



SATZUNG

DES

WOHLFAHRTSFONDS

DER

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL

**KONSOLIDIERTE FASSUNG
(ohne Verlautbarungscharakter)**

STAND 1.7.2011

INHALTSVERZEICHNIS

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN UND WIRKUNGSKREIS DER ORGANE	4
§ 1 Name und rechtliche Stellung	4
§ 2 Zweck	4
§ 3 Auslegung der Satzung	4
§ 4 Erweiterte Vollversammlung.....	4
§ 5 Aufgaben der Erweiterten Vollversammlung.....	5
§ 6 Verwaltungsausschuss.....	5
§ 7 Beschwerdeausschuss.....	6
§ 8 Überprüfungsausschuss.....	7
§ 9 Geschäftsführung	7
§ 10 Vermögen	8
II. TEILNEHMER	8
§ 11 Beitragspflicht.....	8
§ 11a Doppelkammerangehörige	9
§ 12.....	10
§ 13 Ermäßigungen und Nachlass des Fondsbeitrages	10
§ 14 Befreiung von der Beitragspflicht	10
§ 15 Ende der Beitragspflicht für die Versorgungsleistungen.....	12
§ 16 Verlegung des Berufssitzes.....	12
§ 17 Streichung aus der Ärzteliste	13
§ 18 Allgemeine Pflichten der Teilnehmer.....	14
III. AUFBRINGUNG DER MITTEL	14
IV. LEISTUNGSRECHT	15
§ 19a Eingetragene Partner	15
§ 19b Leistungsrecht bei mehreren Wohlfahrtsfondsteilnehmern	16
§ 20.....	16
§ 21 Altersversorgung	17
§ 22 Ausmaß der Altersversorgung	17
§ 23 Nachzahlung zur Grundrente	19
§ 24 Ergänzungsrente	19
§ 25 Nachzahlung zur Ergänzungsrente.....	20
§ 26 Individualrente	21
§ 27 Invaliditätsversorgung	22
§ 28 Ausmaß der Invaliditätsversorgung.....	22
§ 29 Kinderunterstützung	23
§ 30 Witwen-(Witwer-)versorgung.....	24
§ 31 Ausmaß der Witwen-(Witwer-)versorgung.....	26
§ 32 Waisenversorgung	26

§ 33 Einmaleistungen bei Ableben	27
§ 34 Krankenunterstützung	27
§ 35 Mutterschutz	28
§ 36 Krankengeld	28
§ 37 Krankenhaustaggeld	28
§ 38.....	29
§ 39.....	29
§ 40 Sonstige Krankheitskosten.....	29
§ 41 Notstandsleistungen.....	29
V. VERFAHRENSVORSCHRIFTEN	29
§ 42 Allgemeines	29
§ 43.....	30
§ 44.....	30
§ 45.....	30
§ 46.....	30
§ 47.....	31
§ 48 Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung und Schadenersatz	31
§ 49 Überweisung der Leistungen	31
§ 49a Sprachliche Gleichbehandlung	31
§ 50 Übergangsbestimmung	32
§ 51 Inkrafttreten	32

Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN UND WIRKUNGSKREIS DER ORGANE

§ 1

Name und rechtliche Stellung

- (1) Durch Beschluss der Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol wurde mit Wirkung ab 1.7.1950 auf Grund des § 43 iVm § 21 Abs. 2 lit. f Ärztegesetz, BGBl. 92/1949, der Wohlfahrts-(Versorgungs-) und Unterstützungsfonds der Ärztekammer für Tirol eingerichtet.
- (2) Durch Beschluss der Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol vom 18.12.1969 wurde der Wohlfahrts-(Versorgungs-) und Unterstützungsfonds der Ärztekammer für Tirol als „Wohlfahrtsfonds“ bezeichnet.
- (3) Der Wohlfahrtsfonds stellt ein von den allgemeinen finanziellen Mitteln der Ärztekammer für Tirol abgesondertes zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer für Tirol dar. Seine Verwaltung ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens gesondert zu führen und obliegt dem Verwaltungsausschuss.
- (4) Der Fonds besitzt keine eigene Rechtspersönlichkeit.

[§§ 96, 113 ÄrzteG]

§ 2

Zweck

Zweck des Wohlfahrtsfonds ist es, den Anspruchsberechtigten die im Folgenden näher bezeichneten Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu gewähren.

[§§ 68, 96 Abs. 3, 97 ÄrzteG]

§ 3

Auslegung der Satzung

Die Bestimmungen der Satzung sind im Zweifelsfalle immer auf der Grundlage des ÄrzteG 1998 auszulegen, dem jedenfalls primäre Geltung zukommt.

§ 4

Erweiterte Vollversammlung

- (1) Die Beschlussfassung über den Wohlfahrtsfonds obliegt der Erweiterten Vollversammlung.
- (2) Die Erweiterte Vollversammlung besteht aus
 1. den Mitgliedern der Vollversammlung und
 2. den von der jeweiligen Landes Zahnärztekammer aus dem Kreis der Mitglieder des jeweiligen Landesausschusses entsandten Mitgliedern, deren Anzahl sich aus dem Verhältnis der Anzahl der Kammerangehörigen der Ärztekammer gegenüber der Anzahl der der jeweiligen Landes Zahnärztekammer zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufes ergibt.

- (3) Für die Erweiterte Vollversammlung sind die Bestimmungen des ÄrzteG 1998 über die Vollversammlung anzuwenden.
[§§ 80a, 80b ÄrzteG]

§ 5

Aufgaben der Erweiterten Vollversammlung

Der Erweiterten Vollversammlung obliegt:

- a) die Erlassung der Satzung des Wohlfahrtsfonds, deren Beschlussfassung und deren Änderung der Zweidrittelmehrheit bei Anwesenheit von mindestens zwei Dritteln ihrer Mitglieder bedarf,
- b) die Erlassung der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung,
- c) die Festlegung der Anzahl der weiteren Mitglieder des Verwaltungsausschusses
- d) die Wahl des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses
- e) Die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds sowie die Entlastung des Verwaltungsausschusses.

[§ 80b ÄrzteG]

§ 6

Verwaltungsausschuss

- (1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer, einem Mitglied des Landesvorstands der Landeszahnärztekammer für Tirol sowie aus mindestens drei weiteren Mitgliedern der Erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens einer ein Zahnarzt sein muss. Die Zahl der weiteren Mitglieder wird von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzt. Die weiteren Mitglieder werden für die Dauer ihrer Funktionsperiode
- a) hinsichtlich der zahnärztlichen Vertreter von der Landeszahnärztekammer für Tirol nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes bestellt und
 - b) hinsichtlich der übrigen Mitglieder von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerräte der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts gewählt.

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

[§ 113 Abs. 2 ÄrzteG]

Im Bedarfsfall können darüberhinaus sachkundige Personen zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses mit beratender Stimme beigezogen werden. Auch kann auf Beschluss des Verwaltungsausschusses ein Vertreter der pensionierten Ärzte mit beratender Stimme kooptiert werden.

- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen mit absoluter Mehrheit der abgegebenen Stimmen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen.

[§ 113 Abs. 3 ÄrzteG]

- (3) Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend sind.

[§ 113 Abs. 3 ÄrzteG]

- (4) Die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst.
[§ 113 Abs. 4 ÄrzteG]
- (5) Dem Verwaltungsausschuss obliegt insbesondere die Beschlussfassung über:
- a) Vorschläge an die Erweiterte Vollversammlung für eine Änderung der den Wirkungsbereich des Verwaltungsausschusses betreffenden Teile der Satzung und Geschäftsordnung,
 - b) Vorschläge an die Erweiterte Vollversammlung zu den in § 4 Abs. 1 lit. b bezeichneten Angelegenheiten,
 - c) die Vorbereitung der der Erweiterten Vollversammlung vorbehaltenen Angelegenheiten des Wohlfahrtsfonds, insbesondere des Jahresvoranschlages und des Jahresabschlusses,
 - d) die Veranlagung des Vermögens im Rahmen dieser Satzung,
 - e) Ansuchen um die Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds von a. o. Kammerangehörigen,
[§ 110 ÄrzteG]
 - f) Ansuchen um Ermäßigung, Ratenzahlung, Stundung oder Nachlass von Beiträgen,
 - g) Ansuchen um Gewährung von Leistungen und Unterstützungen,
 - h) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht,
[§ 112 ÄrzteG]
 - i) die Bestellung von Vertrauensärzten zur Erstellung von Gutachten gemäß den Bestimmungen dieser Satzung. Im Falle besonderer Dringlichkeit kann auch bei anschließender Berichtspflicht an den Verwaltungsausschuss durch den Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses ein Vertrauensarzt zur Erstellung eines Gutachtens bestimmt werden.
 - j) die Erlassung einer Richtlinie über die berücksichtigungswürdigen Umstände für Beitragsermäßigungen und -nachlässe (§ 13 Abs. 1).
- (6) Zu den Obliegenheiten des Verwaltungsausschusses gehört die Überwachung des Fortbestandes der Voraussetzungen für die gewährten Leistungen und Unterstützungen.
- (7) Die Entscheidungen werden in Form von Beschlüssen gefasst.
Gegen die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses steht den Betroffenen das Recht der Beschwerde an den Beschwerdeausschuss zu.
[§ 113 Abs. 4 ÄrzteG]
- (8) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 anzuwenden.
[§ 113 Abs. 7 ÄrzteG]

§ 7 Beschwerdeausschuss

- (1) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen dem Kammervorstand der Ärztekammer oder der jeweiligen Landes Zahnärztekammer, dem Verwaltungsausschuss und dem Überprüfungsausschuss nicht angehören.
Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern. Wenn zum Vorsitzenden ein Kammerangehöriger bestellt wird, ist den Sitzungen des Beschwerdeausschusses eine rechtskundige Person beizuziehen. Für den Vorsitzenden und die Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen. Ein Mitglied und dessen Stellvertreter ist von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes zu bestellen.
Von der Erweiterten Vollversammlung sind für die Dauer ihrer Funktionsperiode der Vorsitzende und sein Stellvertreter, die nicht Kammerangehörige sein müssen, mit

absoluter Stimmenmehrheit zu bestellen oder in getrennten Wahlgängen aus dem Kreis der Kammerangehörigen zu wählen.

[§ 113 Abs. 5 ÄrzteG]

- (2) Die weiteren Mitglieder und deren Stellvertreter – mit Ausnahme der von der Landes Zahnärztekammer bestellten - sind von der Vollversammlung in je einem Wahlgang nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes jeweils aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer zu wählen.
- (3) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Beschwerden gegen Beschlüsse des Verwaltungsausschusses. Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen. Für die Beschlussfähigkeit ist die Anwesenheit von zumindest drei Mitgliedern erforderlich. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig, der Vorsitzende stimmt zuletzt ab.

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

[§ 113 Abs. 6 ÄrzteG]

- (4) Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 anzuwenden.

[§ 113 Abs. 7 ÄrzteG]

§ 8 Überprüfungsausschuss

- (1) Die Geschäftsführung des Wohlfahrtsfonds ist von einem Überprüfungsausschuss einmal jährlich zu überprüfen.
- (2) Der Überprüfungsausschuss besteht aus drei Rechnungsprüfern, von denen für die Dauer eines Jahres
 - a) einer von der Landes Zahnärztekammer für Tirol nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes zu bestellen ist und
 - b) die beiden anderen von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes zu wählen sind. Für jeden Rechnungsprüfer ist ein Stellvertreter zu wählen.
- (3) Die Rechnungsprüfer und ihre Stellvertreter dürfen dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss nicht angehören.

[§ 114 Abs. 1 und 2 ÄrzteG]
- (4) Dem Überprüfungsausschuss obliegt es, die Gebarung des Wohlfahrtsfonds an Hand der Bücher und Rechnungsbelege einmal jährlich zu überprüfen und darauf Bedacht zu nehmen, dass alle Ausgaben durch Beschlüsse der zuständigen Organe gedeckt sind. Der Überprüfungsausschuss ist berechtigt, in die dazu nötigen Bücher und Belege Einsicht zu nehmen. Er erstattet der Erweiterten Vollversammlung einen schriftlichen Bericht.

§ 9 Geschäftsführung

- (1) Die administrativen Arbeiten des Wohlfahrtsfonds werden durch das Kammeramt der Ärztekammer für Tirol besorgt.
- (2) 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 Versorgungs- und Unterstützungsleistungen.

- (3) Das Geschäftsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.
- (4) Die mit dem Betrieb des Wohlfahrtsfonds verbundenen Verwaltungskosten sind aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds aufzubringen.
[§ 97 Abs. 2 ÄrzteG]

§ 10 Vermögen

- (1) Das Vermögen des Wohlfahrtsfonds ist dazu bestimmt, die Leistungserfordernisse sowie zukünftige Leistungsverpflichtungen des Wohlfahrtsfonds zu decken. Die zur dauernden Anlage verfügbaren Mittel sind sicher, ertragreich und wertbeständig anzulegen.
- (2) Dem Wohlfahrtsfonds fließen neben den in der Beitragsordnung festgesetzten Fondsbeiträgen und Umlagen zu:
 - a) die Erträge des Vermögens des Wohlfahrtsfonds,
 - b) Zuwendungen aus Erbschaften, Stiftungen und anderen Fonds, Vermächtnisse sowie Schenkungen und sonstige Zweckwidmungen.
[§ 108a Abs. 2 ÄrzteG]
- (3) Die zur dauernden Anlage verfügbaren Vermögensbestände des Wohlfahrtsfonds können angelegt werden (Richtlinie gemäß § 108 Abs. 1 ÄrzteG):
 - a) als Bankeinlagen,
 - b) in Wertpapieren,
 - c) in Wirtschaftsgütern,
 - d) als Tilgungsdarlehen,
 - e) in Realitäten,
 - f) in Beteiligungen.
- (4) Die Finanzierung der Versorgungsleistungen ist nach dem Umlageverfahren, dem Kapitaldeckungsverfahren, dem Anwartschaftsdeckungsverfahren oder nach anderen anerkannten versicherungsmathematischen Verfahren auszurichten.
[§ 108a Abs. 3 ÄrzteG]
- (5) Bei der Erfüllung seiner Aufgaben kann sich der Verwaltungsausschuss sachverständiger externer Berater bedienen und diese als unabhängige Experten bei seinen die Vermögensveranlagung betreffenden Beratungen beiziehen.
[§§ 108 Abs. 2, 109 Abs. 1 ÄrzteG]
- (6) Im Hinblick auf die Liquiditätssicherung ist bei der Veranlagung auf eine angemessene Verteilung der Fondsbestände Bedacht zu nehmen.
- (7) Mindestens alle fünf Jahre ist durch geeignete Fachleute zu prüfen, ob das Vermögen zur Sicherstellung der Leistungen und zukünftigen Verpflichtungen des Wohlfahrtsfonds ausreicht.

II. TEILNEHMER

§ 11 Beitragspflicht

- (1) Soweit in den einzelnen Vorschriften nichts anderes bestimmt ist, bezieht sich die Bezeichnung „Kammerangehörige“ sowohl auf Kammerangehörige der Ärztekammer als auch auf der Landeszahnärztekammer für Tirol zugeordnete Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der niemals teilnahmefähigen Angehörigen des Dentistenberufs.
- (2) Die Kammerangehörigen sind verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer zu leisten, in deren Bereich sie zuerst den ärztlichen oder

zahnärztlichen Beruf aufgenommen haben, solange diese Tätigkeit aufrecht ist. Übt ein Kammerangehöriger seinen Beruf im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die Berufstätigkeit aufgenommen hat, solange die Tätigkeit in dem betreffenden Bundesland aufrecht ist. Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate sowie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 letzter Satz ÄrzteG 1998) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung. Nimmt er seine Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.

- (3) Die Beitragspflicht wird in der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds geregelt. Die Beitragsordnung hat jedenfalls darauf Bedacht zu nehmen, dass die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit gewährleistet ist.

[§§ 96, 108a Abs. 1, 109 ÄrzteG]

- (4) Jene Kammerangehörigen, welche am Wohlfahrtsfonds beitragspflichtig und leistungsberechtigt teilnehmen werden im Folgenden kurz als „Teilnehmer“ bezeichnet.
- (5) Soweit in den einzelnen Vorschriften der Satzung nicht anderes bestimmt ist, erfasst die Bezeichnung „ärztlich“ jeweils sinngemäß gleichlautend zahnärztliche Tätigkeiten, die Bezeichnung „Arzt“ jeweils sinngemäß gleichlautend auch Angehörige des zahnärztlichen Berufes als Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, die Bezeichnung „Kassenarzt“ jeweils sinngemäß gleichlautend auch Kassenzahnärzte, die Bezeichnung „Wahlarzt“ jeweils sinngemäß gleichlautend auch Wahlzahnärzte und die Bezeichnung „Wohnsitzarzt“ jeweils sinngemäß gleichlautend auch Wohnsitzzahnärzte. Es ist also lediglich zur Entlastung des Textes nicht jeweils in den einzelnen Vorschriften angeführt „ärztlich bzw. zahnärztlich“, „Arzt bzw. Zahnarzt“, „Kassenarzt bzw. Kassenzahnarzt“, „Wahlarzt bzw. Wahlzahnarzt“, „Wohnsitzarzt bzw. Wohnsitzzahnarzt“.

§ 11a

Doppelkammerangehörige

- (1) Bei Doppelkammerangehörigkeit sowohl zur Ärztekammer als auch zur Österreichischen Zahnärztekammer mit Zuordnung zur Landes Zahnärztekammer für Tirol erfolgt die Teilnahme mit Beitragsverpflichtung und Leistungsberechtigung stets nur auf Grundlage einer der beiden Kammerangehörigkeiten und der diesbezüglichen Tätigkeiten und Einnahmen. Hinsichtlich der anderen Kammerangehörigkeit erfolgt keine Teilnahme.
- (2) Für jene Teilnehmer, welche am 31.12.2005 Mitglieder der Ärztekammer sind und ab 1.1.2006 Doppelkammerangehörige werden, erfolgt die weitere Teilnahme ab 1.1.2006 aufgrund jener Tätigkeit, also der ärztlichen Tätigkeit oder der zahnärztlichen Tätigkeit, welcher nach dem System des Wohlfahrtsfonds die höchste Wertigkeit zukommt.

Dies ist beginnend mit der höchsten Wertigkeit die Tätigkeit als:

- a. niedergelassener Arzt / Zahnarzt mit §2-Kassenvertrag
- b. niedergelassener Arzt / Zahnarzt mit kleinen Kassen (BVA; VAEB)
- c. Wahlarzt / Wahlzahnarzt
- d. Angestellter Arzt / Zahnarzt
- e. Wohnsitzarzt / -zahnarzt.

Liegt eine nach dieser Reihung gleichwertige Tätigkeit sowohl als Arzt als auch als Zahnarzt vor, geht die ärztliche Tätigkeit vor. Teilnehmer in Ausbildung zum FA für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie nehmen aufgrund der ärztlichen Tätigkeit teil. Der Verwaltungsausschuss kann im Einzelfall einen begründeten Antrag auf Teilnahme aufgrund der anderen Kammerangehörigkeit bewilligen.

- (3) Die Regelung nach Abs. 2 gilt entsprechend auch für ab 1.1.2006 vom Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes zuziehende Teilnehmer und für ab 1.1.2006 neu teilnehmende Doppelkammerangehörige

§ 12

Personen gemäß § 68 Abs. 5 ÄrzteG und der dem entsprechende Personenkreis nach dem Zahnärztekammergesetz können vom Verwaltungsausschuss über Antrag als außerordentliche Wohlfahrtsfondsmitglieder aufgenommen werden. Diese Personen können sich also bei Bewilligung ihres Antrages zur Leistung von Beiträgen zum Wohlfahrtsfonds verpflichten, um Anspruch auf den Genuss von Leistungen des Fonds zu erwerben. § 11 findet auf sie sinngemäß Anwendung. Ermäßigungen und Nachlässe der Fondsbeiträge sind für diese Teilnehmer nicht zulässig.

[§ 110 ÄrzteG]

§ 13

Ermäßigungen und Nachlass des Fondsbeitrages

- (1) Der Verwaltungsausschuss kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände auf Antrag eines ordentlichen Kammerangehörigen oder des Pensionsleistungsempfängers (§ 109 Abs. 8 ÄrzteG) nach Billigkeit eine Ermäßigung oder in Härtefällen den Nachlass der Wohlfahrtsfonds- oder Pensionssicherungsbeiträge gewähren.

[§ 111 ÄrzteG]

Der Verwaltungsausschuss hat die berücksichtigungswürdigen Umstände in einer Richtlinie festzusetzen.

- (2) Für teilnehmende außerordentliche Kammerangehörige sind keine Ermäßigungen und Nachlässe zulässig.

§ 14

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 gemäß § 109 ÄrzteG zu befreien.

Die Beitragspflicht zu Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung und sämtlichen Unterstützungsleistungen bleibt jedenfalls bestehen.

Übt der Antragsteller eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 ÄrzteG oder § 23 Zif. 1 ZahnärzteG aus, bleibt zudem jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundleistung und zu den Ergänzungsleistungen samt Ergänzungsrente bestehen.

[§ 112 Abs. 1 ÄrzteG]

- (2) Aufgehoben
- (3) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichartiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss auf Grund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer des Bundesgebietes oder ein zumindest annähernd gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)Genuss aufgrund der Zugehörigkeit zu einem berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht gemäß § 109 ÄrzteG befreit. Die Bezeichnung „Ärztekammer“ bezieht sich in dieser Satzung stets auf eine Ärztekammer des Bundesgebietes.

[§ 112 Abs. 2 ÄrzteG]

- (4) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist entsprechend dem Ausmaß der Befreiung die Gewährung von Leistungen ganz oder teilweise ausgeschlossen.

[§ 112 Abs. 5 ÄrzteG]

- (5) Am Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol durch Beitragsleistung in der Altersversorgung bis zum Antritt des Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienstes teilnehmenden Kammerangehörigen werden ausschließlich bei vorheriger Antragstellung folgende Beitragsnachlässe und Leistungen gewährt:

Die Beiträge zur Altersversorgung werden während des ordentlichen Präsenzdienstes oder des Ausbildungsdienstes für einen Zeitraum von höchstens 6 Monaten und während des Zivildienstes für einen Zeitraum von höchstens 9 Monaten, bei einem Zivil-Auslandsdienst jedoch für höchstens 12 Monate, nachgelassen.

Der Anspruch auf Invaliditäts-, Witwen(r)-, Waisenversorgung sowie Kinderunterstützung besteht während dieser Zeiträume fort. Für die Berechnung der Altersversorgung bleiben die Zeiträume mangels Beitragsleistung außer Betracht. Zu Hinterbliebenenunterstützung, Bestattungsbeihilfe und Krankenunterstützung besteht für ordentliche Kammerangehörige die Möglichkeit der Befreiung von der Beitragspflicht unter Verlust des Leistungsanspruches für diesen Zeitraum.

- (6) Am Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol durch Beitragsleistung in der Altersversorgung bis zum Antritt der Mutter- bzw. Väterkarenz teilnehmenden Kammerangehörigen werden ausschließlich bei vorheriger Antragstellung folgende Beitragsnachlässe und Leistungen gewährt:

Die Beiträge zur Altersversorgung werden weiblichen Kammerangehörigen längstens für 26 Monate und zwar im Zeitraum von frühestens 6 Monaten vor der voraussichtlichen Entbindung bis spätestens zum Ende des 24. Lebensmonates des Kindes, männlichen Kammerangehörigen im Zeitraum von frühestens 8 Wochen nach der Geburt bis zum Ende des 24. Lebensmonates des Kindes nachgelassen. Durch jeden vollen Monat dieses Beitragsnachlasses, längstens somit für 26 Monate, wird für die Zuerkennung der Altersversorgung im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol Anwartschaft auf 0,0575% des Richtsatzes zur Grundleistung erworben.

Berechnung der Linearen Progression, der Ergänzungsrente sowie Beitragstransfers und –refundierungen bleiben diese Zeiträume mangels Beitragsleistung außer Betracht. Der Anspruch auf Invaliditäts-, Witwen(r)-, Waisenversorgung und Kinderunterstützung besteht während dieser Zeiträume in der Grundrente und bei Beitragsleistung bis zum Antritt der Mutter- bzw. Väterkarenz auch in der Ergänzungsrente fort.

Die Gewährung der Beitragsnachlässe und Leistungen im Wohlfahrtsfonds setzt voraus, dass der/die Teilnehmer/in mit dem Kind im gemeinsamem Haushalt lebt, während des Zeitraums beginnend mit der 8-Wochen-Frist vor dem voraussichtlichen Geburtstermin bis zum Ende keine (zahn-)ärztliche Tätigkeit mit Euro 1.000,-- p.m. übersteigenden Einnahmen ausgeübt wird und keine gleichzeitige Inanspruchnahme der gesetzlichen Mutter- bzw. Väterkarenz durch den anderen Elternteil erfolgt, ausgenommen die

einmonatige gemeinsame Karenz aus Anlass des erstmaligen Wechsels der Betreuungsperson nach § 3 Abs. 2 Väter-Karenzgesetz.

Beitragspflicht und Leistungsanspruch zu Hinterbliebenenunterstützung, Bestattungsbeihilfe und Krankenunterstützung bleiben während dieses Zeitraums aufrecht.

- (7) Bei Adoption eines Kindes gilt Abs. 6 mit der Maßgabe, daß der frühest mögliche Zeitpunkt für den Nachlaß der Beiträge und die Gewährung der Leistungen der Tag der Adoption ist.
- (8) Niedergelassenen und wohnsitzärztlich tätigen weiblichen Kammerangehörigen gebühren bei Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit über Antrag Unterstützungsleistungen nach § 35 der Satzung.
- (8a) Bezugszeiten einer vorübergehenden Invaliditätsversorgung im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol werden für die Berechnung einer späteren vorzeitigen oder regulären Altersversorgung so berücksichtigt, dass für jeden vollen Monat Anwartschaft auf 0,0575% des Richtsatzes zur Grundleistung gewährt wird. Für die Berechnung der Linearen Progression, der Ergänzungsrente sowie Beitragstransfers und – refundierungen bleiben diese Zeiträume mangels Beitragsleistung außer Betracht.“
- (9) Kammerangehörige, die Beiträge zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer zahlen, können über Beschluss des Verwaltungsausschusses von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol in begründeten Fällen zur Gänze befreit werden, sofern die andere Ärztekammer ihr schriftliches Einverständnis mitgeteilt hat.
- (10) Aufgehoben

§ 15

Ende der Beitragspflicht für die Versorgungsleistungen

- (1) Die Beitragspflicht endet:
 - a) durch den Tod,
 - b) im Falle der Gewährung der Invaliditätsversorgung,
 - c) im Falle der Befreiung gemäß § 112 Abs. 1 und 2 ÄrzteG,
 - d) durch Streichung aus der Ärzteliste (§§ 59 Abs. 3, 68 Abs. 4 ÄrzteG) bzw. durch Erlöschen der Zugehörigkeit zur Landeszahnärztekammer für Tirol oder durch Streichung aus der Zahnärzteliste,
 - e) auf Antrag nach Erreichen des 65. Lebensjahres, nicht jedoch bei Bestehen einer Beitragspflicht gemäß § 21.
- (2) Erlangt ein nach Abs. 1 lit. d ausgeschiedener Kammerangehöriger wieder die Mitgliedschaft, hat der Verwaltungsausschuss eine Nachzahlung festzusetzen.
- (3) Bei zeitlich beschränkter oder vorläufiger Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes (§§ 61, 62 ÄrzteG) bzw. des zahnärztlichen Berufs besteht die Beitragspflicht weiter.

§ 16

Verlegung des Berufssitzes

- (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz (Dienstort bzw. Wohnsitz gemäß § 47 ÄrzteG) dauernd in den Zuständigkeitsbereich einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer, werden dieser Kammer folgende Beiträge überwiesen:
 - a) ein Betrag in der Höhe von 70 % der von ihm zum Wohlfahrtsfonds der bisher zuständigen Ärztekammer entrichteten Beiträge der nunmehr zuständigen Ärztekammer. Die für bestimmte Zwecke (insbesondere Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung, Krankenunterstützung usw.) satzungsgemäß

vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.

Sofern die neu zuständige Ärztekammer in ihrer Satzung bei Übersiedlung von Kammerangehörigen mehr als 70 % der für die Grundleistung und Ergänzungsleistung eingezahlten Beiträge an den zuständig werdenden Wohlfahrtsfonds überweist, wird dieser Ärztekammer der gleiche Prozentsatz, maximal 100 %, überwiesen.

Ist die Höhe der innerhalb des in Frage kommenden Zeitraumes entrichteten Fondsbeiträge nicht bestimmbar, sind die auf diesen Zeitraum entfallenden Durchschnittsfondsbeiträge der Berechnung des Überweisungsbetrages zugrunde zu legen.

[§ 115 Abs. 1 ÄrzteG]

b) Die Gesamtsumme der für die Zusatzleistung ausgewiesenen Beträge.

- (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 Falle beträgt der Überweisungsbetrag 100 %.

[§ 115 Abs. 2 ÄrzteG]

§ 17

Streichung aus der Ärzteliste

- (1) Bei Befreiung von der Beitragspflicht (§§ 14 Abs. 1, 15 Abs. 1 lit. c) und bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste (§ 59 Abs. 3 ÄrzteG) oder Zahnärzteliste gebührt ihm der Rückersatz in sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen. Bei Streichung gemäß § 68 Abs. 4 Z 1 und 2 ÄrzteG, insbesondere bei Verlegung des Wohnsitzes in das Ausland, werden ihm auf Antrag 70 % der Beiträge im Sinne des § 16 Abs. 1 lit. a und Beiträge nach lit. b in Höhe von 100 % zurückerstattet. Zu den Fondsbeiträgen zählen in diesem Falle auch geleistete Überweisungsbeiträge im Sinne des § 16. Bei späterem Wiederaufreten der Beitragspflicht bleiben die im Rahmen des erfolgten Rückersatzes nicht refundierten Beiträge zu Gunsten der gesamthaften Bedeckung des Wohlfahrtsfonds verfallen und wirken nicht anspruchsbegründend für den Wohlfahrtsfondsteilnehmer.

[§ 115 Abs. 1, § 112 Abs. 6 ÄrzteG]

- (2) Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 oder 6 ÄrzteG, gebührt der Rückersatz der entrichteten Beiträge im Ausmaß der vorstehenden Bestimmungen gemäß Abs. 1 auf Antrag nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.

[§ 115 Abs. 1 ÄrzteG]

Ist die Höhe der innerhalb des in Frage kommenden Zeitraumes entrichteten Fondsbeiträge nicht bestimmbar, sind die auf diesen Zeitraum entfallenden Durchschnittsfondsbeiträge der Berechnung des Überweisungsbetrages bzw. Rückersatzes gemäß Abs. 1 zugrunde zu legen.

- (3) Ein Rückersatz von Beiträgen nach Abs. 1 oder 2 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 Schweiz von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

[§ 115 Abs. 3 ÄrzteG]

§ 18

Allgemeine Pflichten der Teilnehmer

- (1) Die Kammerangehörigen sind nach Maßgabe der Bestimmungen gemäß § 109 Abs. 1 ÄrzteG verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds zu leisten.
Zu seiner Erfassung hat jeder Arzt im Rahmen seiner Anmeldung gemäß § 68 Abs. 3 ÄrzteG das für den Wohlfahrtsfonds bestimmte Formblatt gewissenhaft auszufüllen.
[§ 69 Abs. 1 ÄrzteG]
Die Kammermitglieder der Landes Zahnärztekammer für Tirol sind verpflichtet, der Ärztekammer die für die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie die nach den Bestimmungen des ÄrzteG, der Satzung des Wohlfahrtsfonds und der Beitragsordnung vorgeschriebenen Beiträge zum Wohlfahrtsfonds zu leisten.
[§ 12 Abs. 2 ZÄKG]
Die Landes Zahnärztekammer für Tirol ist verpflichtet, der Ärztekammer die für die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds erforderlichen Daten zu erheben und zu übermitteln sowie Auskünfte zu erteilen, soweit diese nicht vom betroffenen Mitglied der Landes Zahnärztekammer selbst an die Ärztekammer zu übermitteln sind.
[§ 5 Abs. 4 ZÄKG]
- (2) Die beitragspflichtigen Kammerangehörigen sind verhalten:
- a) die festgesetzten Beiträge fristgerecht zu entrichten,
 - b) der Erklärungspflicht zur Ermittlung und Vorschreibung der Kammerbeiträge im Sinne der Beitragsordnung nachzukommen,
 - c) der Ärztekammer bzw. entsprechend Abs. 1 der Landes Zahnärztekammer alle für die Wohlfahrtsfondsversorgung erforderlichen Angaben unverzüglich und wahrheitsgetreu mitzuteilen,
 - d) sich den vom Verwaltungsausschuss im Falle besonderer Dringlichkeit vom Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.
- (3) Die Kammerangehörigen haben die Ärztekammer bzw. entsprechend Abs. 1 die Landes Zahnärztekammer von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente im Original oder in beglaubigter Abschrift binnen vier Wochen nach Eintritt der Änderung schriftlich in Kenntnis zu setzen. Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen haftet der Säumige.
- (4) Auch Änderungen in der Berufstätigkeit, die für das Verhältnis zum Wohlfahrtsfonds von Bedeutung sind, sind ebenfalls binnen derselben Frist der Ärztekammer bzw. entsprechend Abs. 1 der Landes Zahnärztekammer schriftlich bekanntzugeben.
- (5) Empfänger von laufenden Unterstützungsleistungen (mit Ausnahme der Krankenbeihilfe) – § 107 ÄrzteG – haben jede Änderung ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse innerhalb von vier Wochen bekanntzugeben. Im Falle einer Verletzung dieser Vorschrift können die zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückgefordert werden.
- (6) Ansuchen um Leistungen sind schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen.
- (7) Melde- und Auskunftsverpflichtungen gelten sinngemäß für leistungwerbende Hinterbliebene, ehemalige Kammerangehörige und deren Hinterbliebene.

III. AUFBRINGUNG DER MITTEL

§ 19

Fondsbeitrag

- (1) Die Erweiterte Vollversammlung setzt unter Bedachtnahme auf die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds, unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit die Beiträge (Umlagen) zum Wohlfahrtsfonds sowie dessen Leistungskatalog in einer Beitragsordnung fest.
- (2) Bei der Festsetzung der Beiträge (Umlagen) im Sinne des Abs. 1 ist auf die Leistungsansprüche, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit anhand der Einnahmen (Umsätze) sowie die Art der Berufsausübung der beitragspflichtigen Kammerangehörigen Bedacht zu nehmen.
Die Höhe der Beiträge kann betragsmäßig oder in Relation zu einer Bemessungsgrundlage festgesetzt werden. Bei Beteiligung eines Arztes oder Zahnarztes an einer Gruppenpraxis kann bei der Bemessungsgrundlage ein dem Geschäftsanteil an der Gruppenpraxis entsprechender Anteil am Umsatz (Umsatzanteil) – unabhängig von dessen Ausschüttung – berücksichtigt werden.
[§ 109 Abs. 2 ÄrzteG]
- (3) Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds darf 18 % der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher und/oder zahnärztlicher Tätigkeit einschließlich der Umsatzanteile an Gruppenpraxen nicht übersteigen.
[§ 109 Abs. 3 ÄrzteG]
- (4) Die jährlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit umfassen die Summe aus den noch nicht um Betriebsausgaben, Sonderausgaben und Werbungskosten gekürzten
- a) Bruttoeinnahmen (Umsatz) aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit - und
 - b) einem dem Geschäftsanteil an einer Gruppenpraxis entsprechenden Anteil am Umsatz (Umsatzanteil) unabhängig von dessen Ausschüttung - und
 - c) dem monatlichen Bruttogrundgehalt aus unselbständiger ärztlicher Tätigkeit samt sonstigen Zulagen, Zuschlägen und ärztlichen Honoraren bzw. Sonderklassegebühren aber ohne Zulagen und Zuschläge nach § 68 EStG 1988 und sonstige Bezüge nach § 67 EStG 1988.
- Bei Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Wohlfahrtsfondsbeiträge (Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit) sind die Beiträge selbst nicht auszuscheiden.
- (5) Die Beiträge sind durch gesetzliche Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen für deren Vertrags(zahn)ärzte, durch den Dienstgeber oder vom (Zahn-)Arzt selbst an die Ärztekammer für Tirol zugunsten des Wohlfahrtsfonds als zweckgebundenes Sondervermögen abzuführen. Nähere Regelungen zu den Beiträgen und Leistungen enthält die Beitragsordnung.

IV. LEISTUNGSRECHT

§ 19a Eingetragene Partner

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

§ 19b

Leistungsrecht bei mehreren Wohlfahrtsfondsteilnehmern

- (1) Die Witwen-/Witwerversorgung kann gleichzeitig mit der eigenen Alters- oder Invaliditätsversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds bezogen werden.
- (2) Bei einer Ehe zwischen Teilnehmern stehen dem erkrankten Teilnehmer die Leistungen der Krankenunterstützung, nicht aber dem Ehegatten zusätzlich die Leistungen des Angehörigen-Krankenhaustaggeldes zu. Bei Erkrankung eines gemeinsamen Kindes von Teilnehmern kommt das Angehörigen-Krankenhaustaggeld einfach zur Auszahlung und steht, soweit nicht ein Elternteil verzichtet, den Teilnehmern anteilig zu.
- (3) Dem Kind zweier Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds steht die Kinderunterstützung einfach und zwar berechnet von der Alters- oder Invaliditätsversorgung jenes Elternteils zu, aus welcher sich der höhere Leistungsbetrag ergibt. Nach Ableben eines Elternteils gebührt die Halbwaisenversorgung berechnet von der Alters- oder Invaliditätsversorgung dieses Elternteils und bei Erfüllung der Voraussetzungen während Lebzeiten des anderen Elternteils zusätzlich die Kinderunterstützung berechnet von dessen Alters- oder Invaliditätsversorgung.
- (4) Nach Ableben beider Elternteile als Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds und bei Erfüllung der Voraussetzungen für die Gewährung der Waisenversorgung gebühren dem Kind zwei Vollwaisenversorgungsleistungen.

A) VERSORGUNGSLEISTUNGEN

§ 20

- (1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind im Einzelnen folgende Versorgungsleistungen zu gewähren:
- a) Altersversorgung,
 - b) Invaliditätsversorgung,
 - c) Kinderunterstützung,
 - d) Witwen- und Witwerversorgung,
 - e) Waisenversorgung sowie
 - f) die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners.
- [§ 98 Abs. 1 ÄrzteG]
- (1a) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds werden folgende zusätzliche Versorgungsleistungen gewährt:
- a) Hinterbliebenenunterstützung
 - b) Bestattungsbeihilfe.
- [§ 98 Abs. 1a ÄrzteG]
- (2) Die im Abs. 1 lit. a, b und d angeführten Versorgungsleistungen bestehen aus der Grundleistung, der Ergänzungsleistung und der Zusatzleistung.
- [§ 98 Abs. 2 ÄrzteG]
- (3) Die Grundleistung wird im Falle der Altersversorgung entsprechend der Beitragshöhe und Beitragsdauer und im Falle der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit gewährt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des ÄrzteG 98. Bei vollem Grundleistungsanspruch darf jedenfalls der in § 98 Abs. 3 ÄrzteG 98 angeführte Betrag nicht unterschritten werden.
- (4) Die Leistungen nach Abs. 1 lit. a bis e werden 14 mal jährlich gewährt.
- [§ 98 Abs. 3 ff ÄrzteG]

- (5) Erreichen die Leistungen gemäß Abs. 1 lit a bis e weniger als ein Zehntel der Grundleistung nach § 98 Abs. 3 ÄrzteG wird der Leistungsanspruch durch eine nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete Einmalzahlung abgefunden.
[§ 98 Abs. 5 ÄrzteG]

§ 21 Altersversorgung

- (1) Die Altersversorgung wird mit Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt, wobei Voraussetzung hierfür ist die Einstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit
- a) auf Grund von Verträgen mit in- und ausländischen Kassen (wie z.B. GKK, SVA, VA, KFA, Vorsorgeuntersuchungsvertrag);
 - b) auf Grund einer Beteiligung als Arzt oder Zahnarzt an einer Gruppenpraxis mit Verträgen mit in- und ausländischen Kassen (wie z.B. GKK, SVA, VA, KFA, Vorsorgeuntersuchungsvertrag);
 - c) aufgrund von privat- und öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen (wie zum Beispiel als Amtsarzt) im In- und Ausland. Die Beendigung der Tätigkeit als Sprengelarzt ist jedoch mangels Aktivbezugs nicht Voraussetzung.
- Eine frühere Inanspruchnahme der Altersversorgung ist frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres bei einer entsprechenden Minderung der Leistung möglich.
[§ 99 ÄrzteG]
- (2) Bei Ausübung einer der in Abs. 1 genannten ärztlichen Tätigkeiten ruht der Anspruch auf Altersversorgung für den gesamten Kalendermonat, wenn zumindest an einem Tag des Kalendermonats eine Ausübung der ärztlichen Tätigkeit erfolgt. Ebenso ruht der Anspruch auf (vorzeitige) Altersversorgung für den gesamten Kalendermonat, wenn zumindest an einem Tag des Kalendermonats noch der Bezug einer Urlaubsentschädigung, Urlaubsabfindung oder Kündigungsentschädigung erfolgt.
- (3) Wird weiterhin eine ärztliche Tätigkeit als Wahlarzt (§ 45 Abs. 2 ÄrzteG) oder als Wohnsitzarzt (§ 47 Abs. 1 ÄrzteG) ausgeübt, besteht die Beitragspflicht laut Umlagen- und Beitragsordnung in Grund- und Ergänzungsrente sowie betreffend Todesfallbeihilfe weiter. Die Beiträge zur Grund- und Ergänzungsrente führen jedoch zu keiner Erhöhung der zuerkannten Altersversorgung.

§ 22 Ausmaß der Altersversorgung

- (1) Die Altersversorgung besteht aus:
- a) Grundleistung,
 - b) Ergänzungsleistungen und Ergänzungsrente
 - c) sowie Zusatzleistung (Individualrente).
- (2) Die Grundleistung wird nach Vollendung des 65. Lebensjahres 14 mal im Jahr ausbezahlt.
- (3) Die Grundleistung wird gemäß § 20 Abs. 3 nach der Höhe der Beitragsleistung ermittelt.
- (4) In der Beitragsordnung wird jährlich ein Richtbeitrag festgesetzt. Der Richtbeitrag ist im zur finanziellen Sicherstellung der vorgesehenen Leistungen erforderlichen Ausmaß unter Berücksichtigung des § 108a ÄrzteG zu bestimmen.
- (5) Für jedes Jahr, für das der volle Richtbeitrag geleistet wird, wird Anwartschaft auf 3 % der Grundleistung erworben. Erreichen im Einzelfall die Beiträge nicht den Richtbeitrag, wird die Anwartschaft für das betreffende Jahr, in dem der geringeren Beitragsleistung entsprechendem Verhältnis, vermindert erworben. Die Anwartschaft wird auf Hundertstel Prozentanteile genau ermittelt.

- (6) Das individuelle Leistungsausmaß ergibt sich aus der Addition der jährlichen Zuwachsprozentsätze und errechnet sich aus der im Leistungskatalog des Wohlfahrtsfonds festgesetzten Grundleistung.

Leistungszuwächse zwischen 1.1.1989 und 31.12.1993 erhöhen den prozentuellen Anspruch auf die Grund- und Ergänzungsleistungen nur bis zum Ausmaß von 100 %. Ab 1.1.1994 kann durch die ab diesem Datum wirksam werdende Anrechnung von Leistungsansprüchen auch über 100 % das Ausmaß der Grund- und Ergänzungsleistungen überschreiten, und zwar maximal 103 % des Bemessungsbetrages.

Anspruchsberechtigte, die per 1.1.1989 bereits 33 1/3 anrechenbare Versicherungsjahre erworben haben, erhalten ebenfalls maximal 103 % des Bemessungsbetrages.

- (7) Auf Antrag ist die Altersversorgung vorzeitig bereits ab dem der Vollendung des 60. Lebensjahres folgenden Zuerkennungsstichtag (Monatserster nach § 43 Abs. 1 und Abs. 2) unter den in § 21 Abs. 1 genannten Voraussetzungen zu gewähren. Pro Monat des Antrittes der Altersversorgung vor dem für das vollendete 65. Lebensjahr geltenden Zuerkennungsstichtag vermindert sich dabei die Versorgungsleistung für

Zuerkennungsstichtage	um
1.10.2009 – 31.03.2010	0,3800% p.m.
1.04.2010 – 30.09.2010	0,3933% p.m.
1.10.2010 – 31.03.2011	0,4067% p.m.
1.04.2011 – 30.09.2011	0,4200% p.m.
1.10.2011 – 31.03.2012	0,4333% p.m.
1.04.2012 – 30.09.2012	0,4467% p.m.
1.10.2012 – 31.03.2013	0,4600% p.m.
1.04.2013 – 30.09.2013	0,4733% p.m.
1.10.2013 – 31.03.2014	0,4867% p.m.
ab 1.04.2014	0,5000% p.m.

Die Verminderung bleibt jeweils für die Dauer des Bezuges wirksam und wirkt für die Versorgung der Hinterbliebenen fort.

- (7a) Der Abschlag ist gedeckelt für Zuerkennungsstichtage zum Antritt der vorzeitigen Altersversorgung

ab dem	für Geburtsjahrgänge 1949 und älter	für Geburtsjahrgänge 1950 bis einschließlich 1954
voll. 60. Lebensjahr mit	26%	28%
voll. 61. Lebensjahr mit	20%	22%
voll. 62. Lebensjahr mit	14,50%	16,25%
voll. 63. Lebensjahr mit	9,50%	10,75%
voll. 64. Lebensjahr mit	5,50%	5,75%

- (8) Übergangsbestimmungen: Beitragszeiten ab Beginn der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol bis zum 31.12.1988 gelten, sofern keine Ermäßigung oder Befreiung erfolgt ist, als mit 3 % Anwartschaft für jedes volle Kalenderjahr anerkannt. Teile von Jahren gelten verhältnismäßig weniger, begonnene Monate zählen als volle Monate.
- (9) Wohlfahrtsfondsteilnehmer, die vor dem 31.12.1923 geboren wurden und erstmals nach dem 1.1.1989 die Altersversorgung beziehen, erhalten ohne Rücksicht auf die erworbenen Anwartschaften die volle Grundleistung.

(10) Ergänzungsleistungen (Lineare Progression):

Ab dem 181. Monat der Beitragsleistung zur Grundrente wird für jedes weitere volle Beitragsjahr (12 Beitragsmonate) 1% der sich bei Berechnung der Altersversorgung ergebenden individuellen Grundrentenleistung als Lineare Progression gewährt. Monate ohne tatsächliche Beitragsleistung zur Grundrente (wie z.B. Mutter-, Väterkarenz nach § 14), Monate der Hinzurechnung in der Invaliditätsversorgung (§ 28 Abs. 2) sowie Nachzahlungen zur Grundrente für Stichtage ab dem 1.7.2008 (§ 23 Abs. 4) werden für die Berechnung der Linearen Progression nicht berücksichtigt.

§ 23

Nachzahlung zur Grundrente

- (1) Kammerangehörige, die verpflichtet sind, den Beitrag zur Grundrente zu leisten, haben nach Vollendung des 55. Lebensjahres eine Nachzahlung zu leisten, wenn sie bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres weniger als 100% Anwartschaft auf die Grundrente erwerben würden.
- (2) Zu den bereits durch Beitragsleistung erworbenen Anwartschaften werden jene Anwartschaftsprozente hinzugezählt, welche sich im Zeitraum vom vollendeten 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 65. Lebensjahr bei voller Beitragsleistung zur Grundrente voraussichtlich ergeben würden. Die Differenz auf 100% ist als fehlende Anwartschaft nachzukaufen. In dem Ausmaß jedoch als die fehlende Anwartschaft 30% übersteigt, ist sie nicht nachzukaufen und bleibt bei der Berechnung der Altersversorgung unberücksichtigt.
- (3) Die Höhe der Nachzahlung ergibt sich, indem der zu erwerbende Anwartschaftsprozentsatz mit dem vollen Richtbeitrag zur Grundrente des Vorschreibungsjahres multipliziert und dann das Ergebnis durch einen Divisor geteilt wird. Der Divisor beträgt für die ersten 5% an fehlender Anwartschaft 2,60, für die zweiten 5% 2,55, für die dritten 5% 2,50, für die vierten 5% 2,40, für die fünften 5% 2,30 und für die darüber hinaus gehende fehlende Anwartschaft bis höchstens 30% 2,20.
- (4) Die Nachzahlung wird am Monatsersten, der dem Monat der Vollendung des 55. Lebensjahres folgt, vorgeschrieben.
- (5) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann auf Antrag nach Billigkeit eine teilweise oder gänzliche Befreiung von der Nachzahlung gewährt werden. Eine teilweise Befreiung erfolgt der Reihe nach zunächst betreffend die dem Divisor von 2,20 unterliegende fehlende Anwartschaft, sodann betreffend die fehlenden Anwartschaften mit dem Divisor 2,30, 2,40, 2,50, 2,55 und erst zuletzt betreffend die dem Divisor von 2,60 unterliegende fehlende Anwartschaft. Übersteigt die fehlende Anwartschaft 3% kann eine Zahlung in bis zu drei Jahresraten beginnend mit dem Jahr der Vorschreibung gewährt werden. Für die Höhe der Nachzahlung ist der Richtbeitrag des jeweiligen Jahres der Teilzahlung zu Grunde zu legen. Erst mit erfolgter Zahlung ist die Anwartschaft für Alters- oder Invaliditätsversorgung anzurechnen.
- (6) Bei teilweiser Befreiung von der Nachzahlung werden Anwartschaften in entsprechend geringerem Maß erworben, bei Teilzahlungen in dem mit der jeweiligen Rate nachgekauften Anwartschaftsprozentsatz. § 14 Abs. 4 gilt sinngemäß.
- (7) Die Nachzahlungsverpflichtung entfällt für jene Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

§ 24

Ergänzungsrente

- (1) Die Ergänzungsrente wird nur zusammen mit der Grundleistung an die Teilnehmer des Wohlfahrtsfonds gewährt, die seit Beginn der Beitragspflicht (Niederlassung) den Fixbeitrag und den variablen Beitrag bis 1.1.1994 bezahlt haben.
- (2) Die Ergänzungsrente ist ab 1.1.1994 aus einem einheitlichen Fixbeitrag zu bedecken.
- (3) Für jedes Jahr, für das der Richtbeitrag zur Ergänzungsrente geleistet wird, wird Anwartschaft auf die Ergänzungsrente erworben. Erreichen die Beiträge zur Ergänzungsrente nicht den Richtbeitrag zur Ergänzungsrente, wird die Anwartschaft für das betreffende Jahr in dem der geringeren Beitragsleistung entsprechendem Verhältnis vermindert erworben.
- (4) Die Anwartschaft beträgt für Beitragszeiten

bis 31.12.1999	5,00 %
von 1.1.2000 bis 31.12.2000	4,76 %
von 1.1.2001 bis 31.12.2001	4,55 %
von 1.1.2002 bis 31.12.2002	4,35 %
von 1.1.2003 bis 31.12.2003	4,17 %
von 1.1.2004 bis 31.12.2004	4,00 %
von 1.1.2005 bis 31.12.2005	3,85 %
von 1.1.2006 bis 31.12.2006	3,70 %
von 1.1.2007 bis 31.12.2007	3,57 %
von 1.1.2008 bis 31.12.2008	3,45 %
ab 1.1.2009	3,33 %

 pro Jahr.
- (5) Es können maximal 100 % Anwartschaft erworben werden; wenn mehr als 30 Jahre Beiträge zur Ergänzungsrente geleistet werden, maximal 103,33 %. Abweichend zu Abs. 4 beträgt die Anwartschaft ab dem 31. Jahr, in dem Beiträge zur Ergänzungsrente geleistet werden, auch im Zeitraum von 1.1.2000 bis 31.12.2008 jährlich 3,33 %.
- (6) Teilnehmer, die von der ab 1.1.1977 eingeführten Erhöhung befreit wurden, erwerben 50 % Anwartschaft. Der dafür zu entrichtende Betrag ist ein Fixbeitrag. § 25 ist nicht anzuwenden.
- (7) Die Bestimmungen des § 22 Abs. 2 und 7 finden für die Ergänzungsrente Anwendung.

§ 25

Nachzahlung zur Ergänzungsrente

- (1) Kammerangehörige, die verpflichtet sind, den Beitrag zur Ergänzungsrente zu leisten, haben nach Vollendung des 57. Lebensjahres eine Nachzahlung zu leisten, wenn sie bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres weniger als 100% Anwartschaft auf die Ergänzungsrente erwerben würden.
- (2) Zu den bereits durch Beitragsleistung erworbenen Anwartschaften werden jene Anwartschaftsprozente hinzugezählt, welche sich im Zeitraum vom vollendeten 57. Lebensjahr bis zum vollendeten 65. Lebensjahr bei voller Beitragsleistung zur Ergänzungsrente voraussichtlich ergeben würden. Die Differenz auf 100% ist als fehlende Anwartschaft nachzukaufen. In dem Ausmaß jedoch als die fehlende Anwartschaft 30% übersteigt, ist sie nicht nachzukaufen und bleibt bei der Berechnung der Altersversorgung unberücksichtigt.
- (3) Die Höhe der Nachzahlung ergibt sich, indem der zu erwerbende Anwartschaftsprozentsatz mit dem vollen Richtbeitrag zur Ergänzungsrente des Vorschreibungsjahres multipliziert und dann das Ergebnis durch einen Divisor geteilt wird. Der Divisor beträgt für die ersten 5% an fehlender Anwartschaft 2,90, für die zweiten 5% 2,85, für die dritten 5% 2,80, für die vierten 5% 2,70, für die fünften 5% 2,60 und für die darüber hinaus gehende fehlende Anwartschaft bis höchstens 30% 2,50.

- (4) Die Nachzahlung wird am Monatsersten, der dem Monat der Vollendung des 57. Lebensjahres folgt, vorgeschrieben.
- (5) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann auf Antrag nach Billigkeit eine teilweise oder gänzliche Befreiung von der Nachzahlung gewährt werden. Eine teilweise Befreiung erfolgt der Reihe nach zunächst betreffend die dem Divisor von 2,50 unterliegende fehlende Anwartschaft, sodann betreffend die fehlenden Anwartschaften mit dem Divisor 2,60, 2,70, 2,80, 2,85 und erst zuletzt betreffend die dem Divisor von 2,90 unterliegende fehlende Anwartschaft. Übersteigt die fehlende Anwartschaft 3% kann eine Zahlung in bis zu drei Jahresraten beginnend mit dem Jahr der Vorschreibung gewährt werden. Für die Höhe der Nachzahlung ist der Richtbeitrag des jeweiligen Jahres der Teilzahlung zu Grunde zu legen. Erst mit erfolgter Zahlung ist die Anwartschaft für Alters- oder Invaliditätsversorgung anzurechnen.
- (6) Bei teilweiser Befreiung von der Nachzahlung werden Anwartschaften in entsprechend geringerem Maß erworben, bei Teilzahlungen in dem mit der jeweiligen Rate nachgekauften Anwartschaftsprozentsatz. § 14 Abs. 4 gilt sinngemäß.
- (7) Die Nachzahlungsverpflichtung entfällt für jene Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

§ 26 Individualrente

- (1) Die Individualrente wird den zur Beitragsleistung verpflichteten Niedergelassenen (Zahn-)Ärzten nur zusammen mit der Grund- und Ergänzungsrente zuerkannt. Sie beträgt als Versorgungsleistung für ein volles Kalenderjahr für Stichtage der Zuerkennung der Altersversorgung (Monatserster nach § 43 Abs. 1 und Abs. 2) bis zum 30.6.2008 13 % der eingezahlten Beiträge.
- (2) Für Stichtage ab 1.7.2008 betreffend Konten zur Individualrente, welche beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol durch Beitragsleistung zur Individualrente vor dem 1.7.2008 eröffnet wurden, vermindert sich der Prozentsatz von 13% so lange jeweils um 0,0084% pro Monat bis 11% erreicht sind. Bei vorzeitiger Altersversorgung nach § 22 Abs. 7 und bei Invaliditätsversorgung betreffend vor dem 1.7.2008 eröffnete Konten ist jener Prozentsatz, der zum Stichtag der regulären Altersversorgung nach § 21 Abs. 1 gegeben wäre, anzuwenden. Wird die Altersversorgung betreffend ein vor dem 1.7.2008 eröffnetes Konto zum Stichtag der regulären Altersversorgung noch nicht in Anspruch genommen sondern erst später bezogen und erfolgt zudem nach dem Stichtag der regulären Altersversorgung keine weitere Einzahlung auf das Konto mehr, so ist jener Prozentsatz, der zum Stichtag der regulären Altersversorgung gegeben war, anzuwenden. Der Prozentsatz ist auf den gesamten Kontostand anzuwenden.
- (3) Für ab dem 1.7.2008 beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol neu eröffnete Konten gilt ab dem Stichtag 1.7.2008 in regulärer und vorzeitiger Altersversorgung als auch in Invaliditätsversorgung der Prozentsatz von 11%.
- (4) Die Auszahlung der Leistung für ein volles Kalenderjahr erfolgt in 14 Teilbeträgen. Die Individualrente kann außer als reguläre Altersversorgung zum vollendeten 65. Lebensjahr mit Vollendung des 60. Lebensjahres oder als Invaliditätsversorgung gewährt werden, vermindert sich jedoch entsprechend den Bestimmungen der §§ 22 Abs. 7 bzw. 28 Abs. 5.
- (5) Die Beiträge werden bei Kassenärzten als prozentueller Abzug vom Kassenhonorar, bei den anderen Niedergelassenen (Zahn-)Ärzten durch Vorschreibung eines Fixbeitrages eingehoben.

- (6) Die Einzahlungen sind für jeden Teilnehmer gesondert zu verbuchen. Der Saldo ist jeweils mit Jahresabschluss dem Teilnehmer bekanntzugeben. Der Kontostand wird nicht aufgezinst.
- (7) Hat ein Teilnehmer auf das Individualrentenkonto den festgesetzten Höchstbeitrag (Höchstlimitsumme) laut Beitragsordnung einbezahlt, erfolgt keine Beitragsvorschreibung mehr.
- (8) Die Individualrente ist eine Zusatzleistung des Wohlfahrtsfonds. Beiträge werden zur Altersversorgung zunächst auf die Grund-, dann auf die Ergänzungsrente und bei vollständiger Entrichtung dieser Beiträge auf das Individualrentenkonto angerechnet.

§ 27

Invaliditätsversorgung

- (1) Invaliditätsversorgung wird gewährt, wenn der Teilnehmer infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist.
[§ 100 Abs. 1 ÄrzteG]
- (2) Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn diese nach begründeter medizinischer Voraussicht in absehbarer Zeit zu beheben ist.
[§ 100 Abs. 2 ÄrzteG]
- (3) Der Leistungsfall der vorübergehenden Berufsunfähigkeit liegt jedenfalls nicht vor, wenn diese weniger als drei Monate andauert.
[§ 100 Abs. 2 ÄrzteG]
- (4) Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt, zur Feststellung der Voraussetzungen nach Abs. 1 und 2 eine Untersuchung durch einen Vertrauensarzt anzuordnen.
[§ 100 Abs. 1 ÄrzteG]
- (5) Besteht die vorübergehende Berufsunfähigkeit länger als 26 Wochen, kann sofern die Voraussetzungen hiefür erfüllt sind, die Invaliditätsversorgung wegen Berufsunfähigkeit gewährt werden.
[§ 100 Abs. 3 ÄrzteG]
- (6) Die Zuerkennung der Invaliditätsversorgung setzt eine Teilnahme am Wohlfahrtsfonds durch Beitragsleistung in der Altersversorgung zum Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit voraus, dies mit Ausnahme der Leistungsgewährung nach § 14 Abs. 5 bis 7 der Satzung.

§ 28

Ausmaß der Invaliditätsversorgung

- (1) Die Invaliditätsversorgung wegen dauernder oder vorübergehender Berufsunfähigkeit besteht aus
 - a) der Grundleistung und den Ergänzungsleistungen,
 - b) der Ergänzungsrente sowie
 - c) der Zusatzleistung (Individualrente).
- (2) Für die Ermittlung der Höhe der Invaliditätsversorgung aus der Grundleistung und den Ergänzungsleistungen ist § 22 anzuwenden. Die Grundleistung beträgt in der Invaliditätsversorgung einschließlich Hinzurechnung jedoch höchstens 100%, dann aber höchstens 103%, wenn bereits durch Beitragsleistungen eine Anwartschaft in dieser Höhe erworben wurde. Zu den durch Beitragsleistungen erworbenen Anwartschaften auf Grundleistung erfolgt eine Hinzurechnung von Anwartschaften. Für Zeiträume einer früheren Invaliditätsversorgung werden dabei Anwartschaften entsprechend dem damals für die Hinzurechnung verwendeten Anwartschaftsprozentsatz in der Grund- bzw. Ergänzungsrente zu Grunde gelegt, nicht aber für die Lineare Progression.

Liegt der Zeitpunkt der Zuerkennung der Invaliditätsversorgung (Stichtag nach § 43 Abs. 1 und Abs. 2) vor dem vollendeten 35. Lebensjahr werden ab dem Stichtag bis zum vollendeten 35. Lebensjahr 0,69% p.a. und ab dem vollendeten 35. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr 3% p.a. hinzugerechnet.

Für ab dem vollendeten 35. Lebensjahr liegende Stichtage werden die vom Teilnehmer für Beitragsmonate ab dem vollendeten 35. Lebensjahr durch Beitragsleistungen erworbenen Anwartschaftsprozentpunkte durch die Jahre der Teilnahme am Wohlfahrtsfonds ab dem vollendeten 35. Lebensjahr dividiert. Der sich daraus ergebende Anwartschaftsprozentsatz, höchstens jedoch 3% p.a., wird für die Zeiträume vom Stichtag bis zum vollendeten 65. Lebensjahr hinzugerechnet.

- (3) Für die Ermittlung der Höhe der Invaliditätsversorgung aus der Ergänzungsrente ist § 24 sinngemäß anzuwenden. Die Invaliditätsversorgung beträgt einschließlich Hinzurechnung jedoch höchstens 100% der Ergänzungsrente, dann aber höchstens 103,33%, wenn bereits durch Beitragsleistungen eine Anwartschaft in dieser Höhe erworben wurde. Besteht zum Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit keine Beitragsleistung zur Ergänzungsrente, wird die Berechnung ausschließlich aufgrund der erworbenen Anwartschaften ohne Hinzurechnung durchgeführt.

Anderenfalls erfolgt zu den durch Beitragsleistungen erworbenen Anwartschaften auf Ergänzungsrente eine Hinzurechnung von Anwartschaften. Die vom Teilnehmer durch Beitragsleistungen erworbenen Anwartschaftsprozentpunkte werden durch die Jahre der Teilnahme am Wohlfahrtsfonds als Niedergelassener Arzt dividiert. Der sich daraus ergebende Anwartschaftsprozentsatz, höchstens jedoch 3% p.a., wird für die Zeiträume vom Stichtag bis zum vollendeten 65. Lebensjahr hinzugerechnet.

- (4) Für die Berechnung der Zusatzleistung (Individualrente) ist § 26 sinngemäß anzuwenden. Es erfolgt keine Hinzurechnung.
- (5) Die Invaliditätsversorgung vermindert sich für Stichtage (Monatserster nach § 43 Abs. 1 und Abs. 2) der erstmaligen Zuerkennung der Invaliditätsversorgung ab dem 01.10.2009 pro Monat des Antrittes vor dem für das vollendete 65. Lebensjahr geltenden Zuerkennungsstichtag wie folgt:

Zuerkennungsstichtage	um
1.10.2009 – 31.03.2010	0,3117% p.m. maximal jedoch 18,70%
1.04.2010 – 30.09.2010	0,3233% p.m. maximal jedoch 19,40%
1.10.2010 – 31.03.2011	0,3350% p.m. maximal jedoch 20,10%
1.04.2011 – 30.09.2011	0,3467% p.m. maximal jedoch 20,80%
1.10.2011 – 31.03.2012	0,3583% p.m. maximal jedoch 21,50%
1.04.2012 – 30.09.2012	0,3700% p.m. maximal jedoch 22,20%
1.10.2012 – 31.03.2013	0,3817% p.m. maximal jedoch 22,90%
1.04.2013 – 30.09.2013	0,3933% p.m. maximal jedoch 23,60%
1.10.2013 – 31.03.2014	0,4050% p.m. maximal jedoch 24,30%
ab 1.04.2014	0,4167% p.m. maximal jedoch 25,00%

des jeweiligen Ergebnisses der Berechnungen nach Abs. 2, Abs. 3 und Abs. 4. Bei den Berechnungen nach Abs. 2, Abs. 3 und Abs. 4 wird § 22 Abs. 7 und Abs. 7a jeweils nicht angewendet. Die Verminderung bleibt jeweils für die Dauer des Bezuges wirksam und wirkt für die Versorgung der Hinterbliebenen fort.

§ 29 Kinderunterstützung

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

[§ 101 Abs. 1 ÄrzteG]

- (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.

[§ 101 Abs. 2 ÄrzteG]

- (3) Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht
- a) für Volljährige, die selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes 1988 (EStG 1988), BGBl. Nr. 400, - ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis beziehen, sofern diese den im § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, jeweils festgesetzten Betrag übersteigen;

- b) bei Verhehlung.

[§ 101 Abs. 3 ÄrzteG]

- (4) Die Kinderunterstützung beträgt während des Jahres

2008 25,50 %
2009 24,50 %
2010 23,50 %
2011 22,50 %
2012 21,50 %
2013 20,50 %
2014 19,50 %
2015 18,50 %
2016 17,50 %
2017 16,50 %
2018 15,50 %
2019 15,00 %

der dem Empfänger einer (vorzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung für dieses Jahr gewährten Grundleistung nach § 22 Abs. 1 lit. a). Die Kinderunterstützungen mehrerer Kinder dürfen insgesamt das Doppelte einer Kinderunterstützung nicht übersteigen und sind erforderlichenfalls im gleichen Verhältnis zu kürzen.

- (5) Als Kinder im Sinne des Abs. 1 gelten die ehelichen, unehelichen, legitimierten und Adoptivkinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern sie, ausgenommen die Regelung nach Abs. 2 lit. a, ständig in Hausgemeinschaft des Empfängers leben. Leistungsberechtigt sind eheliche, uneheliche, legitimierte und Adoptivkinder auch dann, wenn sie sich nach Scheidung (Trennung) der Ehe bzw. Trennung der Eltern außerhalb der Hausgemeinschaft des Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung aufhalten, wenn vom Empfänger ihnen gegenüber eine Unterhaltspflicht besteht.

§ 30

Witwen-(Witwer-)versorgung

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

[§ 102 Abs. 1 ÄrzteG]

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

[§ 102 Abs. 2 ÄrzteG]

- (3) Witwen-(Witwer-)versorgung gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten, dessen Ehe mit der Kammerangehörigen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte. Hat der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistung gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung längstens bis zum Ablauf der Frist. Die Witwen-(Witwer-)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn,
- a) das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Anspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz dRGI. 1983 I S 807,
- b) die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und
- c) der frühere Ehegatte hatte im Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet.
- (4) Die Voraussetzung nach Abs. 3 lit. c entfällt, wenn
- a) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteiles 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 Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.
- (5) Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige neben dem/der früheren Ehegatten/-gattin eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) hinterlassen hätte. Die Witwen- (Witwer-) versorgung und die Versorgung früherer Ehegatten dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige Anspruch gehabt hat. Die Versorgung mehrerer früherer Ehegatten ist im gleichen Verhältnis zu kürzen.

Die Versorgung des früheren Ehegatten darf zudem für Stichtage

von 1.1.2008 bis 31.12.2008	höchstens 25,00%
von 1.1.2009 bis 31.12.2009	höchstens 24,34%
von 1.1.2010 bis 31.12.2010	höchstens 23,68%
von 1.1.2011 bis 31.12.2011	höchstens 23,02%
von 1.1.2012 bis 31.12.2012	höchstens 22,36%
von 1.1.2013 bis 31.12.2013	höchstens 21,70%
von 1.1.2014 bis 31.12.2014	höchstens 21,04%
von 1.1.2015 bis 31.12.2015	höchstens 20,38%
ab 1.1.2016	höchstens 20,00%

des Anspruches des bzw. der verstorbenen Kammerangehörigen auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung unter Anwendung der Verminderungsbestimmungen nach § 22 Abs. 7 und § 28 Abs. 5 erreichen. Stichtag ist der Tag des Ablebens des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Wohlfahrtsfondsteilnehmers. Im Falle der Wiederverhehlung erlischt der Anspruch von Witwe/r und früherem Ehegatten/-gattin auf Witwen(Witwer-)versorgung.

§ 31

Ausmaß der Witwen-(Witwer-)versorgung

Die Witwen- (Witwer-)versorgung beträgt für Stichtage

von 1.1.2008 bis 31.12.2008	70,00%
von 1.1.2009 bis 31.12.2009	69,34%
von 1.1.2010 bis 31.12.2010	68,68%
von 1.1.2011 bis 31.12.2011	68,02%
von 1.1.2012 bis 31.12.2012	67,36%
von 1.1.2013 bis 31.12.2013	66,70%
von 1.1.2014 bis 31.12.2014	66,04%
von 1.1.2015 bis 31.12.2015	65,38%
von 1.1.2016 bis 31.12.2016	64,72%
von 1.1.2017 bis 31.12.2017	64,06%
von 1.1.2018 bis 31.12.2018	63,40%
von 1.1.2019 bis 31.12.2019	62,74%
von 1.1.2020 bis 31.12.2020	62,08%
von 1.1.2021 bis 31.12.2021	61,42%
von 1.1.2022 bis 30.06.2022	60,76%
ab 1.1.2023	60,00%

der (vorzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung unter Anwendung der Verminderungsbestimmungen nach § 22 Abs. 7 und § 28 Abs. 5, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. Stichtag ist der Tag des Ablebens des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Wohlfahrtsfondsteilnehmers. Verstirbt der Teilnehmer nach Vollendung des 60. und vor Vollendung des 65. Lebensjahres ohne dass bereits eine Versorgung zuerkannt ist, ist für die Berechnung eine Invaliditätsversorgung zu Grunde zu legen.

§ 32

Waisenversorgung

- (1) Eine Waisenversorgung wird unter sinngemäßer Anwendung des § 29 Abs. 1 bis 4 gewährt.
- (2) Die Waisenversorgung beträgt für jede Halbweise 15 %, für jede Vollweise 30 %, der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.
[§ 103 Abs. 1 und 2 ÄrzteG].
- (3) Die Waisenversorgung beträgt für jede Halbweise 30 %, für jede Vollweise 50 %, der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte, wenn diese ausschließlich aus der Grundleistung sowie aus der Ergänzungsleistung Linearer Progression besteht.
[§ 103 Abs. 1 und 2 ÄrzteG]
- (4) Sind mehrere Waisen vorhanden, darf die Waisenversorgung insgesamt das Zweifache der Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen, sofern die Voraussetzungen des § 103 Abs. 2 ÄrzteG erfüllt sind. Die Auszahlung erfolgt zu gleichen Teilen.

§ 33 Einmalleistungen bei Ableben

- (1) Beim Tode eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung werden gewährt
 - a) Hinterbliebenenunterstützung
 - b) Bestattungsbeihilfe.[§ 104 Abs. 1 ÄrzteG]
- (2) Die Hinterbliebenenunterstützung dient den Hinterbliebenen als einmalige finanzielle Sofortversorgung. Die Höhe des von allen beitragspflichtigen Teilnehmern eingehobenen Hinterbliebenenunterstützungsbeitrages und die Höhe der Hinterbliebenenunterstützung sind in der Beitragsordnung festzusetzen.
[§ 104 Abs. 1 und 2 ÄrzteG]
- (3) Die Bestattungsbeihilfe dient der Abdeckung der mit der Bestattung verbundenen Kosten. Die Höhe des von allen beitragspflichtigen Teilnehmern eingehobenen Bestattungsbeihilfenbeitrages und die Höhe der Bestattungsbeihilfe sind in der Beitragsordnung festzusetzen. Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe darf das 6fache der Grundleistung nicht übersteigen.
[§ 104 Abs. 1 und 2 ÄrzteG]
- (4) Auf die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe haben, sofern der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:
 1. die Witwe (der Witwer) oder der eingetragene Partner unter den in § 30 festgesetzten Voraussetzungen oder
 2. die Waisen (§ 32)
 3. sonstige gesetzliche Erben
- (5) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs. 4 Z 2 oder 3 vorhanden, ist diesen die Todesfallbeihilfe zur ungeteilten Hand auszuzahlen.
- (6) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 4 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der vorgesehenen Bestattungsbeihilfe.
[§ 104 Abs. 3 bis 5 ÄrzteG]

B) UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

§ 34 Krankenunterstützung

- (1) Kammerangehörigen, die durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen Beruf auszuüben, wird eine Krankenunterstützung, die sich nach der Dauer der Krankheit richtet, gewährt.
[§ 106 Abs. 1 ÄrzteG]
- (2) Die Krankenunterstützung gliedert sich:
 - a) in ein Krankengeld für den Fall einer Krankheit während der Berufsunfähigkeit,
 - b) in das Krankenhaustaggeld für den Fall einer stationären Krankenhausbehandlung.
- (3) Die Beiträge für die Krankenunterstützung werden in der Beitragsordnung festgelegt.

§ 35 Mutterschutz

- (1) Bei weiblichen Kammerangehörigen, die den ärztlichen Beruf nicht in einem Anstellungsverhältnis ausüben (§§ 45 Abs. 2, 47 Abs. 1 ÄrzteG), ist bei Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit über Antrag die Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes bis zur Höchstdauer von 20 Wochen einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 36 Abs. 1 gleichzuhalten. Für die Leistungsgewährung sind die Karenztage nach § 36 abzuziehen.
[§ 106 Abs. 5 ÄrzteG]
- (2) Die Niederlassung oder Aufnahme einer Tätigkeit als Wohnsitzärztin erst innerhalb von 32 Wochen vor dem Stichtag begründen keine Unterstützungsleistungen gemäß Abs. 1 (Wartezeit). Stichtag ist der Beginn der Achtwochenfrist gemäß § 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz.

§ 36 Krankengeld

- (1) Niedergelassene Ärzte und Wohnsitzärzte, die durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen Beruf auszuüben, haben Anspruch auf Krankengeld ab dem 5. Krankheitstag, sofern sie nicht Bezieher einer Altersversorgung sind.
- (2) Die Höhe des Krankengeldes wird jährlich angepasst und im Leistungskatalog verlautbart.
- (3) Das Krankengeld wird für die Dauer der Berufsunfähigkeit, höchstens jedoch für einen Zeitraum von 26 Wochen innerhalb von zwölf Monaten gewährt. Innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten wird das Krankengeld höchstens für 52 Wochen gewährt.
[§ 106 Abs. 3 ÄrzteG]

§ 37 Krankenhaustaggeld

- (1) Ist die Erkrankung mit einer stationären Behandlung in einer Krankenanstalt verbunden, haben Kammerangehörige und Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung Anspruch auf Krankenhaustaggeld.
- (2) Die Höhe des Krankenhaustaggeldes wird jährlich angepasst und im Leistungskatalog verlautbart (Krankenhaustaggeldsatz). Ausschließlich angestellte Ärzte erhalten das Krankenhaustaggeld erst ab dem 29. Tag der stationären Behandlung. Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung erhalten die ihnen tatsächlich erwachsenen Krankenhauskosten, höchstens jedoch den Krankenhaustaggeldsatz täglich ersetzt.
- (3) Bei Erkrankung des Ehegatten oder eines Kindes, die mit einer stationären Behandlung in einer Krankenanstalt verbunden ist, erhalten niedergelassene Ärzte täglich einen Kostenbeitrag in Höhe des Krankenhaustaggeldsatzes. Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung erhalten den Kostenbeitrag in der Höhe der tatsächlich erwachsenen Krankenhauskosten, höchstens jedoch den Krankenhaustaggeldsatz täglich ersetzt. Eine Doppelleistung (Ehegatte ist ebenfalls Fondsmitglied) ist ausgeschlossen.
- (4) Der Anspruch auf Krankenhaustaggeld besteht innerhalb von drei Jahren für höchstens 52 Wochen.
- (5) Krankenunterstützung für stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten außerhalb Tirols ist vorher zu beantragen. Nachträglich werden Leistungen nur bei Vorliegen einer akuten medizinischen Notwendigkeit zuerkannt.
Im Ausland wird die Krankenunterstützung nur in besonders begründeten Fällen auf Antrag zuerkannt.

- (6) Krankenunterstützung für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluss an eine akute Erkrankung notwendig sind, können auf Antrag gewährt werden.
- (7) Krankenunterstützung für Kuraufenthalte wird nicht gewährt.

§ 38

- (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 einen Monat, können auf Ansuchen jeweils entsprechende, der endgültigen Abrechnung nach Abs. 1 anzurechnende Vorauszahlungen geleistet werden.

§ 39

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.

C) SONSTIGE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

§ 40

Sonstige Krankheitskosten

Die durch die Erkrankung eines Teilnehmers, seiner Ehegattin oder eines Kindes notwendigen Rettungstransportkosten werden in besonders wirtschaftlich, sozial oder medizinisch begründeten Fällen teilweise oder in voller Höhe ersetzt.

§ 41

Notstandsleistungen

- (1) Notstandsleistungen können im Falle eines nachgewiesenen wirtschaftlich bedingten Notstandes in Form einmaliger oder wiederkehrender finanzieller Leistungen gewährt werden an:
 - a) Kammerangehörige
 - b) Ehemalige Kammerangehörige
 - c) Hinterbliebene nach Ärzten, die mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben,
 - d) den (die) geschiedene(n) Ehegatten(-in).Das Gleiche gilt für Ärzte, die aus dem Wohlfahrtsfonds eine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen.
[§ 107 Abs. 2 ÄrzteG]
- (2) Laufende Unterstützungen werden 14 mal jährlich ausgezahlt und können jeweils höchstens für ein Jahr bewilligt werden.

V. VERFAHRENSVORSCHRIFTEN

§ 42

Allgemeines

Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss und dem Beschwerdeausschuss ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 anzuwenden.

[§ 113 Abs. 7 ÄrzteG]

§ 43

- (1) Wiederkehrende Leistungen werden bei Erfüllung der Voraussetzungen ab dem dem Tage des Einlangens des Ansuchens beim Wohlfahrtsfonds nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn die Einreichung auf einen 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 des der Erfüllung der Voraussetzungen folgenden Monatsersten zu gewähren.
- (3) Im Falle der Stattgebung der Beschwerde gegen den ablehnenden Beschluss des Verwaltungsausschusses durch den Beschwerdeausschuss hat dieser nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Satzung den Zeitpunkt der Wirksamkeit seiner Entscheidung zu bestimmen.
- (4) Einmalige Leistungen, ausgenommen die Krankenunterstützung sowie wiederkehrende Unterstützungen, werden nach Rechtskraft des stattgebenden Beschlusses des Verwaltungsausschusses im Falle der Beschwerde an den Beschwerdeausschuss nach dessen zuerkennendem Beschluss ausgezahlt.
- (5) Die Auszahlung der Leistungen im Sinne des Abs. 4 hat längstens binnen vier Wochen nach ihrer rechtskräftigen Zuerkennung zu erfolgen.
- (6) Die Versorgungsleistungen werden 14 mal im Kalenderjahr gewährt. Die Auszahlung des 13. Bezuges erfolgt zugleich mit der Versorgungsleistung im Juni und des 14. Bezuges zugleich mit der Versorgungsleistung im Dezember.

§ 44

- (1) Vom Erkrankungsfalle ist der Verwaltungsausschuss der Ärztekammer durch den Kammerangehörigen unverzüglich, längstens innerhalb von sieben Tagen, schriftlich mit Bezeichnung der Krankheit in Kenntnis zu setzen.
- (2) Leistungsansuchen wegen Erkrankung sind unter Beilage eines ärztlichen Attestes über Art und Dauer der Erkrankung innerhalb von sechs Monaten nach Wiedererlangung der Berufsfähigkeit bzw. Ende des Krankenhausaufenthaltes der Ärztekammer schriftlich vorzulegen.
- (3) Fristversäumnisse gegen die Vorschriften gemäß Abs. 1 und 2 führen, sofern diese nicht auf ein unvorhergesehenes oder unabwendbares Ereignis zurückzuführen sind, zu einem Leistungsausschluss.
- (4) Im Erkrankungsfalle ist bei Krankenhausaufenthalt eine Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt und für die Zeit einer krankheitsbedingten Berufsunfähigkeit ohne Krankenhausaufenthalt ein ärztliches Attest beizubringen.

§ 45

Der Verwaltungsausschuss hat den Leistungswerber von der Höhe, Dauer und Auszahlungsart der ihm gewährten Leistung oder von der Ablehnung seines Ansuchens schriftlich zu verständigen. Der Verwaltungsausschuss hat vor der Entscheidung die notwendigen Erhebungen zu pflegen und erforderlichenfalls auch die Untersuchung des Antragstellers durch einen Vertrauensarzt (§ 27 Abs. 4) zu veranlassen. Die Kosten einer solchen Untersuchung trägt der Wohlfahrtsfonds.

§ 46

Das Vorgehen bei rückständigen Wohlfahrtsfondsbeiträgen regelt die Beitragsordnung.
[§ 110a ÄrzteG]

§ 47

(1) Die Empfänger von Leistungen sind verpflichtet, der Ärztekammer für Tirol selbständig und unverzüglich, längstens jedoch binnen 7 Tagen, die Änderung maßgeblicher Verhältnisse im Hinblick auf den Leistungsanspruch, dessen Voraussetzungen, Ausmaß und Fortbestand schriftlich bekannt zu geben. Für den Bezug der Kinderunterstützung erforderliche wiederkehrende Nachweise wie Inskriptions- oder Studienfortschrittsbestätigungen sind vom Leistungsempfänger bei sonstiger Einstellung der Leistung unaufgefordert zumindest alle sechs Monate aktualisiert vorzulegen.

(2) Ergibt sich nachträglich, dass eine Leistung infolge eines wesentlichen Irrtums über die tatsächlichen Verhältnisse oder eines offenkundigen Versehens gewährt wurde sowie beim Wegfall des Leistungsanspruches aufgrund einer Änderung der Verhältnisse, sind die weiteren Leistungen einzustellen. Der Empfänger hat den Überbezug unverzüglich zu ersetzen, wenn die Leistung durch unwahre oder unvollständige Behauptungen, durch Verschweigen maßgeblicher Tatsachen mit herbeigeführt wurde oder der Empfänger erkennen musste, dass die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührt. Bei vorsätzlich unwahren oder unvollständigen Behauptungen oder vorsätzlichen Verschweigen maßgeblicher Tatsachen hat die Rückerstattung zuzüglich 6% Zinsen ab Leistungsbezug zu erfolgen. Durch den Wohlfahrtsfonds kann eine Verrechnung mit künftigen Leistungen erfolgen. Für Leistungsüberbezüge haftet der Empfänger oder seine Verlassenschaft bzw. dessen Rechtsnachfolger.

§ 48

Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung und Schadenersatz

(1) Versorgungs- und Unterstützungsleistungen können, soweit dies gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, an dritte Personen nicht abgetreten oder verpfändet werden.

(2) Fällige Beiträge bzw. Umlagen können von den beanspruchten und gewährten Leistungen abgezogen werden, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel diese Leistung zusteht.

[§ 110a Abs. 2, § 93 Abs. 2 ÄrzteG]

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

[§ 96 Abs. 4 ÄrzteG]

§ 49

Überweisung der Leistungen

(1) Überweisungen der zuerkannten Leistungen im Sinne des § 20 Abs. 1 erfolgen im Wege des Bankverkehrs auf ein bestehendes Pensionskonto.

(2) Die Überweisung einer Versorgungsleistung oder der Krankenunterstützung in das Ausland kann vom Verwaltungsausschuss nur über begründetes Ansuchen bewilligt werden.

§ 49a

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in dieser Satzung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Die Regelungen

des § 14 Abs. 8 und des § 35 der Satzung beziehen sich ausschließlich auf weibliche Kammerangehörige.

§ 50 Übergangsbestimmung

- (1) Für alle Waisen, die bereits vor dem 1.1.2004 eine Waisenversorgung bezogen haben, bleibt die bisher zuerkannte Versorgungsleistung bis zu einer allfälligen Neufestsetzung aufrecht.
- (2) Beitragspflicht nach § 21 Abs. 3 besteht für Pensionsstichtage ab dem 1.1.2005. Für Pensionsstichtage vor dem 1.1.2005 bleibt die nur zur Todesfallbeihilfe, nicht aber zur Grund- und Ergänzungsrente bestehende Beitragspflicht aufrecht.

§ 51 Inkrafttreten

- (1) Die von der Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 15.12.2004 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Amt der Tiroler Landesregierung mit Bescheid vom 16.12.2004, GZ Vd-SAN-2-1/3/26/St aufsichtsbehördlich genehmigt und tritt mit 1.1.2005 in Kraft.
- (2) Die von der Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 22.6.2005 beschlossene Satzungsänderung zur Umsetzung der 6. ÄrzteG-Novelle wurde vom Amt der Tiroler Landesregierung mit Bescheid vom 27.6.2005 GZ Vd-SAN-2-1/2/28/St aufsichtsbehördlich genehmigt und tritt mit 1.1.2005 rückwirkend in Kraft.
- (3) Die von der Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 21.12.2005 beschlossene Satzungsänderung tritt hinsichtlich des Punktes 34. beinhaltend die Neueinfügung des § 28 Abs. 5 der Satzung am 1.1.2006 in Kraft. Der darüber hinaus gehende Beschluss der Vollversammlung und die damit normierten weiteren Satzungsänderungen treten in Kraft sobald das Bundesgesetz mit dem das ÄrzteG 1998 geändert wird (7. Ärztegesetz-Novelle), 1135 der Beilagen XXII. GP, als auch das Bundesgesetz über die Landesvertretung der Angehörigen des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztekammergesetz – ZÄKG), 1091 der Beilagen XXII. GP, in Kraft treten, frühestens am 1.1.2006.

Diese am 21.12.2005 beschlossene Satzungsänderung wurde vom Amt der Tiroler Landesregierung mit Bescheid vom 29.12.2005, GZ Vd-SAN-2-1-2/29/St aufsichtsbehördlich genehmigt.

- (4) Die von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 19.12.2007 beschlossene Satzungsänderung tritt mit 1.1.2008 in Kraft. Die Satzungsänderung wurde von der Tiroler Landesregierung mit Bescheid vom 21.12.2007, GZ Vd-SAN-2-1-3/28/Sa, aufsichtsbehördlich genehmigt.
- (5) Die von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 4.6.2008 beschlossene Satzungsänderung tritt mit 1.7.2008 in Kraft. Vor dem 1.7.2008 befristet zuerkannte Invaliditätsversorgungen werden bei an die Befristung anschließender Zuerkennung auf Dauer oder Verlängerung der befristeten Zuerkennung unverändert weiter gewährt.
- (6) Die von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 3.6.2009 beschlossene Satzungsänderung tritt in den Punkten 5. bis 7. mit 2.9.2009 in Kraft. Vor dem 1.10.2009 befristet zuerkannte Invaliditätsversorgungen werden bei an die Befristung anschließender Zuerkennung auf Dauer oder Verlängerung der befristeten Zuerkennung unverändert weiter gewährt. In den weiteren Punkten 1. bis 4. tritt die Satzungsänderung mit 1.7.2009 in Kraft.
- (7) Die von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 16.06.2010 beschlossene Satzungsänderung tritt in den Punkten 4. und 5. mit 01.01.2011 in Kraft. Für Nachzahlungen auf Grund von vor dem 01.01.2011 gelegenen

Vorschreibungsstichtagen nach § 23 Abs. 4 und § 25 Abs. 4 gelten die §§ 23 und 25 in der bisherigen Fassung. Im Übrigen tritt die Satzungsänderung mit 01.07.2010 in Kraft.

- (8) Die von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 01.12.2010 beschlossene Satzungsänderung tritt mit 01.01.2011 für sämtliche Beitrags- und Leistungsverfahren in Kraft.
- (9) Die von der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer für Tirol am 08.06.2011 beschlossene Satzungsänderung tritt mit 01.07.2011 für sämtliche Beitrags- und Leistungsverfahren in Kraft.
