und</p> <p>b) entspricht bei niedergelassenen (Zahn-)Ärztinnen und Wohnsitz(zahn)ärztinnen entspricht dem Betrag bei Hausbehandlung, höchstens jedoch einem 90stel des nachgewiesenen Umsatzes der letzten drei vollen Monate vor Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit und mindestens jedoch</p>		mindestens	höchstens	a) bei stationärer Behandlung	EUR 134,00	EUR 402,00	b) bei Hausbehandlung	EUR 92,00	EUR 270,00	c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten	EUR 67,00	EUR 201,00
	mindestens	höchstens																							
a) bei stationärer Behandlung	EUR 134,00	EUR 402,00																							
b) bei Hausbehandlung	EUR 92,00	EUR 270,00																							
c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes	EUR 67,00	EUR 201,00																							
	mindestens	höchstens																							
a) bei stationärer Behandlung	EUR 134,00	EUR 402,00																							
b) bei Hausbehandlung	EUR 92,00	EUR 270,00																							
c) im Falle des Kur- oder Rehabilitationsaufenthaltes von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten	EUR 67,00	EUR 201,00																							

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>4. Die Höhe des täglichen Wochengeldes gemäß § 28 Abs. 7 SWF beträgt EUR 14,00.</p>	<p>dem Betrag gemäß Z 4. Wird die ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit erst nach Beginn der 8 Wochen Frist eingestellt, so ist der Umsatz der letzten 3 vollen Monate vor Beginn der 8 Wochen Frist für die Berechnung der Höhe des täglichen Wochengeldes heranzuziehen.</p> <p>4. Die Höhe des täglichen Wochengeldes gemäß § 28 Abs. 7 SWF beträgt EUR 14,00.</p>
Anlage 2 SWF	
<p>1. Allgemeines</p> <p>Das für die Zwecke des Wohlfahrtsfonds bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis des Wohlfahrtsfonds zu decken. Das Vermögen ist unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit anzulegen. Die Veranlagungsrichtlinie bezieht sich auf die strategische Ausrichtung und ist Bestandteil der Satzung. Die strategische Asset Allokation ist alle 4 Jahre zu erstellen und gegebenenfalls die Veranlagungsrichtlinie entsprechend zu adaptieren.</p> <p>2. Anlageziel</p> <p>3. Allgemeines</p> <p>Mittel- und Langfristig wird ein Ertrag von 4% p.a. bei einem durchschnittlichen Risiko von 4,1% p.a. (annualisierte Standardabweichung der monatlichen Erträge) angestrebt.</p> <p>4. Bandbreiten</p> <p>Für die verwendeten Assetklassen gelten folgende Bandbreiten bzw. max. Grenzen:</p>	<p>1. Allgemeines</p> <p>Das für die Zwecke des Wohlfahrtsfonds bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis des Wohlfahrtsfonds zu decken. Das Vermögen ist unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit anzulegen. Die Veranlagungsrichtlinie bezieht sich auf die strategische Ausrichtung und ist Bestandteil der Satzung. Die strategische Asset Allokation ist alle 4 Jahre zu erstellen und gegebenenfalls die Veranlagungsrichtlinie entsprechend zu adaptieren.</p> <p>2. Anlageziel</p> <p>2.1. Allgemeines</p> <p>Mittel- und Langfristig wird ein Ertrag von 4% p.a. bei einem durchschnittlichen Risiko von 4,1% p.a. (annualisierte Standardabweichung der monatlichen Erträge) angestrebt.</p> <p>2.2. Bandbreiten</p> <p>Für die verwendeten Assetklassen gelten folgende Bandbreiten bzw. max. Grenzen:</p>

Bestehende Regelung			Änderungsvorschlag		
Assetklasse	Minimum	Maximum	Assetklasse	Minimum	Maximum
1. Liquide Assets (Geldmarkt, geldmarktnahe Fonds)	3%		1. Liquide Assets (Geldmarkt, geldmarktnahe Fonds)	2%	
2. Anleihen	20%		2. Anleihen	20%	
3. Aktien		30%	3. Aktien		40%
4. Immobilien, Beteiligungen	20%	35%	4. Immobilien, Beteiligungen	20%	35%
<i>davon: Wohnen max.55%</i>		19%	<i>davon: Wohnen max.55%</i>		19%
<i>davon: Gewerbe max.45%</i>		16%	<i>davon: Gewerbe max.45%</i>		16%
Immobilien Mezzaninkapital (Wohnen / Gewerbe)		6%	Immobilien Mezzaninkapital (Wohnen / Gewerbe)		6%
5. Versicherungen (Rückdeckungsversicherung)		10%	5. Versicherungen (Rückdeckungsversicherung)		10%
6. Sonstige Anlageformen		10%	6. Sonstige Anlageformen		10%
Alternative Assets 4. – 6.		50%	Alternative Assets 4. – 6.		50%
<p>3. Anlagegrundsätze</p> <p>3.1. Einsatz von Veranlagungsinstrumenten</p> <p>Das für die Zwecke des Wohlfahrtsfonds bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis des Wohlfahrtsfonds zu decken. Das Vermögen ist unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit anzulegen:</p> <p>(1) Guthaben bei Kreditinstituten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Bankwesengesetzes (BWG), BGBl. Nr. 532/1993 mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat;</p> <p>(2) Verzinsliche Wertpapiere und sonstige verbriefte Schuldtitel;</p> <p>(3) Darlehensforderungen, erforderlichenfalls mit angemessenen Sicherheiten im Hinblick auf die Schuldnerbonität</p> <p> a. gegenüber Kammerangehörigen,</p>			<p>3. Anlagegrundsätze</p> <p>3.1. Einsatz von Veranlagungsinstrumenten</p> <p>Das für die Zwecke des Wohlfahrtsfonds bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis des Wohlfahrtsfonds zu decken. Das Vermögen ist unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit anzulegen:</p> <p>(11) Guthaben bei Kreditinstituten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Bankwesengesetzes (BWG), BGBl. Nr. 532/1993 mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat;</p> <p>(12) Verzinsliche Wertpapiere und sonstige verbriefte Schuldtitel;</p> <p>(13) Darlehensforderungen, erforderlichenfalls mit angemessenen Sicherheiten im Hinblick auf die Schuldnerbonität</p> <p> a. gegenüber Kammerangehörigen,</p>		

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>b. gegenüber der Republik Österreich, ihren Ländern und Gemeinden, einem EU-Mitgliedstaat oder einem OECD-Mitgliedstaat,</p> <p>c. gegenüber anderen physischen oder juristischen Personen eines EU-Mitgliedstaates oder eines OECD-Mitgliedstaates;</p> <p>(4) Immobilien, das sind</p> <p>a. in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat gelegene Grundstücke und Gebäude,</p> <p>b. Beteiligungen an Unternehmen, deren ausschließlicher Zweck im Erwerb und der Verwaltung Ertrag bringender Grundstücke und Gebäude gemäß lit. a liegt;</p> <p>c. Anteilscheine von Immobilien-Investmentfonds, die von einer Kapitalanlagegesellschaft mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat begeben werden.</p> <p>(5) Versicherungen in Form von Renten- und Lebensversicherungen oder derartiger Rückversicherungen von Versicherungsunternehmen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes 2016 (VAG 2016), BGBl. I Nr. 34/2015;</p> <p>(6) Aktien und sonstige Beteiligungswertpapiere;</p> <p>(7) Derivative Produkte gemäß § 73 des Investmentfondsgesetzes 2011 (InvFG 2011), BGBl. I Nr. 77/2011, die zur Absicherung von Kurs-, Ausfalls-, Zins- oder Währungsrisiken erworben werden, oder wenn sie insgesamt zur Verringerung von Veranlagungsrisiken bzw. zur effizienten Portfoliosteuerung innerhalb eines Investmentfonds gemäß Abs. 8 eingesetzt werden;</p> <p>(8) Anteilsscheine von Investmentfonds, die von einer Kapitalanlagegesellschaft mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat begeben werden;</p> <p>(9) Rohstoffe und Edelmetalle sowie Finanzinstrumente, die in solche Vermögenswerte investieren;</p> <p>(10) Sonstige Vermögenswerte in Form von Kapitalmarkt-, Versicherungs- oder anderen Veranlagungsprodukten, die nicht in Abs. 1 bis 9 angeführt sind.</p> <p>3.2. Einschränkungen bei den Veranlagungen</p>	<p>b. gegenüber der Republik Österreich, ihren Ländern und Gemeinden, einem EU-Mitgliedstaat oder einem OECD-Mitgliedstaat,</p> <p>c. gegenüber anderen physischen oder juristischen Personen eines EU-Mitgliedstaates oder eines OECD-Mitgliedstaates;</p> <p>(14) Immobilien, das sind</p> <p>a. in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat gelegene Grundstücke und Gebäude,</p> <p>b. Beteiligungen an Unternehmen, deren ausschließlicher Zweck im Erwerb und der Verwaltung Ertrag bringender Grundstücke und Gebäude gemäß lit. a liegt;</p> <p>c. Anteilscheine von Immobilien-Investmentfonds, die von einer Kapitalanlagegesellschaft mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat begeben werden.</p> <p>(15) Versicherungen in Form von Renten- und Lebensversicherungen oder derartiger Rückversicherungen von Versicherungsunternehmen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes 2016 (VAG 2016), BGBl. I Nr. 34/2015;</p> <p>(16) Aktien und sonstige Beteiligungswertpapiere;</p> <p>(17) Derivative Produkte gemäß § 73 des Investmentfondsgesetzes 2011 (InvFG 2011), BGBl. I Nr. 77/2011, die zur Absicherung von Kurs-, Ausfalls-, Zins- oder Währungsrisiken erworben werden, oder wenn sie insgesamt zur Verringerung von Veranlagungsrisiken bzw. zur effizienten Portfoliosteuerung innerhalb eines Investmentfonds gemäß Abs. 8 eingesetzt werden;</p> <p>(18) Anteilsscheine von Investmentfonds, die von einer Kapitalanlagegesellschaft mit Sitz in einem EU-Mitgliedstaat oder in einem OECD-Mitgliedstaat begeben werden;</p> <p>(19) Rohstoffe und Edelmetalle sowie Finanzinstrumente, die in solche Vermögenswerte investieren;</p> <p>(20) Sonstige Vermögenswerte in Form von Kapitalmarkt-, Versicherungs- oder anderen Veranlagungsprodukten, die nicht in Abs. 1 bis 9 angeführt sind.</p> <p>3.2. Einschränkungen bei den Veranlagungen</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>Bei der Veranlagung ist auf eine angemessene Verteilung der Vermögenswerte unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit Bedacht zu nehmen.</p> <p>(1) Bei Veranlagungen in Vermögenswerte gemäß 3.1 Abs. 8 sind die im Kapitalanlagefonds enthaltenen, durchgerechneten Vermögenswerte für die Einhaltung der Veranlagungshöchstgrenzen gemäß 3.1 Abs. 1 und Abs. 2 zu berücksichtigen.</p> <p>(2) Bei der Ermittlung des Vermögens gemäß 3.1 Abs. 1 und Abs. 2 sind grundsätzlich die zuletzt bekannten Börsenkurse bzw. Wertfeststellungen zu Grunde zu legen. Sofern diese für einzelne Vermögenswerte nicht verfügbar sind, sind die jeweiligen Buchwerte laut zuletzt vorliegender Bilanz heranzuziehen.</p>	<p>Bei der Veranlagung ist auf eine angemessene Verteilung der Vermögenswerte unter Einhaltung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und Ertragsfähigkeit Bedacht zu nehmen.</p> <p>(1) Bei Veranlagungen in Vermögenswerte gemäß 3.1 Abs. 8 sind die im Kapitalanlagefonds enthaltenen, durchgerechneten Vermögenswerte für die Einhaltung der Veranlagungshöchstgrenzen gemäß 3.1 Abs. 1 und Abs. 2 zu berücksichtigen.</p> <p>(2) Bei der Ermittlung des Vermögens gemäß 3.1 Abs. 1 und Abs. 2 sind grundsätzlich die zuletzt bekannten Börsenkurse bzw. Wertfeststellungen zu Grunde zu legen. Sofern diese für einzelne Vermögenswerte nicht verfügbar sind, sind die jeweiligen Buchwerte laut zuletzt vorliegender Bilanz heranzuziehen.</p>