S A T Z U N G 2 0 2 5
des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1
Name und rechtliche Stellung

(1) Auf Grund des § 66a Abs. 1 Ziffer 7 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169, in der jeweils geltenden Fassung, betreibt die Ärztekammer für Burgenland einen Wohlfahrtsfonds.
(2) Der Wohlfahrtsfonds (im folgenden kurz als „Fonds“ bezeichnet) stellt ein von den allgemeinen finanziellen Mitteln der Ärztekammer für Burgenland abgesondertes zweckgebundenes Sondervermögen dar. Seine Verwaltung ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens gesondert zu führen und obliegt dem Verwaltungsausschuss (§ 113 Abs. 1 ÄrzteG).
(3) Der Fonds besitzt keine eigene Rechtspersönlichkeit.

§ 2
Zweck

Zweck des Fonds ist es, den anspruchsberechtigten Kammerangehörigen (Pflichtteilnehmern) die im folgenden näher bezeichneten Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu gewähren (§ 96 Abs. 3 ÄrzteG). Soweit in den einzelnen Vorschriften nichts anderes bestimmt ist, bezieht sich in dieser Satzung die Bezeichnung „Kammerangehörige“ sinngemäß auch auf der Landeszahnärztekammer für Burgenland zugeordnete Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufes.

§ 3
Vertretung nach außen

Die Vertretung des Fonds nach außen und die verbindliche Fertigung von Geschäftsstücken richtet sich nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes sowie der Beitragsordnung der Ärztekammer für Burgenland.

§ 4
Verwaltungsausschuss

(1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer, einem Mitglied des Landesvorstands der Landeszahnärztekammer sowie aus mindestens 3 weiteren Mitgliedern der Erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens einer ein Zahnarzt sein muss.
(2) Die Zahl der weiteren Mitglieder wird von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzt. Die weiteren Mitglieder werden für die Dauer ihrer Funktionsperiode

1. hinsichtlich der zahnärztlichen Vertreter von der Landeszahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG bestellt und
2. hinsichtlich der übrigen Mitglieder von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerräte der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts gewählt.

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

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Wird bei der ersten Wahl des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters keine absolute Mehrheit der gültigen Stimmen erzielt, so findet eine engere Wahl statt. In diese kommen jene beiden Personen, die bei der ersten Wahl die meisten Stimmen erhalten haben. Soweit bei der ersten Wahl mehrere Personen gleich viele Stimmen erhalten haben, entscheidet das Los, wer von ihnen in die engere Wahl kommt. Ergibt sich auch bei der engeren Wahl Stimmengleichheit, so hat ebenfalls das Los zu entscheiden. Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen (§ 113 Abs. 3 ÄrzteG).
(4) Dem Verwaltungsausschuss gehören weiters als beigezogene Mitglieder mit Antrags-, aber ohne Stimmrecht, ein oder zwei Vertreter der Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland (Seniorenvertreter) an. Die Beiziehung erfolgt durch die Erweiterte Vollversammlung, welche auch die Anzahl der Seniorenvertreter festlegt. Sollten zwei Seniorenvertreter beigezogen werden, so steht das Nominierungsrecht eines Vertreters der Landeszahnärztekammer zu. Der oder die Seniorenvertreter sind mit den selben Rechten auch der Erweiterten Vollversammlung beizuziehen.

§ 5
- aufgehoben -

§ 6
Überprüfungsausschuss

(1) Die Geschäftsführung des Wohlfahrtsfonds ist von einem Überprüfungsausschuss mindestens einmal jährlich zu überprüfen.
(2) Der Überprüfungsausschuss besteht aus drei Rechnungsprüfern, von denen für die Dauer eines Jahres
1. einer von der Landeszahnärztekammer nach den Bestimmungen des ZÄKG zu bestellen ist und
2. die beiden anderen von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts zu wählen sind.

Für jeden Rechnungsprüfer ist ein Stellvertreter zu wählen.
(3) Die Rechnungsprüfer und ihre Stellvertreter dürfen dem Verwaltungsausschuss nicht angehören.

§ 7
Aufgaben der Vollversammlung

Der Vollversammlung der Ärztekammer obliegt die Wahl der übrigen ärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses sowie der beiden ärztlichen Rechnungsprüfer des Überprüfungsausschusses des Wohlfahrtsfonds.

§ 8
Aufgaben der Erweiterten Vollversammlung

Der Erweiterten Vollversammlung obliegt:
1. die Erlassung einer Satzung des Wohlfahrtsfonds, deren Beschlussfassung und deren Änderung der Zweidrittelmehrheit bei Anwesenheit von mindestens zwei Dritteln ihrer Mitglieder bedarf,
2. die Erlassung einer Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung,
3. die Festlegung der Anzahl der weiteren Mitglieder des Verwaltungsausschusses sowie
4. die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds.

§ 9
Aufgaben des Verwaltungsausschusses

(1) Zu den Obliegenheiten des Verwaltungsausschusses gehören insbesondere:
1. Die Entscheidung über
a) Ansuchen um Aufnahme als außerordentlicher Teilnehmer;
b) Ansuchen um Fortsetzung der Leistung von Beiträgen als außerordentlicher Teilnehmer;
c) Beschlussfassung über Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht und Ermäßigung oder Nachlass, sowie Stundung oder ratenweise Zahlung des Fondsbeitrages;

d) Leistungsansuchen;
e) die Veranlagung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds;
2. die Überwachung des Fortbestandes der Voraussetzungen für die gewährten Leistungen und Unterstützungen;
3. die Erstattung von Vorschlägen an die Erweiterte Vollversammlung zu den in § 8 bezeichneten Angelegenheiten.
(2) Die Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen in Form von Beschlüssen gefasst. Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. In dringenden Fällen können Beschlüsse des Verwaltungsausschusses auch durch schriftliche Abstimmung gefasst werden. Dazu sind alle Mitglieder anzuschreiben. Ein Beschluss kommt gültig zustande, wenn die Antwort von mindestens der Hälfte der Mitglieder des Verwaltungsausschuss bei der Ärztekammer eingelangt ist. Solche Beschlüsse werden mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst.

§ 10
- aufgehoben -

§ 11
Aufgaben des Überprüfungsausschusses

Dem Überprüfungsausschuss obliegt es, die Gebarung des Wohlfahrtsfonds an Hand der Bücher und Rechnungsbelege einmal jährlich zu überprüfen und darauf Bedacht zu nehmen, dass Ausgaben durch Beschlüsse der zuständigen Organe gedeckt sind. Der Überprüfungsausschuss ist berechtigt, in alle Bücher Einsicht zu nehmen. Er erstattet der Erweiterten Vollversammlung einen schriftlichen Bericht.

§ 12
Geschäftsführung

(1) Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen.
(2) Die administrativen Arbeiten des Wohlfahrtsfonds werden durch das Kammeramt besorgt.
(3) Über die Einnahmen und Ausgaben des Wohlfahrtsfonds ist unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der doppelten Buchführung gesondert Buch zu führen und zwar getrennt nach den einzelnen Fonds sowie Versorgungs- und Unterstützungsleistungen.
(4) Das Geschäftsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.
(5) Vom Wohlfahrtsfonds sind der Ärztekammer für Burgenland als Verwaltungskostenbeitrag 2,8 % der Gesamteinnahmen aller Fonds des zweitvorangegangenen Jahres per 1.1. zu entrichten (§ 97 Abs. 2 ÄrzteG).

§ 13
Vermögen

(1) Dem Wohlfahrtsfonds fließen neben den in der Beitragsordnung festgesetzten Fondsbeiträgen und Umlagen zu:
a) die Erträgnisse des Vermögens des Wohlfahrtsfonds;
b) Zuwendungen aus Erbschaften, Vermächtnissen, Stiftungen und anderen Fonds, ferner Widmungen, Spenden und sonstige Beträge.
(2) Die zur dauernden Anlage verfügbaren Vermögensbestände des Wohlfahrtsfonds sind fruchtbringend anzulegen.
(3) Die Veranlagung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds hat unter sinngemäßer Anwendung des § 25 Abs. 1 Z. 5 bis 8, Abs. 2 bis 4 und Abs. 6 bis 8 Pensionskassengesetz, BGBl. 281/1990, idF BGBl. I 134/2006, zu erfolgen. Wertpapierleihegeschäfte sind zulässig, soweit diese über Investmentfonds erfolgen. Gemäß § 25 Abs. 1 Z. 5 letzter Satz PKG sind Veranlagungen in Vermögenswerte, die nicht zum Handel an geregelten Märkten zugelassen sind, im Rahmen der gesetzlichen Restriktionen des PKG zulässig. Bei Veranlagungen über Investmentfonds gelten diesbezüglich die entsprechenden Bestimmungen des Investmentfondsgesetzes (InvFG).
(4) Der Verwaltungsausschuss kann sich bei der Erfüllung seiner Aufgaben sachverständiger externer Berater bedienen und diese als unabhängige Experten bei seinen die Vermögensveranlagung betreffenden Beratungen beiziehen.

II. TEILNEHMER

§ 14
Beitragspflicht

Jeder Kammerangehörige der Ärztekammer für Burgenland ist verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland zu leisten, wenn er im Bereich der Ärztekammer für Burgenland seine Berufstätigkeit erstmalig aufgenommen hat, solange diese Tätigkeit aufrecht ist. Übt der Kammerangehörige seinen Beruf auch im Bereich einer anderen Ärztekammer aus, bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland, solange die Tätigkeit im Burgenland aufrecht bleibt. Eine Unterbrechung der Tätigkeit für weniger als sechs Monate sowie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften, insbesondere auf Grund von Karenzierung und Dienstzuteilung, gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung. Nimmt ein Arzt seine Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet (§ 109 Abs. 1 ÄrzteG). Diese anspruchsberechtigten Kammerangehörigen werden im folgenden kurz als „Teilnehmer“ bezeichnet.

§ 15

Die in den § 68 Abs. 5 ÄrzteG sowie gemäß § 10 Abs. 2 ZÄKG bezeichneten a. o. Kammerangehörigen können sich über ihren Antrag zur Leistung von Beiträgen zum Wohlfahrtsfonds freiwillig verpflichten, um den Anspruch auf den Genuss der Leistungen dieses Fonds zu erwerben. § 14 letzter Satz findet auf sie sinngemäß Anwendung.

§ 16
Anmeldung

(1) Jeder Arzt hat anlässlich der Anmeldung gemäß § 68 Abs. 3 ÄrzteG als Kammerangehöriger das für den Wohlfahrtsfonds bestimmte Formblatt auszufüllen.
(2) Im Falle der Aufnahme als a. o. Teilnehmer nach § 110 Abs. 1 ÄrzteG ist in dem Aufnahmebescheid des Verwaltungsausschusses unter Bedachtnahme auf die von dem a. o. Teilnehmer angestrebten Fondsleistungen der nach der Beitragsordnung zu leistende Beitrag anzuführen.

§ 17
Ermäßigung des Fondsbeitrages

(1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit der Fondsbeitrag ermäßigt oder in Härtefällen nachgelassen werden.
(2) Auf Antrag kann eine Ermäßigung oder der Nachlass des Fondsbeitrages insbesondere unter den nachstehenden Voraussetzungen gewährt werden:

a) Eine Ermäßigung der Beiträge zum Grund- und Ergänzungsfonds, wenn der Kammerangehörige infolge unverschuldeter wirtschaftlicher Notlage oder Bedürftigkeit nicht in der Lage ist, die vollen Beiträge zu zahlen oder die Leistungen der vollen Beiträge unzumutbar ist.
b) Ein Nachlass der Beiträge zum Grund- und Ergänzungsfonds sowie der Beiträge zum Unterstützungsfonds auf Antrag, wenn der Kammerangehörige wegen Krankheit, Mutterschutz, Karenz, Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienst berufsunfähig bzw. an der Ausübung des Berufes verhindert ist, nach folgender Maßgabe: Der Nachlass gilt für die Zeit der Verhinderung oder Berufsunfähigkeit, wobei bei Eintritt des Verhinderungsgrundes bis zum 15. eines Monates der Nachlass rückwirkend ab dem Monatsersten und bei Eintritt des Verhinderungsgrundes nach dem 15. eines Monates der Nachlass ab dem nächstfolgenden Monatsersten gewährt wird. Bei Wegfall des Verhinderungsgrundes gilt dies sinngemäß. Ein Nachlass kann nur für volle Monate gewährt werden. Wird während dieser Zeiten ein Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt, bemessen sich die Beiträge nach den §§ 3 Abs. 7 sowie § 6 Abs. 3 der Beitragsordnung.

(3) Hiebei ist gleichzeitig festzustellen, ob und in welchem Umfang die Leistungen dem ermäßigten oder nachgelassenen Beitrag im Einzelfall angepasst werden.
(4) Eine Ermäßigung der Beiträge zum Krankenunterstützungsfonds sowie der Umlage zum Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ist nicht zulässig.

§ 18
Befreiung von der Beitragspflicht

(1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, ist er auf Antrag nach Maßgabe des Antragsbegehrens und der folgenden Bestimmungen von der Verpflichtung nach § 14 zu befreien. Übt der Antragsteller keine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 ÄrzteG
aus, so erstreckt sich die Befreiung auf alle Wohlfahrtsfondsbeiträge. Übt der Antragsteller jedoch eine ärztliche Tätigkeit im Sinn des § 45 Abs. 2 ÄrzteG aus, bleibt jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundleistung sowie zur Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung und zu den Unterstützungsleistungen bestehen.
(2) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichartiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss auf Grund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 14 befreit.
(3) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen.
(4) Hinsichtlich der Krankenversicherung gelten die Bestimmungen der §§ 52a bis 52c.

§ 19
Ende der Beitragspflicht

(1) Die Beitragspflicht endet
(a) durch den Tod
(b) im Falle der Gewährung der Altersversorgung nach Maßgabe der Bestimmungen der Beitragsordnung.
(c) im Falle der Gewährung der Invaliditätsversorgung
(d) im Falle der Befreiung nach Maßgabe des § 18
(e) durch Streichung aus der Ärzteliste (§ 59 Abs. 3, § 68 Abs. 4 ÄrzteG)
(2) Eine zeitlich beschränkte oder vorläufige Untersagung der Berufsausübung (§§ 61 und 62 ÄrzteG) ist für die Beitragspflicht ohne rechtliche Bedeutung.
(3) Hinsichtlich der Krankenversicherung gelten die Bestimmungen der §§ 52a bis 52c.

§ 20
Verlegung des Berufssitzes

(1) Verlegt ein Teilnehmer seinen Berufssitz (Dienstort) dauernd in den Zuständigkeitsbereich einer anderen Ärztekammer, werden dieser Kammer folgende Beiträge überwiesen:
a) bei Gegenseitigkeit 100 % der zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland für die Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge. Bei Berechnung dieses Überweisungsbetrages bleiben die für bestimmte Zwecke in der Beitragsordnung festgesetzten Beiträge und Umlagen (z. B. Umlage zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung gemäß § 5 Beitragsordnung, Umlage zum Unterstützungsfonds gemäß § 6 Beitragsordnung) außer Betracht. Ist die Höhe der innerhalb des in Frage kommenden Zeitraumes entrichteten Fondsbeträge nicht bestimmbar, sind die auf diesen Zeitraum entfallenden Durchschnittsfondsbeiträge der Berechnung des Überweisungsbetrages zugrundezulegen.
b) bei Gegenseitigkeit 100 % der Summe der für die Zusatzleistung entrichteten Beiträge.
c) ohne Gegenseitigkeit 70% der Beiträge zum Grund- und Ergänzungsfonds. Geleistete Beiträge zum Zusatzfonds werden in diesem Falle dem aus dem Kammerbereich ausscheidenden Teilnehmer auf sein Ansuchen mit dem selben Prozentsatz rückerstattet.

(2) Während der Zeit der Ausbildung eines Teilnehmers zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen. In diesem Fall erhöht sich der Überweisungsbetrag auf mindestens 90 v.H.

§ 21
Streichung aus der Ärzteliste

(1) Bei gänzlicher Befreiung von der Beitragspflicht gemäß § 19 Abs. 1 lit. d und bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste gemäß § 59 Abs. 3 ÄrzteG gebührt ihm der Rückersatz in sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen in der Höhe von 50 vH für Beiträge nach § 20 Abs. 1 lit. a und

in der Höhe von 70 vH für Beiträge nach § 20 Abs. 1 lit. b. Zu den Fondsbeiträgen zählen in diesem Falle auch empfangene Überweisungsbeiträge im Sinne des § 20.
(2) Eine Rückerstattung von Fondsbeiträgen im Sinne des Abs. 1 entfällt, wenn der Teilnehmer die Fortsetzung der Teilnahme als a. o. Kammer-angehöriger (§ 68 Abs. 5 ÄrzteG) beantragt.
(3) Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Ziffer 3 oder 6 ÄrzteG, gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von drei Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.
(4) Wird ein Kammerangehöriger, dem gem. Abs. 1 Beiträge rückerstattet wurden, wieder Teilnehmer im Fonds, wird für jene Zeiten, für die der Rückersatz der Beiträge erfolgt ist, jene Anwartschaft gemäß § 32 Abs. 2 erworben, die dem Verhältnis der im Fonds verbliebenen Beiträge zu den rückerstatteten Beiträgen entspricht
(5) Ein Rückersatz von Beiträgen ist nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

§ 22
Allgemeine Pflichten der Teilnehmer

Die Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds sind verpflichtet:
a) alle den Wohlfahrtsfonds betreffenden Anfragen unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten und alle bedeutsamen Veränderungen im Familienstand, in der Berufstätigkeit und in der Berufsfähigkeit umgehend mitzuteilen;
b) sich den vom Verwaltungsausschuss angeordneten ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

§ 23
Veränderungsanzeigen

(1) Die Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds haben die Kammer von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand (Geburt, Verehelichung, Scheidung, Todesfall usw.), in der Berufstätigkeit und der Berufsfähigkeit unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente im Original, in Fotokopie oder in beglaubigter Abschrift binnen 4 Wochen nach Eintritt der Änderung schriftlich in Kenntnis zu setzen. Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen haftet der Säumige.
(2) Empfänger von wiederkehrenden Leistungen gemäß § 107 ÄrzteG haben jede Änderung über Einkommens- und Vermögensverhältnisse binnen 4 Wochen anzuzeigen.
(3) Im Falle einer Verletzung der Vorschrift nach Abs. 2 können die zu Unrecht bezogenen Leistungen zur Rückzahlung vorgeschrieben werden.

III. AUFBRINGUNG DER MITTEL

§ 24
Fondsbeitrag

(1) Gemäß § 80 b Ziffer 2 ÄrzteG setzt die Erweiterte Vollversammlung unter Bedachtnahme auf § 108 a ÄrzteG alljährlich den Beitrag (Umlagen) zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland in einer Beitragsordnung fest.
(2) Bei der Festsetzung der Beiträge und Umlagen im Sinne des Abs. 1 ist auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sowie auf die Art der Berufsausübung des Teilnehmers Bedacht zu nehmen.
(3) Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds darf 18 vH der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit nicht übersteigen.
(4) - entfällt
(5) Für Kammerangehörige, die den ärztlichen Beruf ausschließlich in einem Dienstverhältnis ausüben, dient als Bemessungsgrundlage jedenfalls der monatliche Bruttogrundgehalt. Zu diesem gehören nicht die Zulagen und Zuschläge im Sinne des § 68 EStG 1988 und die sonstigen Bezüge nach § 67 EStG 1988.

IV. LEISTUNGSRECHT

A) Versorgungsleistungen

§ 25
Arten der Leistungen

(1) Als Versorgungsleistungen werden gewährt:
a) Altersversorgung,
b) Invaliditätsversorgung,
c) Kinderunterstützung,
d) Witwen- und Witwerversorgung,
e) Waisenversorgung
f) Bestattungsbeihilfe und
g) Hinterbliebenenunterstützung.
(2) Die im Abs. 1 unter lit. a und b angeführten Versorgungsleistungen bestehen aus:
a) der Grundleistung,
b) der Ergänzungsleistung und
c) der Zusatzleistung nach Maßgabe der geleisteten Beiträge.
(3) Erreichen im Einzelfalle die Beiträge nicht das zur finanziellen Sicherstellung der vorgesehenen Leistungen erforderliche Ausmaß, sind die Leistungen dem tatsächlich entrichteten Beitrag anzupassen Dies gilt auch für die Grundleistung.
(4) Die Leistungen gem. Abs. 1 und 2 werden kaufmännisch auf 10 Cent gerundet.
(5) Die im Abs. 1 lit. a) bis e) angeführten Leistungen sind auch ehemaligen Kammerangehörigen und Hinterbliebenen von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind, zu gewähren.
(6) Erreichen die Leistungen gemäß Abs. 1 lit. a) bis e) weniger als ein Zehntel der in § 26 angeführten Grundleistung, kann den Anspruchsberechtigten anstatt von monatlichen Leistungen eine einmalige, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnete, Kapitalabfindung gewährt werden.
(7) Unter Berücksichtigung des Beitragsaufkommens können auch zusätzliche, einmalige Versorgungsleistungen gewährt werden.

§ 26
Grundleistung

Die Grundleistung beträgt im Falle des Alters und der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit entsprechend der anrechenbaren Beitragsdauer und Beitragshöhe EUR 907,60 monatlich.

§ 27
Ergänzungsleistung

Zu der Grundleistung nach § 26 wird im Falle des Alters und der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit entsprechend der anrechenbaren Beitragsdauer und der Beitragshöhe eine Ergänzungsleistung bis EUR 591,40 monatlich gewährt.

§ 28
Zusatzleistung

(1) Die Zusatzleistung wird im Falle des Alters bei Inanspruchnahme ab Vollendung des 65. Lebensjahres oder
der dauernden Berufsunfähigkeit in dem der Beitragsleistung entsprechenden Ausmaß, höchstens jedoch EUR 552,30 pro Monat, gewährt. Die Zusatzleistung kann im Falle des Alters bei Inanspruchnahme mit Vollendung des 60. Lebensjahres in dem der Beitragsleistung und der Beitragsdauer entsprechenden Ausmaß nach der vom Versicherungsmathematiker errechneten Tabelle (siehe Anlage 1) gewährt werden.
(2) Teilnehmer an der Zusatzversorgung mit einem Beitrittsalter von über 60 Jahren haben die festgesetzten Beiträge bis zu ihrem Ableben, längstens jedoch bis zum Anfall der Altersrente nach 5 Jahren Beitragsleistung, zu entrichten, andernfalls sind die Leistungen den tatsächlich geleisteten Beiträgen (§ 98 Abs. 4 ÄrzteG) anzupassen.

(3) Auf Ansuchen kann dem Teilnehmer anstatt der vorgesehenen Rente mit Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bei Eintritt nach dem 60. Lebensjahr nach 5 Jahren Teilnahme eine Abfertigung gewährt werden. Die Höhe der Abfertigung richtet sich nach der vom Versicherungsmathematiker errechneten Tabelle (siehe Anlage 2).

§ 29
Leistungsgewährung

(1) Die Grundleistung und Ergänzungsleistung der Versorgungsleistungen im Sinne des § 25 Abs. 1 lit. a - e werden 14 mal jährlich gewährt.
(2) Die Zusatzleistung der Versorgungsleistungen im Sinne des § 25 Abs. 1 lit. a - e wird 14 mal jährlich gewährt.

§ 30
Wertsicherung

Die Leistungen gemäß § 25 Abs. 1 lit. a bis e des Grund- und Ergänzungsfonds sind unter Bedachtnahme auf die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds sowie des dauernden Bestandes des Wohlfahrtsfonds und seiner Leistungsfähigkeit in ihrem Wert durch einen von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzten Anpassungsfaktor gesichert.

§ 31
Altersversorgung

(1) Die Altersversorgung wird auf Antrag Teilnehmern gewährt, die das 60. Lebensjahr vollendet und
a) ihre Tätigkeit als Vertragsarzt aller Kassen oder als Gesellschafter einer Gruppenpraxis mit einem Sozialversicherungsträger und sämtliche Dienstverhältnisse oder
b) Teilnehmer ohne Kassenverträge und ohne Dienstverhältnisse, die ihren Hauptberuf eingestellt haben und
c) sofern alle Vorschreibungen gedeckt sind und weder eine offene Ratenvereinbarung noch eine Beitragsstundung besteht.
(1a) Werden während des Bezuges der Altersversorgung vor Vollendung des 65. Lebensjahres ein (zahn-) ärztliches Dienstverhältnis oder eine (zahn-)ärztliche Tätigkeit auf Basis eines Vertrags mit einem Sozialversicherungsträger begonnen oder wird eine Beteiligung an einer Gruppenpraxis mit Vertrag mit einem Sozialversicherungsträger während des Bezuges der Altersversorgung begründet, ruht der Leistungsanspruch für die Dauer der Tätigkeit oder der Beteiligung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.
(1b) Die Altersversorgung wird auf Antrag Teilnehmern gewährt, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, sofern alle Vorschreibungen gedeckt sind und weder eine offene Ratenvereinbarung noch eine Beitragsstundung besteht.
(2) Die Altersversorgung aus dem Fonds der Zusatzversorgung wird jedenfalls ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.
(3) Selbstständige ärztliche und/oder zahnärztliche Tätigkeiten, die nicht von Abs. 1 umfasst sind, können auch während des Bezuges der Altersversorgung vor Vollendung des 65. Lebensjahres ausgeübt werden.
(4) Sofern die aus Tätigkeiten im Sinne des Abs. 3 resultierenden Jahreseinkünfte das 18fache der in §§ 26 und 27 definierten Grund- und Ergänzungsleistung nicht überschreiten, wird der zu gewährende Leistungsanspruch auf Altersversorgung nicht gekürzt. Überschreiten die aus Tätigkeiten im Sinne des Abs. 3 resultierenden Jahreseinkünfte das 18fache der in §§ 26 und 27 definierten Grund- und Ergänzungsleistung, erfolgt eine Kürzung der zu gewährenden Altersversorgung im Ausmaß von 50%; erst bei einem Überschreiten der aus Abs. 3 resultierenden Jahreseinkünfte ab dem 36fachen erfolgt eine Ruhendstellung der Altersversorgung. Wurde die Altersversorgung bereits während der Überschreitung bezogen, wird diese im jeweiligen Zweitfolgejahr gekürzt ausbezahlt; entsprechendes gilt für die Ruhendstellung der Altersversorgung bei Überschreitung der in Satz 2 festgelegten Überschreitungsgrenze. Die in diesem Absatz geregelte Zuverdienstgrenze kommt bei Beginn des Leistungsbezuges vor Erreichen des 65. Lebensjahres zur Anwendung.
(5) Die jährliche Zuverdienstgrenze für Tätigkeiten im Sinne des aus Abs. 3 resultierenden Jahreseinkünften für Leistungsbezieher, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, beträgt das 36-fache der in §§ 26 und 27 definierten Grund- und Ergänzungsleistung. Überschreiten die aus Tätigkeiten im Sinne des Abs. 3 resultierenden Jahreseinkünfte das 36fache der in §§ 26 und 27 definierten Grund- und Ergänzungsleistung, erfolgt eine Kürzung der zu gewährenden Altersversorgung im Ausmaß von 25%; erst bei einem Überschreiten der aus Abs. 3 resultierenden Jahreseinkünfte ab dem 54fachen erfolgt eine Kürzung der zu gewährenden Altersversorgung im Ausmaß von 50%. § 31 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend. Diese Regelung gilt für

Teilnehmer, denen eine Altersversorgung aus dem Grund- und Ergänzungsfonds nach dem 31.12.2012 und bis zum 31.03.2024 gewährt wurde.
(5a) Teilnehmer, denen eine Altersversorgung aus dem Grund- und Ergänzungsfonds nach dem 31.12.2012 und bis zum 31.03.2024 gewährt wurde, haben einmalig und endgültig die Möglichkeit, bis zum 31.03.2025 rückwirkend ab 01.01.2025 einen Antrag zu stellen, einen Solidarbeitrag gemäß § 3 Abs. 2a der Beitragsordnung zu leisten; im Gegenzug dafür entfällt die Verpflichtung zur Einhaltung der Zuverdienstgrenze gemäß § 31 Abs. 5 der Satzung des WFF.
(6) In die Jahreseinkünfte gemäß Abs. 4 und Abs. 5 werden in den Jahren 2020, 2021 und 2022 erzielte Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit zum Zwecke der Bewältigung der Coronavirus-Pandemie auf Antrag und bei Vorlage von Nachweisen nicht eingerechnet.

§ 32
Ausmaß der Altersversorgung

(1) Die Altersversorgung besteht aus:
a) Grundleistung
b) der Ergänzungsleistung und
c) der Zusatzleistung nach Maßgabe der geleisteten Beiträge.
(2) Für Beitragszeiten, für die der volle Pflichtbeitrag gem. § 3 Beitragsordnung entrichtet wird, erwirbt der Teilnehmer je Beitragsjahr bis zum 31.12.2008 eine Anwartschaft von 3%, von 1.1.2009 bis zum 31.12.2018 je Beitragsjahr eine Anwartschaft von 2,64% und ab 1.1.2019 je Beitragsjahr eine Anwartschaft von 2,52 % der Grund- und Ergänzungsleistung. Für Beitragszeiten unter einem Jahr wird der entsprechende Anteil zuerkannt, begonnene Monate zählen als volle Monate.
(2a) Die Entrichtung des Solidarbeitrages gemäß § 3 Abs. 2a der Beitragsordnung führt zu keiner Berücksichtigung bei der Anwartschaft; diese wird durch die Bezahlung des Solidarbeitrages nicht erhöht.
(3) Für Zeiten mit bescheidmäßig erfolgter Befreiung, Ermäßigung oder Nachlass von Beiträgen wird bis zum 31.12.2008 eine Anwartschaft auf die Grund- und Ergänzungsleistung mit jenem Anteil von 3 % erworben, der dem Verhältnis der entrichteten Beiträge zum vollen Pflichtbeitrag gem. § 3 Beitragsordnung entspricht und ab dem 1.1.2009 bis zum 31.12.2018 mit jenem Anteil von 2,64 %, der dem Verhältnis der entrichteten Beiträge zum vollen Pflichtbeitrag gem. § 3 Beitragsordnung entspricht. Ab dem 1.1.2019 wird für solche Zeiten eine Anwartschaft mit jenem Anteil von 2,52 % erworben, der dem Verhältnis der entrichteten Beiträge zum vollen Pflichtbeitrag gem. § 3 Beitragsordnung entspricht.
(4) Für Zeiten des Grundwehr-, des Zivil- oder Ausbildungsdienstes sowie für Mutterschutz- und Karenzzeiten wird bis zur gesetzlich vorgesehenen Höchstdauer für Zeiten ohne Beitragsleistung bis zum 31.12.2008 eine Anwartschaft von 0,125 %, von 1.1.2009 bis 31.12.2018 eine Anwartschaft von 0,11 % und ab 1.1.2019 eine Anwartschaft von 0,105 % der Grund- und Ergänzungsleistung je Monat zuerkannt. Dasselbe gilt, wenn gemäß § 3 Abs. 7 der Beitragsordnung eine Beitragspflicht von 6 % gegeben ist.
(4a) Bei Inanspruchnahme der Altersversorgung aus dem Grund- und Ergänzungsfonds vor Vollendung des 65. Lebensjahres erfolgt ein Abschlag pro Monat, das vor Vollendung des 65. Lebensjahres liegt. Die Höhe des Abschlags beträgt bei Versorgungsleistungen, die bis zum 31.12.2018 gewährt werden, 0,3 % pro Monat, für ab dem 1.7.2019 bis zum 31.12.2019 gewährte Versorgungsleistungen 0,37 % pro Monat sowie für ab dem 1.1.2020 gewährte Leistungen 0,44 % pro Monat. Der Abschlag ist auf Basis der individuellen Anwartschaft zu errechnen. Er darf höchstens 26,4 % betragen (18 % bei Versorgungsleistungen bis zum 30.6.2019 und 22,20 % bei Versorgungsleistungen von 1.7.2019 bis zum 31.12.2019).
(5) Über die volle Grund- und Ergänzungsleistung hinaus kann durch weitere Beitragszeiten bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres ein Anspruch auf einen Steigerungsbetrag erworben werden. Der Steigerungsbetrag wird im Ausmaß von 2 % der Grund- und Ergänzungsleistung je Beitragsjahr gewährt, höchstens jedoch kann ein Steigerungsbetrag von 10 % erworben werden. Diese Regelung gilt für Beitragszeiten bis zum 31.12.2009.
(5a) Für Beitragszeiten ab dem 1.1.2010 kann über die volle Grund- und Ergänzungsleistung hinaus durch weitere Beitragszeiten ein Anspruch auf einen Steigerungsbetrag von insgesamt höchstens 18% erworben werden. Dieser beträgt 2 % der Grund- und Ergänzungsleistung je Beitragsjahr bis zum Ausmaß von 10% und darüber hinaus 1% der Grund- und Ergänzungsleistung je Beitragsjahr bis zum Höchstausmaß von 18%. Der gemäß Abs. 5 bis zum 31.12.2009 erworbene Steigerungsbetrag ist darauf anrechnen.
(6) Beiträge, die von einem Teilnehmer in einer anderen Ärztekammer einbezahlt und gemäß § 115 Abs. 1 Ärztegesetz an die Ärztekammer für Burgenland überwiesen werden, sind der Grund- und Ergänzungsleistung unter Zugrundelegung des auf einen Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland entfallenden Durchschnittsbeitrages des letzten vollen Kalenderjahres vor dem Zeitpunkt des Einlangens der überwiesenen Beiträge bei der Ärztekammer für Burgenland zuzurechnen und mit der bei Einlangen der überwiesenen Beiträge gültigen Anwartschaft zu berechnen. Es wird höchstens die jeweilige jährlich zulässige Anwartschaft gemäß Abs. 2 und 3 zuerkannt. Die Anwartschaft ist insgesamt auch im Falle von Beitragsüberweisungen mit 118% (§ 5a) begrenzt.

(7) Teilnehmer, die nicht die volle Grund- und Ergänzungsleistung erreichen, können durch Beitragsnachzahlung die fehlenden Beitragszeiten nachkaufen. Je fehlendem Prozentpunkt Anwartschaft sind 39,68% des jeweiligen altersabhängigen Fixbeitrages im Jahr der Entrichtung zuzüglich des durchschnittlichen variablen Beitrages aller selbständig berufsberechtigten Ärzte, zu leisten, wobei Berechnungsgrundlage für den variablen Beitrag das Kalenderjahr vor Entrichtung des Nachkaufes ist.

§ 33
Invaliditätsversorgung

(1) Invaliditätsversorgung wird gewährt, wenn der Teilnehmer infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist.
(2) Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn diese nach begründeter medizinischer Voraussicht in absehbarer Zeit zu beheben ist. Der Leistungsfall der vorübergehenden Berufsunfähigkeit liegt jedenfalls nicht vor, wenn diese weniger als drei Monate dauert.
(3) Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt, zur Feststellung der Voraussetzungen nach Abs. 1 und 2 eine Untersuchung durch einen Vertrauensarzt anzuordnen.
(4) Besteht die Berufsunfähigkeit länger als der in § 46 Abs. 1 dieser Satzung festgesetzte Zeitraum, für den die Krankenunterstützung gewährt wird, ist auf Antrag die Altersversorgung oder die Invaliditätsversorgung zu gewähren. Diese Leistungen sind anstelle der Krankenunterstützung schon früher zu gewähren, wenn durch eine vertrauensärztliche Untersuchung festgestellt wird, dass eine dauernde Invalidität vorliegt oder die Voraussetzungen für die Gewährung der Altersversorgung erfüllt sind.

§ 34
Ausmaß der Invaliditätsversorgung

(1) Die Invaliditätsversorgung wegen dauernder oder vorübergehender Berufsunfähigkeit besteht aus
a) der Grundleistung,
b) der Ergänzungsleistung und
c) der Zusatzleistung nach Maßgabe der geleisteten Beiträge (ausgenommen für vorübergehende Berufsunfähigkeit).
(2) Zu den durch Beitragszeiten erworbenen Anwartschaften auf die Grund- und Ergänzungsleistungen wird im Falle der Invalidität des Teilnehmers ein Bonus nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen nur gewährt, wenn der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge zum Grund- und Ergänzungsfonds der Ärztekammer für Burgenland leistet.

(3) Der Bonus beträgt vor Vollendung des

27. Lebensjahres	100 %	44. Lebensjahres	49 %
28. Lebensjahres	97 %	45. Lebensjahres	46 %
29. Lebensjahres	94 %	46. Lebensjahres	43 %
30. Lebensjahres	91 %	47. Lebensjahres	40 %
31. Lebensjahres	88 %	48. Lebensjahres	37 %
32. Lebensjahres	85 %	49. Lebensjahres	34 %
33. Lebensjahres	82 %	50. Lebensjahres	31 %
34. Lebensjahres	79 %	51. Lebensjahres	28 %
35. Lebensjahres	76 %	52. Lebensjahres	25 %
36. Lebensjahres	73 %	53. Lebensjahres	22 %
37. Lebensjahres	70 %	54. Lebensjahres	19 %
38. Lebensjahres	67 %	55. Lebensjahres	16 %
39. Lebensjahres	64 %	56. Lebensjahres	13 %
40. Lebensjahres	61 %	57. Lebensjahres	10 %
41. Lebensjahres	58 %	58. Lebensjahres	7 %
42. Lebensjahres	55 %	59. Lebensjahres	4 %
43. Lebensjahres	52 %	60. Lebensjahres	1 %

(3a) Bei Eintritt der Invalidität vor Vollendung des 50. Lebensjahres beträgt der Bonus höchstens den auf die volle Grund- und Ergänzungsleistung fehlenden Prozentsatz (100%).
(3b) Die Invaliditätsversorgung gemäß Abs. 2 beträgt bei Eintritt der Invalidität nach Vollendung des
50. Lebensjahres höchstens 96% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
51. Lebensjahres höchstens 92% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
52. Lebensjahres höchstens 88% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
53. Lebensjahres höchstens 84% der Grund- und Ergänzungsleistung, des

54. Lebensjahres höchstens 80% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
55. Lebensjahres höchstens 76% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
56. Lebensjahres höchstens 72% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
57. Lebensjahres höchstens 68% der Grund- und Ergänzungsleistung, des
58. Lebensjahres höchstens 64% der Grund- und Ergänzungsleistung und des
59. Lebensjahres höchstens 60% der Grund- und Ergänzungsleistung.

(4) Für unmittelbar vor der Zuerkennung der Invaliditätsversorgung liegende Zeiten, für die der Teilnehmer infolge Berufsunfähigkeit wegen Erkrankung bzw. vorübergehender Invalidität von der Beitragsleistung befreit war, wird je vollem Monat der Berufsunfähigkeit eine Anwartschaft von 0,21 % der Grund- und Ergänzungsleistung zuerkannt, höchstens jedoch den auf die volle Grund- und Ergänzungsleistung fehlenden Prozentsatz.

§ 35
Kinderunterstützung

(1) Dem Kind eines Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist bis zur Erlangung der Volljährigkeit eine Kinderunterstützung zu gewähren.

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

a) das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet;

b) wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen erwerbsunfähig ist, wenn dieser Zustand seit Erlangung der Volljährigkeit oder im unmittelbaren Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung besteht, solange dieser Zustand andauert.

(3) Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht

a) für Volljährige, die selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 des EStG 1988 - ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis - beziehen, sofern diese den im § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376/1967 idgF., jeweils festgesetzten monatlichen Betrag übersteigen;

b) bei Verehelichung oder Begründung einer eingetragenen Partnerschaft

(4) Während der Ableistung des Grundwehr-, des Zivil- oder Ausbildungsdienstes vor Vollendung des 27. Lebensjahres wird die Kinderunterstützung weitergewährt.

(5) Die Kinderunterstützung beträgt 25 vH der Grundleistung.

(6) Als Kinder im Sinne des Abs. 1 gelten

a) eheliche Kinder,

b) uneheliche Kinder, sofern deren Vaterschaft anerkannt oder durch ein gerichtliches Urteil festgestellt wurde,

c) Wahlkinder sowie

d) Stiefkinder

bis zur Erlangung der Volljährigkeit, sofern sie vom Empfänger der Alters- oder Invaliditätsversorgung überwiegend erhalten werden müssen. Stiefkinder gelten überdies nur dann als Kinder, wenn sie mit dem Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ständig im Haushalt leben.

(7) Die Zusatzleistung zur Kinderunterstützung gebührt nur dann, wenn die dafür vorgesehenen Beitragsanteile entrichtet wurden. Sie beträgt 25 vH der Zusatzleistung zur Alters- oder Invaliditätsversorgung, auf die der Teilnehmer Anspruch hat.

(8) Kindern von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung, deren Eltern beide eine Leistung aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland beziehen, wird die Kinderunterstützung nur einmal gewährt.

§ 36
Witwen-(Witwer)versorgung

(1) Nach dem Tode eines Teilnehmers ist seiner Witwe (seinem Witwer), bzw. dem überlebenden eingetragenen Partner iSd. EPG, BGBl. I 135/2009 idgF., die (der) mit ihm (ihr) im Zeitpunkt des Todes in aufrechter Ehe bzw. Partnerschaft gelebt hat, die Witwen-(Witwer)versorgung zu gewähren.

(2) Die Witwen-(Witwer)versorgung wird nicht gewährt, wenn die Ehe oder eingetragene Partnerschaft erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Teilnehmers oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung geschlossen und zum Zeitpunkt des Todes des Teilnehmers oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als drei Jahre lang bestanden hat. Dies gilt nicht, wenn der Tod des Ehegatten oder eingetragenen Partners durch Unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist, aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist oder hervorgeht, durch die Eheschließung ein Kind legitimiert worden ist, oder im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten dem Haushalt der Witwe ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenversorgung hat.

§ 37

Witwen-(Witwer)versorgung gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach § 36 Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem überlebenden Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte. Hat der frühere Ehegatte oder eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer)versorgung längstens bis zum Ablauf der Frist. Die Witwen- (Witwer)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte oder eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn,

1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGBl. 1938 I S 807, oder das auf Aufhebung der eingetragenen Partnerschaft lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 18 Abs. 3 EPG, und
2. die Ehe oder eingetragene Partnerschaft hat mindestens 15 Jahre gedauert und
3. der frühere Ehegatte oder eingetragene Partner hat im Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungs- oder Auflösungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet.

   Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn

   a) der frühere Ehegatte oder eingetragene Partner seit dem Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungs- oder Auflösungsurteils erwerbsunfähig ist oder

   b) aus der geschiedenen Ehe ein Kind hervorgegangen oder durch diese Ehe ein Kind legitimiert worden ist oder die Ehegatten ein gemeinsames Wahlkind angenommen haben und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

§ 38

Ausmaß der Witwen-(Witwer)versorgung

(1) Die Witwen-(Witwer)versorgung beträgt
a) bei Zuerkennung bis zum 31.12.2011 65 vH,
b) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2012 bis zum 31.12.2012 64 vH,
c) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2013 bis zum 31.12.2013 63 vH,
d) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2014 bis zum 31.12.2014 62 vH,
e) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2015 bis zum 31.12.2015 61 vH und
f) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2016 60 vH
der Grund- und Ergänzungsleistung der Altersversorgung gem. § 31 oder der Invaliditätsversorgung gem. § 33, die dem Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes gebührt hat oder gebührt hätte.
(2) Die Zusatzleistung zur Witwen-(Witwer)versorgung gebührt nur dann, wenn die dafür vorgesehenen Beitragsanteile entrichtet wurden. Sie beträgt
a) bei Zuerkennung bis zum 31.12.2011 65 vH,
b) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2012 bis zum 31.12.2012 64 vH,
c) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2013 bis zum 31.12.2013 63 vH,
d) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2014 bis zum 31.12.2014 62 vH,
e) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2015 bis zum 31.12.2015 61 vH und
f) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2016 60 vH
der Zusatzleistung zur Alters- oder Invaliditätsversorgung, die der Teilnehmer im Zeitpunkt seines Ablebens erhalten hat oder erhalten hätte.
(3) Die Witwen-(Witwer)versorgung und die Versorgung des früheren Ehegatten oder eingetragenen Partners dürfen zusammen
a) bei Zuerkennung bis zum 31.12.2011 100 vH,
b) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2012 bis zum 31.12.2012 98 vH,
c) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2013 bis zum 31.12.2013 96 vH,
d) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2014 bis zum 31.12.2014 94 vH,
e) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2015 bis zum 31.12.2015 92 vH und
f) bei Zuerkennung ab dem 1.1.2016 90 vH
des Betrages nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige Anspruch gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten oder eingetragenen Partners ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen-(Witwer)versorgung mehrerer früherer Ehegatten oder eingetragener Partner ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten oder eingetragenen Partners so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) hinterlassen hätte.

§ 39
Erlöschen der Witwen-(Witwer)versorgung

Der Anspruch auf Witwen-(Witwer)versorgung erlischt im Falle der Wiederverehelichung oder durch das Begründen einer eingetragenen Partnerschaft des Bezugsberechtigten.

§ 40
Waisenversorgung

(1) Dem Kind eines verstorbenen Teilnehmers oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung wird bei Zutreffen der Voraussetzungen des § 35 eine Waisenversorgung gewährt.
(2) Die Waisenversorgung beträgt für jede Halbwaise 25 vH und für jede Vollwaise 50 vH der Alters- oder Invaliditätsversorgung wegen Berufsunfähigkeit, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte, jedenfalls aber gebührt eine Waisenversorgung in Höhe der Kinderunterstützung gemäß § 35 Abs. 5.
(3) Die Zusatzleistung zur Waisenversorgung gebührt nur dann, wenn die dafür vorgesehenen Beitragsanteile entrichtet wurden. Sie beträgt 25 vH der Zusatzleistung zur Alters- oder Invaliditätsversorgung, die der Teilnehmer im Zeitpunkt seines Ablebens erhalten hat oder erhalten hätte.

§ 41
- aufgehoben -

§ 42
Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

(1) Beim Tod eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen eine Bestattungsbeihilfe sowie eine Hinterbliebenenunterstützung zu gewähren. Die Bestattungsbeihilfe dient der Abdeckung der mit der Bestattung verbundenen Kosten. Die Hinterbliebenenunterstützung ist Teil der Hinterbliebenenversorgung und dient den Hinterbliebenen als einmalige finanzielle Sofortversorgung.
(2) Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe beträgt EUR 2.000,00.
(2a) Das Ausmaß der Hinterbliebenenunterstützung beträgt bei Todesfällen vor Vollendung des 65. Lebensjahres EUR 27.070,00, ansonsten bei Todesfällen ab 1.7.2016 EUR 25.000,00 sowie ab 1.1.2018 EUR 23.000,00. Die Hinterbliebenenunterstützung wird in voller Höhe gewährt, wenn der Teilnehmer oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung vor Vollendung des 50. Lebensjahres in einen Wohlfahrtsfonds einer Ärztekammer im Bundesgebiet erstmalig eingetreten ist und gleichzeitig Umlagen oder Beiträge zum Fonds der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet hat. Bei einem erstmaligen Eintritt in einen Wohlfahrtsfonds einer Ärztekammer im Bundesgebiet nach Vollendung des 50. und vor Vollendung des 53. Lebensjahres werden 80%, nach Vollendung des 53. und vor Vollendung des 56. Lebensjahres 60%, nach Vollendung des 56. und vor Vollendung des 59. Lebensjahres 40%, nach Vollendung des 59. und vor Vollendung des 62. Lebensjahres 20%, nach Vollendung des 62. und vor Vollendung des 65. Lebensjahres 10% der Hinterbliebenenunterstützung gewährt. Bei einem erstmaligen Eintritt nach Vollendung des 65. Lebensjahres wird die Hinterbliebenenunterstützung nicht gewährt.
(3) Die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung gebührten nacheinander:
a) dem durch eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene und beim Wohlfahrtsfonds hinterlegte Erklärung des Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung namhaft gemachten Zahlungsempfänger,
b) der Witwe (dem Witwer) oder dem überlebenden eingetragenen Partner unter den im § 36 Abs. 1 festgesetzten Voraussetzungen,
c) den Waisen,
d) sonstigen gesetzlichen Erben.
(4) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gem. Abs. 3 lit. c oder d vorhanden, sind diesen die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.
(5) Sind anspruchsberechtigte Empfänger gemäß Abs. 3 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der Bestattungsbeihilfe.

B) Unterstützungsleistungen

§ 43
Krankenunterstützung

(1) Teilnehmern, die durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen Beruf auszuüben, wird eine Krankenunterstützung, die sich nach der Dauer der Krankheit richtet, gewährt.
(2) Krankenunterstützung wird sowohl für den Fall einer häuslichen ärztlichen Behandlung als auch einer stationären Krankenhausbehandlung gewährt.
(3) Ab dem Zeitpunkt der Gewährung der Altersversorgung oder der Invaliditätsversorgung aus dem Grund- und Ergänzungsfonds wird keine Krankenunterstützung gewährt (§ 19 Abs. 1. lit. b und lit. c)

§ 44

(1) Bei weiblichen Teilnehmern, die den ärztlichen Beruf nicht in einem Anstellungsverhältnis ausüben, ist die Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes (BGBl. Nr. 221/1979) bis zur Höchstdauer von 20 Wochen einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 43 gleichzuhalten.
(2) Darüber hinaus wird bei einem Beschäftigungsverbot gemäß §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes (BGBl. Nr. 221/1979 idgF.) eine Unterstützungsleistung nur bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gewährt.

§ 45

Im Falle eines Aufenthaltes in einem Rehabilitationszentrum im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung wird die Krankenunterstützung für stationäre Krankenhauspflege gewährt.

§ 46
Dauer der Gewährung

(1) Die Krankenunterstützung wird für die Dauer der Berufsunfähigkeit, höchstens jedoch für den Zeitraum von 52 Wochen,
a) für den gleichen Krankheitsfall,
b) innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren, berechnet.
(2) Falls die Berufsunfähigkeit weniger als vier Wochen dauert, wird die Krankenunterstützung im Falle der Hausbehandlung frühestens ab dem 4. Krankheitstag berechnet; bei längerer Krankheitsdauer sowie bei stationärer Krankenhausbehandlung hat die Berechnung der Krankenunterstützung für den ab dem ersten Krankheitstag festgestellten Zeitraum zu erfolgen.

§ 47
Ausmaß der Krankenunterstützung

(1) Die Krankenunterstützung nach § 43 Abs. 2 wird auf Grund der Gesamtzahl der unterstützungsfähigen Krankheitstage berechnet.
(2) Der Tagsatz für die Berechnung der Krankenunterstützung gem. Abs. 1 beträgt für alle Teilnehmer

für den 1. bzw. 4. bis 28. Tag	EUR 32,00 und
ab dem 29. Tag	EUR 57,00.

§ 48

(1) Die Abrechnung der Krankenunterstützung erfolgt im Nachhinein nach Wiederaufnahme der ärztlichen Berufstätigkeit oder nach Entlassung aus der stationären Spitalspflege.
(2) Dauert die Berufsunfähigkeit oder die stationäre Krankenhauspflege länger als zwei Monate, können auf Ansuchen jeweils entsprechende, der endgültigen Abrechnung nach Abs. 1 anzurechnende Vorauszahlungen, geleistet werden.

§ 49

Die mit der Krankheit oder dem Unfall verbundenen, dem Empfänger der Krankenunterstützung zustehenden Regressansprüche gegen dritte Personen, sind in dem Ansuchen um Krankenunterstützung dem Verwaltungsausschuss mitzuteilen.

§ 50
Sonstige Krankheitskosten

Mit der Erkrankung eines Kammerangehörigen verbundene sonstige Kosten, und zwar der notwendigen ärztlichen Behandlung und Geburtshilfe, der Heilmittel und Heilbehelfe, des Krankenhaustransportes sowie eines Kuraufenthaltes, werden unter Beachtung der §§ 52a bis 52c nicht ersetzt.

§ 51
Notstandsleistungen

(1) Einmalige oder wiederkehrende Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds können gewährt werden:
(a) Kammerangehörigen sowie ehemaligen Kammerangehörigen,
(b) Leistungsempfängern,
(c) Hinterbliebenen der in lit. a genannten Ärzte, sofern sie mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben,
(d) geschiedenen Ehepartnern oder eingetragenen Partnern, denen nach den Bestimmungen dieser Satzung mangels Vorliegens der erforderlichen Voraussetzungen eine Witwenversorgung nicht gewährt werden konnte, sofern die Ehe oder eingetragene Partnerschaft nicht aus ihrem alleinigen Verschulden geschieden worden ist.
(2) Die Gewährung einer Notstandsleistung nach Abs. 1 setzt das Vorliegen eines wirtschaftlich bedingten Notstandes voraus.

§ 52

(1) Wiederkehrende Leistungen dürfen nicht höher sein als die nach dieser Satzung zustehenden Versorgungsleistungen.
(2) Einmalige Leistungen sind nach der Lage des Einzelfalles vom Verwaltungsausschuss festzusetzen.

§ 52a
Krankenversicherung

(1) Die Ärztekammer für Burgenland (Wohlfahrtsfonds) schließt zur Versorgung der Kammerangehörigen und deren Angehörigen für den Fall der Krankheit eine Vereinbarung (Gruppenkrankenversicherung) mit einem privaten Versicherungsunternehmen ab (§ 106 Abs. 4 ÄrzteG).
(2) Beitragspflicht zur Krankenversicherung besteht nach Maßgabe der Bestimmungen des § 52b grundsätzlich für alle Teilnehmer, die den ärztlichen Beruf nicht (auch) im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausüben.

§ 52b
Sonderregelungen in der Krankenversicherung

(1) Gemäß § 52a Abs. 2 in der Krankenversicherung grundsätzlich beitragspflichtige Ärzte (ausschließlich freiberuflich tätige Ärzte und Wohnsitzärzte), deren Beitrag zur Krankenversicherung 18 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit übersteigt und die nicht Bezieher einer Altersversorgung des Wohlfahrtsfonds sind, werden über Antrag von der Krankenversicherung ausgenommen. Die Ausnahme von der Krankenversicherung, die längstens für ein Kalenderjahr möglich ist, gilt ab dem Zeitpunkt (Monat) der Antragstellung. Ein Leistungsbezug im Kalenderjahr schließt eine Ausnahme von der Krankenversicherung für dieses Kalenderjahr aus.
(2) Gemäß § 52a Abs. 2 in der Krankenversicherung grundsätzlich beitragspflichtige Ärzte sowie deren Angehörige (Ehegatten, eingetragene Partner, Kinder), die zum Zeitpunkt des Entstehens der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds Beiträge zu einer inländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. Österreichische Gesundheitskasse, Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen,…) zahlen, oder die nach dem Zeitpunkt des Entstehens der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds eine Pflichtversicherung in der sozialen Krankenversicherung begründen, können sich über Antrag des Kammerangehörigen von der Krankenversicherung zum Wohlfahrtsfonds befreien lassen, solange sie in der jeweiligen Krankenversicherung versichert sind..

(3) Staatsangehörige des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die auf Grund ihrer ärztlichen Tätigkeit im Europäischen Wirtschaftsraum (ausgenommen Österreich) oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einer Krankenversicherung, deren Leistungen jenen der Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds annähernd gleichwertig sind, versichert sind, können sich über Antrag von der Krankenversicherung zum Wohlfahrtsfonds befreien lassen, solange sie in der jeweiligen Krankenversicherung versichert sind.
(4) Eine Befreiung von der Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Kammerangehörige für seine Angehörigen (Ehegatten, eingetragene Partner, Kinder) nicht eine Krankenversicherung gemäß Abs. 2 nachweist.
(5) Ein von der Krankenversicherung befreites Mitglied hat jede Änderung seines Krankenversicherungsstatus und desjenigen seiner Angehörigen (Ehegatten, eingetragene Partner, Kinder) unverzüglich der Ärztekammer für Burgenland (Wohlfahrtsfonds) zu melden.
(6) Die Verletzung der Meldepflicht enthebt für die Dauer derselben die Ärztekammer für Burgenland (Wohlfahrtsfonds) von jeglicher Leistungsverpflichtung.
(7) Die Ärztekammer für Burgenland (Wohlfahrtsfonds) ist jederzeit berechtigt, von jedem nicht krankenversicherten Kammerangehörigen alle Nachweise einzufordern, die den Tatbestand der Nichtversicherung gemäß Abs. 1 oder 2 begründen. Erbringt der Kammerangehörige trotz Setzen einer Nachfrist keinen Nachweis, so ist er nach Ablauf der Nachfrist zur Krankenversicherung beitragspflichtig.
(8) Die Bestimmungen der Abs. 2 bis 7 gelten sinngemäß für die nachstehenden Personen, wenn diese zum Zeitpunkt des betreffenden Versorgungsbezuges (Altersversorgung etc.) in der Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds beitragspflichtig waren:
a) Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung einschließlich der Ehegatten oder Kinder.
b) Bezieher einer Witwen- oder Witwerversorgung einschließlich deren Kinder, denen eine Waisenversorgung gewährt wird, bzw. Bezieher einer solchen.
(9) Für den Fall der Ausnahme oder Befreiung von der Krankenversicherung gem. Abs. 1 oder 2 ist die Gewährung von Leistungen ausgeschlossen.
(10) Die Beiträge zur Krankenversicherung sowie deren Einhebung sind in der Beitragsordnung festzulegen.

§ 52c
Leistungen der Krankenversicherung

Der Versicherungsschutz umfasst
1. die Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus sowie
2. die Kosten einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gegen Vorlage einer saldierten Rechnung jeweils gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustaggeldversicherung (AVB 1995 / in der geltenden Fassung) der Merkur AG sowie der besonderen Versicherungsbedingungen des Tarifes "BAEK".

V. VERFAHRENSVORSCHRIFTEN

§ 53
Ansuchen um Leistungen

Ansuchen um Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds sind schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise im Original, in Fotokopie oder in beglaubigter Abschrift einzubringen.

§ 54

(1) Wiederkehrende Leistungen werden bei Erfüllung der Voraussetzungen ab dem Tage der Einreichung des Ansuchens nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn dieser Zeitpunkt auf den Monatsersten fällt, ab diesem Tage zuerkannt.
(2) Sind jedoch im Zeitpunkt des Einlangens des Ansuchens die für die beanspruchten Versorgungsleistungen erforderlichen Voraussetzungen noch nicht erfüllt, ist die Leistung, sofern das Ansuchen nicht abgelehnt wird, ab dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen folgenden Monatsersten zu gewähren.
(3) – aufgehoben -
(4) Einmalige Leistungen, ausgenommen die Krankenunterstützung, sowie wiederkehrende Unterstützungen werden nach Rechtskraft des stattgegebenen Beschlusses des Verwaltungsausschusses ausgezahlt.
(5) Die Auszahlung der Leistungen im Sinne des Abs. 4 hat längstens binnen vier Wochen nach ihrer rechtskräftigen Zuerkennung zu erfolgen.

§ 55

(1) Ansuchen um Krankenunterstützung sind mündlich, schriftlich oder elektronisch binnen drei Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit infolge Erkrankung oder Unfallfolgen oder wegen stationärer Behandlung in einer Krankenanstalt einzubringen.
(2) Dem Ansuchen ist im Falle der Hauspflege ein ärztliches Zeugnis mittels des von der Ärztekammer aufgelegten Formulares, bei stationärer Spitalsbehandlung eine Spitalsbestätigung, anzuschließen.
(3) Wird das Ansuchen im Falle der Hauspflege nach der im Abs. 1 festgesetzten Frist ohne entsprechende Begründung der Verspätung eingebracht, wird die Krankenunterstützung erst ab dem Tag des Einlangens beim Verwaltungsausschuss berechnet.
(4) Bei Hauspflege ist der Verwaltungsausschuss berechtigt, den Zustand des Erkrankten fallweise durch einen Vertrauensarzt (§ 32 Abs. 3) überprüfen zu lassen.

§ 56

Der Verwaltungsausschuss hat den Leistungswerber von der Höhe, Dauer und Auszahlungsart der ihm gewährten Leistung oder von der Ablehnung seines Ansuchens schriftlich mittels Bescheides zu verständigen. Der Verwaltungsausschuss hat vor der Entscheidung die notwendigen Erhebungen zu pflegen und erforderlichenfalls auch die Untersuchung des Antragstellers durch Vertrauensärzte zu veranlassen. Die Kosten einer solchen Untersuchung trägt der Wohlfahrtsfonds.

§ 57

(1) Ist ein Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds bei Eintritt des Leistungsfalles für mehr als ein Jahr mit der Zahlung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds trotz zweimaliger nachgewiesener Mahnung in Verzug, sind Leistungen an den Teilnehmer oder seine Hinterbliebenen entsprechend zu kürzen. Im Falle des Verzuges der Zahlungen für weniger als ein Jahr ist der aushaftende Teil auf die anfallenden Leistungen anzurechnen.
(2) Für zu Unrecht bezogene Leistungen haftet der Empfänger oder seine Verlassenschaft.

§ 58
Pflichten der Leistungsempfänger

(1) Die Empfänger von laufenden Leistungen sind verpflichtet, dem Verwaltungsausschuss über Verlangen den Nachweis über den Fortbestand der Voraussetzungen für die Leistungen zu erbringen. Die Wiedererlangung der Berufstätigkeit und die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ist auch ohne besondere Aufforderung dem Verwaltungsausschuss unverzüglich anzuzeigen. § 23 Abs. 1 letzter Satz gilt sinngemäß.
(2) Leistungsempfänger haben den im Zuerkennungsbescheid festgesetzten oder ihnen sonst vom Verwaltungsausschuss auferlegten Bedingungen wegen des Nachweises über den Fortbestand der Voraussetzungen für die Leistungen nachzukommen.

§ 59

(1) Wiederkehrende Versorgungsleistungen werden mit dem Anspruchsbeginn und weiterhin allmonatlich im Vorhinein ausbezahlt.
(2) Zu den Leistungen aus dem Grund- und Ergänzungsfonds und dem Zusatzfonds, die in den Monaten Mai bzw. Oktober bezogen werden, gebührt je eine Sonderzahlung. Der 13. Bezug wird im Juni, der 14. Bezug im Dezember ausbezahlt.

§ 60

Wenn sich nachträglich ergibt, dass eine Leistung infolge eines wesentlichen Irrtums über die tatsächlichen Verhältnisse oder eines offenkundigen Versehens gewährt wurde, sind die weiteren Leistungen einzustellen. Der Empfänger hat das Empfangene zu ersetzen, wenn er den Bezug durch bewusst unwahre Behauptungen oder durch Verschweigen maßgebender Tatsachen herbeigeführt hat.

§ 61
Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung

(1) Leistungen können, soweit dies gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, ausgenommen die Besicherung von Darlehen bei der Ärztekammer für Burgenland durch den Anspruch auf Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, an dritte Personen nicht abgetreten oder verpfändet werden.
(2) Falls Schuldbeträge der Leistungsberechtigten gegenüber der Kammer oder dem Wohlfahrtsfonds aushaften, sind diese auf die zuerkannte Leistung, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel diese Leistung zusteht, anzurechnen.

§ 62
Überweisung der Leistungen

(1) Die Überweisung von wiederkehrenden Leistungen erfolgt mittels Dauerauftrages auf ein angegebenes Bankkonto. Dasselbe gilt sinngemäß für einmalige Leistungen. Eine Barauszahlung von Leistungen ist nicht zulässig.
(2) Die Überweisung von Leistungen des Wohlfahrtsfonds in das Ausland ist nicht zulässig.

§ 63
Zustellungen

Stattgebende Bescheide des Verwaltungsausschusses sind dem Empfänger brieflich, ab- sowie zurückweisende Bescheide sind jedenfalls mittels eingeschriebenen Briefes zuzustellen. Mitteilungen, Verständigung, Aufforderungen sowie sonstige Informationen sind dem Empfänger in jeder technisch möglichen Form (z.B. per E-Mail, Fax, brieflich, etc.) zu übermitteln.

§ 64

Ergänzend zu den vorstehenden Verfahrensvorschriften finden die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 Anwendung.

§ 65
Inkrafttretens- und Übergangsbestimmungen

(1) Die Bestimmungen dieser Satzung treten gemäß § 195a Abs. 5 ÄrzteG mit 1.1.2011 in Kraft.

(1a) Die geänderten bzw. neu gefassten Bestimmungen des § 30, § 32 Abs. 4a, § 32 Abs. 5, § 32 Abs. 5a, § 34 Abs. 2, § 34 Abs. 3, § 34 Abs. 3a, § 34 Abs. 3b, § 56, § 65 Abs. 9 bis Abs. 14 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 9.12.2009 treten mit 1.1.2010 in Kraft.

(2) Für die vor dem 1.1.1993 erworbenen Beitragszeiten werden den Teilnehmern eine Anwartschaft von 3 % der Grund- und Ergänzungsleistung je Beitragsjahr zuerkannt.

(3) Jenen Teilnehmern, die vor dem 1.1.1993 bereits 25 Beitragsjahre erreicht haben, wird die volle Grund- und Ergänzungsleistung garantiert, allerdings unter der Voraussetzung, dass bis zum Anfall einer laufenden Versorgungsleistung der Pflichtbeitrag nach § 3 BO entrichtet wird.

(4) Laufende Leistungen, die nach den am 31.12.1992 in Kraft gestandenen Bestimmungen gewährt wurden, bleiben unberührt und werden wertgesichert weitergewährt.

(5) Ansprüche auf Steigerungsbeträge die vor dem 1.1.1993 für die Inanspruchnahme einer Versorgungsleistung nach Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht wurden, bleiben in der Höhe des am 31.12.1992 erreichten Prozentsatzes aufrecht.

(6) Die Bestimmung des § 44 Abs. 2 tritt gemäß § 195 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 mit 1.1.2001 in Kraft.

(7) Die Bestimmungen des § 32 Abs. 6 in der Fassung des Beschlusses der Vollversammlung vom 15.6.2005 sind auf Beitragsüberweisungen ab dem 1.1.2005 anzuwenden.

(8) Bis zum 31.12.2005 beim Wohlfahrtsfonds hinterlegte Namhaftmachungen eines Zahlungsempfängers für die Todesfallbeihilfe gelten als Namhaftmachungen für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.

(9) Die §§ 52 a bis c, § 17 Abs. 4, § 18 Abs. 4, § 19 Abs. 3 und § 50 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 25.06.2008 treten mit 1.4.2010 in Kraft.

(10) Bei der erstmaligen Feststellung der Krankenversicherungspflicht ab 1.4.2010 ist im Sinne einer Übergangsbestimmung im Zusammenhang mit der Einführung der Krankenversicherung neben den in § 52b Abs. 2 normierten Befreiungsmöglichkeiten auf Antrag des Kammerangehörigen eine Befreiung auch möglich, wenn dieser nachweist, dass er bzw. seines Angehörigen in einer annähernd gleichwertigen (privaten) Krankenversicherung versichert ist.

(11) Vom Fonds der Krankenversicherung sind der Ärztekammer für Burgenland als Verwaltungskostenbeitrag für die Jahre 2010 bis 2012 EUR 5,00 pro Teilnehmer und Monat zu entrichten

(12) Im Hinblick auf § 13 Abs. 3 wird festgelegt, dass bis zum 31.12.2010 - abweichend von § 25 Abs. 7 PKG - Veranlagungen in Vermögenswerten desselben Ausstellers mit höchstens 10% des Wohlfahrtsfondsvermögens begrenzt sind.

(13) § 32 Abs. 4a kommt bei Antritt der Altersversorgung bis zum 31.12.2010 nicht zur Anwendung. Bei Antritt der Altersversorgung vom 1.1.2011 bis 31.12.2011 beträgt der Abschlag - abweichend von § 32 Abs. 4a - 0,15% pro Monat.

(14) Die gemäß 34 Abs. 3b festgelegten Höchstsätze der Invaliditätsversorgung kommen bis zum 31.12.2019 dann nicht zur Anwendung, wenn die sich zum Zeitpunkt des Eintrittes der Invalidität errechnende fiktive Altersversorgung unter Anwendung der Bestimmung des § 32 Abs. 4a (Abschlag von 18%) höher wäre als die sich aus § 34 Abs. 3b errechnende Invaliditätsversorgung. In diesem Fall wird dem Teilnehmer die fiktive höhere Altersversorgung als Invaliditätsversorgung zuerkannt. Bei der Berechnung der fiktiven Altersversorgung ist § 65 Abs. 13 sinngemäß anzuwenden. Die gemäß § 34 Abs. 3b festgelegten Höchstsätze der Invaliditätsversorgung kommen schließlich ab 01.01.2020 bis zum 31.12.2023 dann nicht zur Anwendung, wenn die sich zum Zeitpunkt des Eintrittes der Invalidität errechnende fiktive Altersversorgung unter Anwendung der Bestimmung des § 32 Abs. 4a (Abschlag von 0,44 % pro Monat) höher wäre als die sich aus § 34 Abs. 3b errechnende Invaliditätsversorgung. In diesem Fall wird dem Teilnehmer bis zum 31.12.2023 die fiktive höhere Altersversorgung als Invaliditätsversorgung zuerkannt.

(15) Die geänderten beziehungsweise neu gefassten Bestimmungen in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 16.6.2010 treten in Kraft:

1. § 34 Abs. 4 mit 1.1.2009,
2. §§ 1 Abs.1, 32 Abs. 4 lit. a, 35 Abs. 3 lit. b, 36 Abs. 1 und Abs. 2, 37, 38 Abs. 1 bis Abs. 3, 39, 42 Abs. 3 lit. b, 51 Abs. 1 lit. d und 52b Abs. 2, Abs. 4 und Abs. 5 sowie 65 Abs. 1 mit 1.1.2010,
3. §§, 3, 17 Abs. 2 lit. b, 32 Abs. 2 bis Abs. 4, 35 Abs. 3 lit. a und 44 mit 1.7.2010.

(16) § 4 Abs. 4 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 29.6.2011 tritt mit der Konstituierung der Organe nach den Ärztekammerwahlen 2012 in Kraft. § 38 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 29.6.2011 tritt mit 1.7.2011 in Kraft.

(17) Mit Wirksamkeit 1.1.2012 wird der Fonds der Zusatzversorgung dem Grund- und Ergänzungsfonds einverleibt. Die Rechte und Pflichten der Teilnehmer der Zusatzversorgung bleiben davon unberührt. Die Leistungen an die Teilnehmer der Zusatzversorgung sind aus dem Grund- und Ergänzungsfonds zu erbringen und die Beiträge der Teilnehmer der Zusatzversorgung fließen dem Grund- und Ergänzungsfonds zu. Mit Wirksamkeit 1.1.2012 geht das Vermögen des Fonds der Zusatzversorgung auf den Grund- und Ergänzungsfonds über.

(18) § 31 Abs. 3, 4 und 5 i.d.F. des Beschlusses der Vollversammlung vom 19.12.2012 tritt mit 01.01.2013 in Kraft. § 31 Abs. 4 und 5 gelten für Altersversorgungen aus dem Grund- und Ergänzungsfonds, die erstmals nach dem 31.12.2012 gewährt werden.

(19) § 5, § 6 Abs. 3, § 7, § 8 Z. 3, § 9 Abs. 2, § 9 Abs. 3, § 10, § 12 Abs. 5, § 17 Abs. 2 lit. a, § 17 Abs. 2 lit. b, §17 Abs. 4, § 26, § 27, § 34 Abs. 2, § 43 Abs. 3, § 54 Abs. 3, § 54 Abs. 4 und § 63 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 4.12.2013 treten mit 01.01.2014 in Kraft.

(20) §§ 26, 27 und 47 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 10.12.2014 treten mit 01.01.2015 in Kraft.

(21) §§ 26, 27 und 42 Abs. 2a in der Fassung des Beschlusses der ao. Erweiterten Vollversammlung vom 17.02.2016 treten mit 1.1.2016 in Kraft. Bei Teilnehmern oder Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung, die bis spätestens 30.6.2016 zumindest 50 Beitragsjahre im Fonds der Hinterbliebenen-unterstützung und Bestattungsbeihilfe aufweisen, beträgt das Ausmaß der Hinterbliebenenunterstützung abweichend von § 42 Abs. 2a 1. Satz € 27.070,00.

(22) §§ 26 und 27 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 30.11.2016 treten mit 1.1.2017 in Kraft.

(23) §§ 26 und 27 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 6.12.2017 treten mit 1.1.2018 in Kraft.

(24) Die §§ 32 Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 4a, Abs. 6 und Abs. 7 sowie 34 Abs. 3b und Abs. 4 sowie § 65 Abs. 14 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 5.12.2018 treten mit 1.1.2019 in Kraft.

(25) Die §§ 32 Abs. 7 zweiter Satz, sowie 63 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 21.12.2020 treten mit 1.1.2021 in Kraft.

(26) §§ 25 Abs. 6, 26, 27 und § 31 Abs. 6 in der Fassung des Umlaufbeschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 10.12.2021 treten mit 01.01.2022 in Kraft.

(27) §§ 17 Abs. 4 und 35 Abs. 8 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 11.05.2022 treten mit 01.06.2022 in Kraft.

(28) Im Hinblick auf § 13 Abs. 3 wird festgelegt, dass ab 1.1.2023 - abweichend von § 25 Abs. 4 PKG - Veranlagungen in Vermögenswerten, die auf eine andere Währung als die der Verbindlichkeiten lauten, mit höchstens 40% des Wohlfahrtsfondsvermögens begrenzt sind.

(29) §§ 26, 27 und 65 Abs. 28 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 30.11.2022 treten mit 1.1.2023 in Kraft.

(30) Die §§ 19 Abs. 1 lit. b, 31 Abs. 1, 1a, 1b, 3, 5, 32 Abs. 2 und 6, in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 29.11.2023 treten mit 01.04.2024 in Kraft und gelten für Teilnehmer, denen eine Altersversorgung aus dem Grund- und Ergänzungsfonds ab 01.04.2024 zuerkannt wird. Die §§ 24 Abs. 4, 40 Abs. 2 und 43 Abs. 3 treten mit 01.01.2024 in Kraft.

(31) Die §§ 26, 27, 31 Abs. 5a und 62 Abs. 1 Satz 1 in der Fassung des Beschlusses der Erweiterten Vollversammlung vom 27.11.2024 tritt mit 01.01.2025 in Kraft.