

Verordnung der Erweiterten Vollversammlung der Ärztelkammer für Steiermark über die Änderung der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Aufgrund des § 66a Abs. 2 Z 2 iVm § 80b Z 1 ÄrzteG 1998, BGBl I 169/1998,
zuletzt geändert durch BGBl I 28/2019, wird verordnet:

Artikel I

1) Beim § 4 wird ein neuer Abs. 5 eingefügt, dieser lautet:

„(5) Wurden Beiträge gemäß § 5 Abs. 4 in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen, dann ergibt sich für diese Beitragsjahre rückwirkend ein zusätzlicher Anspruch aus der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß Abs. 4. Liegen dadurch die Beiträge über dem jeweiligen jährlichen Richtbeitrag, so werden dem Kammerangehörigen auch mehr als 3 % Leistungszuwachs p.a. unter Anwendung der Regelung des Abs. 4 angerechnet.“

2) § 5 lautet:

„§ 5 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte

- (1) §-2-Kassenärzte sind Ärzte oder Zahnärzte, die für eine Einzelordination einen kurativen Einzelvertrag mit dem in § 2 des zwischen der Ärztekammer für Steiermark oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und der **Österreichischen Gesundheitskasse (vormals Steiermärkischen Gebietskrankenkasse) für das Bundesland Steiermark** abgeschlossenen Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger haben, und Ärzte oder Zahnärzte, die Gesellschafter einer Gruppenpraxis gemäß § 52a ÄrzteG 1998 oder § 26 des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, – OEG (offene Erwerbsgesellschaft) mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben **bis zum 31.12.2020** Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen. **Mit 31.12.2020 endet die Beitragspflicht zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.**
- (2) Bei Vorliegen eines Vertrages im Sinne des Abs. 1 und der sonstigen Voraussetzungen steht diesen Kammerangehörigen, **sofern sie das Geburtsjahr 1960 oder älter aufweisen und zum 31.12.2020 noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen**, die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu. Für die jeweilige Berechnung der Ergänzungsleistung für den einzelnen §-2-Kassenarzt sind dessen Vertragszeiten mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern ab dem 1. Jänner 1948 **und längstens bis zum 31.12.2020** heranzuziehen. **Vertragszeiten, die über den 31.12.2020 hinaus bestehen, führen zu keinen neuen Leistungsansprüchen.** Anrechenbar sind überdies nur Zeiten, für die sich der §-2-Kassenarzt zur Behandlung von Urlaubern im Rahmen der Verträge Österreichs über Soziale Sicherheit bereit erklärt hat.
- (3) Das Ausmaß der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte **gemäß Abs. 2** beträgt **für die** Dauer des Einzelvertrages mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern **gemäß Abs. 2** den in der Anlage 1 genannten Betrag **pro Vertragsmonat.**
- (4) **Bei jenen §-2-Kassenärzten gemäß Abs. 1, die das Geburtsjahr 1961 oder jünger aufweisen und zum Stichtag 31.12.2020 noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, werden die bis zum 31.12.2020 geleisteten Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte in den Fonds der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 übertragen. Es entfällt der Leistungsanspruch aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.**
- (5) **Kammerangehörige gemäß Abs. 2 können bis zum 30.06.2021 schriftlich beantragen, dass die zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte geleisteten Beiträge in den Fonds der Grund-**

und Ergänzungsleistung gemäß § 4 übertragen werden. In diesem Fall entfällt der Leistungsanspruch aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.“

3) § 6 Abs. 3 lautet:

„(3) Bis zum 31. 12. 2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wird der Leistungszuwachsprozentsatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 III festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.“

4) § 9 Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen.

5) § 10 Abs. 3 und 3a lauten:

„(3) Die Beitragspflicht erlischt

- a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,
- b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. der vorzeitigen Altersversorgung oder
- c) bei Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit,

wobei für lit. b und c die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 27) weiter aufrecht bleibt.

Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung nach § 22 erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt **unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Abs. 4** aufrecht.

(3a) Die Beitragspflicht wird bei der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung zufolge vorübergehender Berufsunfähigkeit unterbrochen, wobei die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bestehen bleibt. Mit dem Zeitpunkt der (Wieder-) Aufnahme der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit besteht die Beitragspflicht (wieder) in vollem Umfang.“

6) § 16 Abs. 1 lautet:

„(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landeszahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung (**inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5**), Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.

Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, **sofern diese Beiträge nicht in die Grund- und Ergänzungsleistung gem. § 4 Abs. 5 übertragen wurden**, usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.“

7) § 16a Abs. 1 lautet:

„(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge **(inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5)** zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitrags-schulden werden davon in Abzug gebracht.

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

8) § 22 lautet:**„§ 22 Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung**

(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten gemäß **§ 5 Abs. 2, die keine Übertragung gemäß § 5 Abs. 5 beantragt haben**, kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu.

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

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

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

(2) Mit Vollendung des 65. Lebensjahres wird auf Antrag die Altersversorgung ohne Rücksicht auf Art und Umfang der weiterhin ausgeübten ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit gewährt.

(3) Voraussetzung für die Gewährung der vorzeitigen Altersversorgung ist die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im vollen Umfang, ausgenommen die privatärztliche oder privat Zahnärztliche Tätigkeit und die Tätigkeit als Wohnsitzarzt oder Wohnsitz Zahnarzt.

(4) Die Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung werden auf Antrag gewährt. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizulegen bzw. müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- a) **Antragstellung im Vorhinein,**
- b) **Vorlage eines Antrags auf bargeldlose Pensionszahlung,**
- c) **die Bezahlung aller Beiträge inklusive allfälliger noch offener Ratenvereinbarungen, Beitragsstundungen und Nachzahlungen und**
- d) **der Nachweis über die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit für den Fall der vorzeitigen Altersversorgung gemäß Abs. 3.**

(5) Fällt eine der in § 22 Abs. 3 normierten Voraussetzungen für die Gewährung der vorzeitigen Altersversorgung weg oder wird nach dem Zeitpunkt der Gewährung – unabhängig vom Alter des Kammermitgliedes – ein Dienstverhältnis begründet, ist die vorzeitige Altersversorgung einzustellen. Die Fortsetzung der vorzeitigen Altersversorgung erfolgt zum nächstfolgenden Monatsersten nach (Wieder-) Vorlage aller normierten Voraussetzungen, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag.“

9) § 23 Abs. 1 und 2 lauten:

- „(1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist. Hat der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird keine Invaliditätsversorgung gewährt. Es sind dann die Bestimmungen des § 22 und der Anlage 1 IV über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.
- (2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung entspricht jener Versorgung, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche auf Grund- und Ergänzungsleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 1 IV voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 1 VI festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.“

10) § 25 Abs. 3 lautet:

- „(3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Ehegatten oder eingetragenen Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden bzw. aufgelöst worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige oder der Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte.

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

Hat der frühere Ehegatte oder der frühere eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen oder den Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder auf Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere eingetragene Partner gegenüber dem verstorbenen Kammerangehörigen oder dem verstorbenen Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat. Die Witwen- (Witwer-)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn

1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGBI. 1938 I S 807,
2. die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und
3. der frühere Ehegatte hat im Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet.

Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn

- a) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils erwerbsunfähig ist oder
- b) aus der geschiedenen Ehe ein Kind hervorgegangen oder durch diese Ehe ein Kind legitimiert worden ist oder die Ehegatten ein gemeinsames Wahlkind angenommen haben und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen oder des Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgung hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

Die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners und die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung (unter Ausschluss der Bonuszahlungen und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5 **Abs. 2**) Anspruch gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen(Witwer-)versorgung mehrerer früherer Ehegatten und die mehreren

früheren eingetragenen Partnern gebührende Versorgung hinterbliebener eingetragener Partner ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) und kein hinterbliebener eingetragener Partner vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) oder einen hinterbliebenen eingetragenen Partner hinterlassen hätte. Die Ansprüche des oder der früheren Ehegatten und des oder der früheren eingetragenen Partner dürfen insgesamt 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.“

11) § 44 lautet:

„§ 44 Nachzahlung zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

- (1) Kammerangehörige, die noch keine Versorgungsleistungen beziehen, können im Kalenderjahr nach Vollendung des **40., 45., 50., 55. und 60.** Lebensjahres den Nachkauf von **Beiträgen** zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beantragen, sofern sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten. **Ab Vollendung des 60. Lebensjahres kann ein Nachkauf von Leistungsansprüchen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung jederzeit bis zum Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung gemäß § 22 beantragt werden. Die vollständige Zahlung der nachgekauften Beiträge hat vor dem Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung im Sinne des § 22 Abs. 4 lit. c zu erfolgen. Für den Fall des Eintritts einer Invalidität werden nur jene nachgekauften Beiträge für die Leistungsberechnung herangezogen, die zum Stichtag des Anfalls der Invaliditätsversorgung tatsächlich bezahlt wurden. Ein Nachkauf nach Antritt einer (vorzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung ist nicht möglich.**
- (2) Ein Nachkauf von **Beiträgen** in der Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann nur für bereits zurückliegende Beitragsjahre, **die nach dem Kalenderjahr ab Vollendung des 35. Lebensjahres liegen**, beantragt werden. Die Höhe des Nachkaufs errechnet sich aus der Differenz zwischen dem **Erfordernisbeitrag** und dem tatsächlich geleisteten Beitrag. Zusätzlich zu den Beiträgen können auch die entgangenen Zinsen und Zinseszinsen nachgekauft werden. **Ergänzende** Regelungen sind dem Geschäftsplan zu entnehmen. Beiträge vor dem Zeitpunkt der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung am 01.01.2012 können nicht nachgekauft werden.“

12) § 60 Abs. 3 lautet:

- „(3) **Die Auszahlung sämtlicher Leistungen erfolgt ausschließlich in Euro.** Eine Überweisung von Leistungen in das Ausland ist über Antrag bei Geltendmachung triftiger Gründe zulässig. Die daraus resultierenden Mehrkosten **werden dem Versorgungsleistungs- bzw. Unterstützungsleistungsbezieher** angelastet. **Versorgungsleistungen werden auf ausländische Konten nur unter der Voraussetzung überwiesen, dass ein dem Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung äquivalenter Nachweis vorgelegt wird.**“

13) Die Anlage 1 Pkt. I, II, III und VI lauten:

„Anlage 1

I. Festsetzung der Punktwerte **und des Bemessungsbetrages** für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen **der Grund- und Ergänzungsleistung ab 1. Jänner 2021**

- a) Punktwert A
Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen EUR 43,94
- b) Punktwert B
Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung EUR 59,63

- c) **Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und Ergänzungsleistung beträgt** EUR 1.192,60 p.m.
Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß §§ 4 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.

II. Festsetzung der Punktwerte, Bemessungsbeträge und der Werte für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung, Erweiterten Zusatzleistung und Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ab 1. Jänner 2021:

- a) **Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung (Punktwert)** EUR 56,81
und Erweiterten Zusatzleistung (Punktwert) EUR 49,08
- b) **Der Bemessungsbetrag (100 %) an Zusatzleistung beträgt** EUR 1.136,20 p.m.
und an Erweiterter Zusatzleistung EUR 981,60 p.m.
Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung der gemäß §§ 6, 7 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsätze auf die Bemessungsbeträge.
- c) **Für jeden bis 31.12.2020 vorliegenden Monat der direkten Verrechnung mit den §-2-Krankenversicherungsträgern für Kammerangehörige gem. § 5 Abs. 2 SWF** EUR 0,64

Es erfolgt künftig keine Anpassung der per 01.01.2021 festgesetzten Punktwerte, Bemessungsbeträge und Werte der lit. a bis c.

III. Festsetzung des Bemessungsbetrages für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ab 2021:

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

Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß § 6 Abs. 3 SWF ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.

VI. Festsetzung des Wertes für die Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung im Sinne des § 23 Abs. 1 SWF:

Im Falle der Invaliditätsversorgung im Sinne des § 23 SWF entspricht das Ausmaß in der Grund- und Ergänzungsleistung jenen Anwartschaften, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Sollten die erworbenen Anwartschaften unter Berücksichtigung der Kürzungsregelung gemäß Punkt IV unter den nachangeführten Mindestansprüchen liegen, sind jedenfalls folgende Mindestansprüche zu gewähren:

Bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beträgt der Mindestanspruch 100 % des Bemessungsbetrages in der Grund- und Ergänzungsleistung (Anlage 1 I lit. c). Ab dem vollendeten 40. Lebensjahr bis zum vollendeten 60. Lebensjahr verringert sich dieser Mindestanspruch monatlich um 0,25 %, sodass er zuletzt im 720. Lebensmonat 40 % des Bemessungsbetrages beträgt.“

Artikel II – Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

Erläuterungen zu den Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Erläuterungen zu Artikel I

Die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds zum 01.01.2021 sehen vorwiegend folgende Änderungen vor und sind diese unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten:

- Einstellung der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte per 31.12.2020
- Änderung der Voraussetzungen des Antritts der Altersversorgung

§ 4 Grund- und Ergänzungsleistung

Absatz 5: Die Beitragspflicht zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte wird zum 31.12.2020 eingestellt. Es gibt eine Übergangsbestimmung für ÄrztInnen, die zum Stichtag 31.12.2020 das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, dass deren Beiträge in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen werden (siehe dazu auch § 5 unten). Der neu eingeführte Abs. 5 regelt somit, wie sich diese zusätzlichen Beiträge rückwirkend auf zusätzliche Leistungsansprüche der Grund- und Ergänzungsleistung auswirken.

§ 5 Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte

Die Beitragspflicht zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte wird zum 31.12.2020 aufgrund einer versicherungsmathematischen Empfehlung eingestellt.

Absatz 1: Es erfolgt eine Korrektur der Bezeichnung GKK auf ÖGK (bundesweite Änderung ab 2020), wobei in Klammer auf die frühere Bezeichnung hingewiesen wird. Die zusätzliche Ergänzung „für das Bundesland Steiermark“ soll klar stellen, dass es sich nur um den §-2-Verträge mit der Gültigkeit für die Steiermark Gesamtvertrag handelt.

Die Ergänzungen sind unter dem Gesichtspunkt der Einstellung zu sehen und dient der neue letzte Satz zur Klarstellung, dass ab dem 01.01.2021 auch bei Aufrechterhaltung des §-2-Kassenvertrages keine neuen Leistungsansprüche erworben werden können.

Absatz 2: Die Ergänzungsleistung steht nur jenen Kammerangehörigen zu, die zum Stichtag 31.12.2020 das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben. Bei allen anderen Angehörigen werden die geleisteten Beiträge in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen (siehe dazu auch § 4 Abs. 5).

Absatz 3: Die Ergänzung im Abs. 3 soll klar stellen, dass für die Berechnung der §-2-Ergänzungsleistung der Berechnungszeitraum mit 31.12.2020 begrenzt ist. Selbst der Umstand, dass Vertragszeiten über den 31.12.2020 hinaus gehen, kann zu keiner Begründung von neuen Leistungsansprüchen führen. Da der Verweis in der Anlage 1 nunmehr den Anspruch pro Kassenvertragsmonat und nicht mehr pro 12 Monate an Kassenvertrag regelt, ist eine Umformulierung – jedoch ohne inhaltliche Änderung – notwendig.

Absatz 4: Der neue Abs. 4 regelt, dass alle ÄrztInnen ab Geburtsjahr 1961 keine Leistung aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte bekommen, sondern dass deren zu diesem Fonds geleisteten Beiträge in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen werden und daraus zusätzliche Leistungsansprüche erhalten (siehe auch bereits § 4).

Im letzten Satz wird zur Klarstellung festgehalten, dass es durch die Übertragung der Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte in die Grund- und Ergänzungsleistung zu einem Entfall des Leistungsanspruches aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte kommt.

Absatz 5: Der neu eingeführte Abs. 5 enthält die Wahloption für die Generation 60 plus, dass diese anstelle der künftigen Leistung aus der §-2-Ergänzungsleistung auch die Übertragung der Beiträge in die Grund- und Ergänzungsleistung beantragen können.

Im letzten Satz wird – wie auch im Abs. 4 – klar gestellt, dass es durch die Übertragung der Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte in die Grund- und Ergänzungsleistung zu einem Entfall des Leistungsanspruches aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte kommt.

§ 6 Zusatzleistung

Absatz 3: Durch die Neugliederung der Anlage 1 ist eine Korrektur des Verweises nötig.

§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen

Der bisherige Absatz 4 enthielt die Regelung, dass sich die Beitragshöhe zur §-2-Ergänzungsleistung am jeweiligen Jahresaufwand zu orientieren hat. Aufgrund des Wegfalls der Beitragsleistung zur §-2-Ergänzungsleistung ab 2021 kann dieser Absatz somit zur Gänze entfallen.

§ 10 Befreiung von der Beitragspflicht, Erlöschen der Beitragspflicht

Absätze 3 und 3a: Durch die Neuregelung des § 22 (Antrittsvoraussetzungen für die Gewährung der Altersversorgung) und den Entfall der Beitragsleistung zur §-2-Ergänzungsleistung ist auch ein Nachziehen in den Bestimmungen des § 10 nötig. Mit Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung erlischt die gänzliche Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds, mit Ausnahme des Beitrags zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.

Die Ergänzung im letzten Satz des Absatz 3 („unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 10 Abs. 4“) soll der Klarstellung dienen, dass sich die ÄrztInnen zum Antritt der Alters- oder Invaliditätsversorgung auch gegen die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung aussprechen können.

Die Sätze 4 bis 6 des Abs. 3 (Sonderregelungen der Beitragspflicht zum Pensionsantritt bei Erreichen des 75. Lebensjahres sowie bei Aufrechterhaltung der Verträge mit den §-2-Kassen) sowie der letzte Satz des Abs. 3a (Ausnahme der Unterbrechung der Beitragspflicht für §-2-Kassenärzte) werden ersatzlos gestrichen, da diese Regelungen durch die vorhin angeführten Änderungen nunmehr hinfällig sind.

§ 16 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

Absatz 1: Diese Ergänzungen dienen nur der Klarstellung, dass Beiträge zur §-2-Ergänzungsleistung, die aufgrund der vorhin angeführten Übergangsbestimmung des § 5 Abs. 4 in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen werden, bei einem Wechsel des Wohlfahrtsfonds auch an diesen übertragen werden.

§ 16a Streichung und Beitragsrückerersatz

Absatz 1: Die Ergänzung regelt, dass auch in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragene Beiträge, die ursprünglich zur §-2-Ergänzungsleistung bezahlt wurden, im Rahmen eines Beitragsrückerersatzes im Ausmaß von 50 % refundiert werden.

§ 22 Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung

Die Antrittsvoraussetzungen für die Altersversorgung werden ab 01.01.2021 geändert, gleichzeitig entfällt auch die Beitragspflicht zur §-2-Ergänzungsleistung.

In der Überschrift entfällt das Wort „Bonus“. Es handelte sich bei der Bonus-Regelung um eine historische Bestimmung im § 22 Abs. 6 a.F., der zusätzliche Pensionsansprüche bei Aufrechterhaltung der ärztlichen Tätigkeit unter Beibehaltung der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds über das 61.

Lebensjahr hinaus bei Frauen und über das 66. Lebensjahr hinaus bei Männern vorgesehen hat, wobei diese Regelung nur für Zeiten bis 31.12.1984 Geltung hatte.

Absatz 1: Mit dieser Ergänzung wird klar gestellt, dass ab 01.01.2021 – im Sinne der bereits vorhin angeführten Änderungen – nur mehr Ärzte mit den Geburtsjahrgängen 1960 und früher Geborene eine Pensionsleistung aus der §-2-Ergänzungsleistung erhalten.

Die bisherigen Absätze 2 bis 7 werden gänzlich neu geregelt, wobei die Bestimmungen der bisherigen Abs. 3 (Sonderregelung für Pensionsantritt mit 70), 4 (Sonderregelung für Pensionsantritt mit 75), 5 (Lösung der Kassenverträge als Voraussetzung für die Gewährung der §-2-Ergänzungsleistung) und 6 (Gewährung einer Ausgleichszulage; es handelt sich dabei um totes Recht) zur Gänze entfallen.

Absatz 2 neu: Mit dieser Änderung werden die Antrittsvoraussetzungen für die Altersversorgung ab dem vollendeten 65. Lebensjahr – und somit dem Erreichen des Regelpensionsalters – geändert. Die Altersversorgung soll künftig unabhängig von der weiteren (zahn-)ärztlichen Tätigkeit gewährt werden, d.h. dass die Kündigung der Kassenverträge sowie die Beendigung des Dienstverhältnisses keine Antrittsvoraussetzungen mehr darstellen.

Mit dieser Neuregelung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass eine immer größere Anzahl von Kassenärzten – teils deutlich – über das vollendete 65. Lebensjahr hinaus unter Beibehaltung der Kassenverträge weiter arbeitet und bislang die Altersversorgung nicht beantragen konnte. Zusätzlich ist auch im Spitalsbereich die Notwendigkeit gegeben, dass v.a. Ärzte in Leitungsfunktionen in geringem Umfang über das 65. Lebensjahr hinaus weiter ärztlich tätig sein sollen.

Absatz 3 neu: Die Antrittsvoraussetzungen für die vorzeitige Altersversorgung sehen abweichend von den neuen Bestimmungen des Abs. 2 weiterhin – wie bereits bisher – sämtliche Kassenkündigungen sowie die Beendigung des (zahn-)ärztlichen Dienstverhältnisses vor. Es gibt auch keine Ausnahme für geringfügige (zahn-)ärztliche Dienstverhältnisse.

Absatz 4 neu: Der neue Abs. 4 stellt klar, dass trotz der Änderungen für die Altersversorgung ab 65 (Abs. 2) niemand in Pension geschickt wird, sondern dass Pensionierungen weiterhin auf Antrag erfolgen. Zusätzlich wird auch in den Satzungen klar und übersichtlich geregelt, welche sonstigen Voraussetzungen bzw. Unterlagen vorliegen müssen, diese entsprechen schon der bisherigen Verwaltungspraxis.

Beim „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ handelt es sich um ein Standardformular der Bank. Dieses verpflichtet die Banken, dass diese nach dem Todestag eingehende Zahlungen (wie Pensionsleistungen vom WFF) auf Antrag an die überweisende Stelle zurückzahlen müssen. Ohne dieses Formular müssen es die Banken nicht tun. Es dient somit der Risikominimierung des WFF.

Absatz 5 neu: Es handelt sich dabei um den ursprünglichen Abs. 7, inhaltlich wurde dieser nur auf die vorzeitige Altersversorgung abgeändert, da es bei der Altersversorgung ab 65 keine Antrittsvoraussetzungen mehr gibt.

Wie bereits bisher bleiben die Voraussetzungen für die Gewährung der vorzeitigen Altersversorgung auch über das 65. Lebensjahr hinaus bestehen, d.h. dass Ärzt*innen, die eine vorzeitige Altersversorgung beziehen, auch künftig kein ärztliches Dienstverhältnis aufnehmen oder einen Kassenvertrag abschließen dürfen, da dies sonst zur Einstellung der Pensionszahlung führt. Die Regelung des Abs. 2 bezieht sich nur auf jene Ärzt*innen, die ab Vollendung des 65. Lebensjahres (= Regelpensionsalter gemäß § 99 Abs. 1 ÄrzteG 1998) die Altersversorgung beantragen, und gilt nicht für Ärzt*innen, die bereits eine vorzeitige Altersversorgung beziehen.

§ 23 Invaliditätsversorgung

Absatz 1: Es erfolgt eine Korrektur des Verweises auf § 22 allgemein aufgrund der vorgenommenen Änderungen des § 22.

Absatz 2: Die Wortfolge „und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte“ im Satz 1 entfällt. Die Invaliditätsversorgung wird einerseits nur ÄrztInnen vor dem vollendeten 60. Lebensjahr gewährt und andererseits werden bei allen unter 60-jährigen die geleisteten §-2-Beiträge in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen. Somit kann es ab 2021 keine neue Invaliditätsversorgung aus der §-2-Ergänzungsleistung mehr geben. Weiters erfolgt eine Verweiskorrektur im vorletzten Satz, es wird die Wortfolge „zur BO“ gestrichen.

§ 25 Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

Absatz 3: Aufgrund des Wegfalls des bisherigen § 22 Abs. 6 (Gewährung einer Ausgleichszulage/Bonus) wird der Verweis auf diesen gestrichen. Der Wort-Verweis auf den Bonus bleibt aber aufrecht, da damit für evtl. bestehende Altfälle weiterhin die Regelung aufrecht bleiben soll, dass die Höhe der Witwenversorgung nicht auch vom Bonus berechnet wird. Beim Verweis auf § 5 wird „Abs. 2“ ergänzt. Diese Ergänzung soll klarstellen, dass es dabei nur um die §-2-Ergänzungsleistung der Jahrgänge 1960 und früher Geborene geht und nicht um die in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragenen Ansprüche im Sinne des § 5 Abs. 4 und 5. Zusätzlich wird das fehlende Klammer-Ende ergänzt.

§ 44 Nachzahlung zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

Absatz 1 und Überschrift: Bislang war eine Nachzahlung zur BZV nur zum 55. Lebensjahr möglich. Mit der Neuregelung soll eine regelmäßige freiwillige Nachzahlung nunmehr zu den Zeitpunkten 40., 45., 50., 55. und 60. Lebensjahr möglich sein. Daher wird auch in der Überschrift die Wortfolge „zum 55. Lebensjahr“ ersatzlos gestrichen. Ab dem vollendeten 60. Lebensjahr können bis zum Pensionsantritt jederzeit Nachzahlungen in der BZV beantragt werden, wobei die Zahlung bis zum Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung zu erfolgen hat. Sollte eine Invalidität vorliegen, dann werden für die Leistungsberechnung der BZV nur die tatsächlich geleisteten Nachzahlungen zur BZV herangezogen. Der letzte Satz dient nur der Klarstellung, dass ein Nachkauf nach Antritt der (vorzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht mehr erfolgen kann.

Damit wird einerseits mehr Flexibilität geboten und andererseits können geringere laufende Pensionseinzahlungen aufgrund schwankender Einkommen durch spätere Zahlungen (= „Nachkauf von Versicherungszeiten“) kompensiert werden. Diese freiwillige Nachzahlungsmöglichkeit wurde auch versicherungsmathematisch geprüft und positiv bewertet.

Sowohl im Abs. 1 als auch im Abs. 2 wird der Begriff „Leistungsansprüche“ bzw. „Ansprüche“ durch den Begriff „Beiträge“ ersetzt. Dies soll der Klarstellung dienen, da die Beiträge zur BZV erst mit Pensionsantritt verrechnet und somit in eine Pensionsleistung umgewandelt werden und es davor zu keiner Umwandlung von Beiträgen in Leistungsansprüche kommt (dies im Gegensatz zur Grund- und Ergänzungsleistung, wo eine jährliche Umwandlung in Leistungsprozentsätze / Anwartschaften erfolgt).

Absatz 2: Die Höhe des möglichen Nachkaufes wird mit dem Kalenderjahr nach Vollendung des 35. Lebensjahres, dies ist der Beginn der Beitragspflicht zur BZV für selbständig tätige (Zahn-)ÄrztInnen, neu definiert. Das Wort „verpflichtend“ wird gestrichen; dadurch können theoretisch auch jene BZV-Zeiten nach Vollendung des 35. Lebensjahres nachgezahlt werden, in denen noch keine Ordination bestanden hat. Weiters erfolgt eine Gleichziehung der Wortwahl mit der Beitragsordnung (Erfordernisbeitrag anstelle von Vollbeitrag) und der Neuregelung der BZV, die seit 2020 eine einkommensgestaffelte Vorschreibung vorsieht.

Beim Verweis auf den Geschäftsplan wird das Wort „Genaue“ in „Ergänzende“ abgeändert, da die Bestimmung des Pkt. 15 des Geschäftsplans für die BZV keine näheren Regelungen hinsichtlich der Berechnung des Nachkaufes enthält, sondern nur eine ergänzende Bestimmung hinsichtlich der Gutschrift auf dem individuellen BZV-Pensionskonto und der Aufteilung des Nachzahlungsbetrages in die Deckungsrückstellung und die Schwankungsrückstellung.

§ 60 Auszahlung der Leistungen

Absatz 3: Die Migration der ÄrztInnen nimmt auch in der Pension deutlich zu – dies nicht nur innerhalb Europas bzw. der Euro-Zone, sondern auch weltweit. Es soll mit den Ergänzungen klar gestellt werden, dass sämtliche Leistungen des WFF ausschließlich in Euro ausgezahlt werden. Sollten bei Überweisungen – dies betrifft v.a. die Nicht-Euro-Zone – Spesen anfallen, so werden diese dem Empfänger angelastet (Änderung von einer Kann in eine Ist-Bestimmung). Zusätzlich erfolgt als ergänzende Erläuterung zur Aufzählung im § 22 Abs. 4, der unter lit. b nunmehr einen Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung (wie dies bspw. auch die PVA verlangt) als zwingende Unterlage vorsieht, die Auflage, dass auch bei Überweisungen auf ausländische Konten ein Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung bzw. ein entsprechendes Äquivalent vorgelegt werden muss. Deutsche und ungarische Banken haben bspw. keinen solchen Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung. Es muss sich daher die Bank mit einer entsprechenden Bestätigung verpflichten, dass sie im Todesfalle zuviel bezahlte Pensionsleistungen an den WFF zurückbezahlt. Dies soll sicherstellen, dass bei Überweisungen ins Ausland und der Nichtbenachrichtigung des WFF über das Ableben des Leistungsempfängers das Risiko nicht auf den WFF übergeht. Es erfolgt damit eine Gleichbehandlung aller Leistungsbezieher – dies unabhängig von der österreichischen oder ausländischen Bankverbindung.

Anlage 1

Die Anlage 1 enthält die Ansätze für die Leistungsgewährung. Die Punkte I bis III wurden neu gegliedert. Bislang erfolgte die Regelung der Punktwerte für „Altpensionen“ im Punkt I, die Festsetzung der Bemessungsbeträge für die Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung im Punkt II und der Leistungswert für die §-2-Ergänzungsleistung im Punkt III.

Punkt I: Hier sind künftig nur mehr die Werte für die Grund- und Ergänzungsleistung geregelt. Es erfolgt eine Anpassung der Jahreszahl von 2020 auf 2021.

Punkt II: Unter diesem Punkt sind künftig die Werte für die Pensionsleistungen der Zusatzleistung, Erweiterten Zusatzleistung und §-2-Ergänzungsleistung zusammengefasst. Bei der §-2-Ergänzungsleistung wird der Leistungswert für jene ÄrztInnen, die gemäß der Übergangsbestimmung des § 5 Abs. 2 auch ab 2021 noch eine §-2-Ergänzungsleistung beziehen können, nun nicht mehr mit dem Wert für 12 Monate (EUR 7,68), sondern mit dem Monatswert (EUR 0,64) angegeben, womit der bisher notwendige Hinweis auf die Aliquotierung entfallen kann.

Neben der Anpassung der Jahreszahl von 2020 auf 2021 wurde auch ergänzt, dass die zum Stichtag 01.01.2021 bestehenden Leistungswerte künftig keiner Valorisierung mehr unterliegen – dies aufgrund einer versicherungsmathematischen Empfehlung.

Punkt III: Im Bereich dieses Punktes wird künftig nur mehr die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (BHU) geregelt, die bislang unter Punkt II geregelt war – dies aus Übersichtsgründen, da es sich bei der Zusatzleistung zur BHU im Gegensatz zu den unter Punkt II zusammengefassten Leistungen um keine Pensionsleistung handelt.

Punkt VI: Durch die Neuregelung der Leistungshöhe der Grund- und Ergänzungsleistung nunmehr in Punkt I ist eine Korrektur des Verweises nötig.



Die Ärztekammer
Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Änderungsvorschläge für die Satzungen des Wohlfahrtsfonds

TABELLENÜBERSICHT

Erläuterungen zu den folgenden Ausführungen:

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

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

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 4		
1		<p>(5) Wurden Beiträge gemäß § 5 Abs. 4 in die Grund- und Ergänzungsleistung übertragen, dann ergibt sich für diese Beitragsjahre rückwirkend ein zusätzlicher Anspruch aus der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß Abs. 4. Liegen dadurch die Beiträge über dem jeweiligen jährlichen Richtbeitrag, so werden dem Kammerangehörigen auch mehr als 3 % Leistungszuwachs p.a. unter Anwendung der Regelung des Abs. 4 angerechnet.</p>
§ 5		
2	<p>(1) §-2-Kassenärzte sind Ärzte oder Zahnärzte, die für eine Einzelordination einen kurativen Einzelvertrag mit dem in § 2 des zwischen der Ärztekammer für Steiermark oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse abgeschlossenen Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger haben, und Ärzte oder Zahnärzte, die Gesellschafter einer Gruppenpraxis gemäß § 52a ÄrzteG 1998 oder § 26 des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, – OEG (offene Erwerbsgesellschaft) mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen.</p> <p>(2) Bei Vorliegen eines Vertrages im Sinne des Abs. 1 und der sonstigen Voraussetzungen steht diesen Kammerangehörigen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu. Für die jeweilige Berechnung der Ergänzungsleistung für den einzelnen §-2-Kassenarzt sind dessen Vertragszeiten mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern ab dem 1. Jänner 1948 heranzuziehen. Anrechenbar sind überdies nur Zeiten, für die sich der §-2-Kassenarzt zur Behandlung von Urlaubern im Rahmen der Verträge Österreichs über Soziale Sicherheit bereit erklärt hat.</p>	<p>(1) §-2-Kassenärzte sind Ärzte oder Zahnärzte, die für eine Einzelordination einen kurativen Einzelvertrag mit dem in § 2 des zwischen der Ärztekammer für Steiermark oder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und der Österreichischen Gesundheitskasse (vormals Steiermärkischen Gebietskrankenkasse) für das Bundesland Steiermark abgeschlossenen Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger haben, und Ärzte oder Zahnärzte, die Gesellschafter einer Gruppenpraxis gemäß § 52a ÄrzteG 1998 oder § 26 des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, – OEG (offene Erwerbsgesellschaft) mit §-2-Kassenvertrag sind. §-2-Kassenärzte haben bis zum 31.12.2020 Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu zahlen. Mit 31.12.2020 endet die Beitragspflicht zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.</p> <p>(2) Bei Vorliegen eines Vertrages im Sinne des Abs. 1 und der sonstigen Voraussetzungen steht diesen Kammerangehörigen, sofern sie das Geburtsjahr 1960 oder älter aufweisen und zum 31.12.2020 noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte zu. Für die jeweilige Berechnung der Ergänzungsleistung für den einzelnen §-2-Kassenarzt sind dessen Vertragszeiten mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern ab dem 1. Jänner 1948 und längstens bis zum 31.12.2020 heranzuziehen. Vertragszeiten, die über den 31.12.2020 hinaus bestehen, führen zu keinen neuen Leistungsansprüchen. Anrechenbar sind überdies nur Zeiten, für die sich der §-2-Kassenarzt zur Behandlung von Urlaubern im Rahmen der Verträge Österreichs über Soziale Sicherheit bereit erklärt hat.</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>(3) Das Ausmaß der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte beträgt pro 12 Monate Dauer des Einzelvertrages mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern, den in der Anlage 1 genannten Betrag, wobei jeder volle Monat, für den tatsächlich ein Beitrag geleistet wurde, anteilmäßig anzurechnen ist.</p>	<p>(3) Das Ausmaß der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte gemäß Abs. 2 beträgt pro 12 Monate für die Dauer des Einzelvertrages mit den steirischen §-2-Krankenversicherungsträgern gemäß Abs. 2, den in der Anlage 1 genannten Betrag pro Vertragsmonat, wobei jeder volle Monat, für den tatsächlich ein Beitrag geleistet wurde, anteilmäßig anzurechnen ist.</p> <p>(4) Bei jenen §-2-Kassenärzten gemäß Abs. 1, die das Geburtsjahr 1961 oder jünger aufweisen und zum Stichtag 31.12.2020 noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, werden die bis zum 31.12.2020 geleisteten Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte in den Fonds der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 übertragen. Es entfällt der Leistungsanspruch aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.</p> <p>(5) Kammerangehörige gemäß Abs. 2 können bis zum 30.06.2021 schriftlich beantragen, dass die zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte geleisteten Beiträge in den Fonds der Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 übertragen werden. In diesem Fall entfällt der Leistungsanspruch aus der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte.</p>
§ 6		
3	<p>(3) Bis zum 31. 12. 2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wird der Leistungszuwachsprozentsatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 II lit. c festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.</p>	<p>(3) Bis zum 31. 12. 2004 waren für die Zusatzleistung zur nunmehrigen Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung Beiträge zu entrichten. Der Leistungszuwachsprozentsatz beträgt 2,5 %, sofern das Beitragsaufkommen des Jahres für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung dem vollen Differenzbetrag zwischen dem Erfordernisbeitrag und dem Höchstbeitrag entsprochen hat. Erreichte der geleistete Beitrag nicht die Höhe des vollen Differenzbeitrages, wird der Leistungszuwachsprozentsatz in dem Verhältnis gekürzt, in dem der geleistete Beitrag unter dem vollen Differenzbeitrag lag. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Zusatzleistung bei der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ergibt sich für Kammerangehörige, die bis 31.12.2004 Beiträge zur Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung geleistet haben, aus der Addition der jährlichen Leistungszuwachsprozentsätze. Grundlage für die Berechnung des Leistungsanspruches ist der in Anlage 1 III festgelegte Bemessungsbetrag für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
§ 9		
4	(4) Die Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte sind so festzusetzen, dass der Jahresaufwand der Ergänzungsleistung gedeckt ist. Der Beitrag wird für jeden §-2-Kassenarzt, bezogen auf das Veranlagungsjahr, in gleicher Höhe festgesetzt.	(4) Die Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte sind so festzusetzen, dass der Jahresaufwand der Ergänzungsleistung gedeckt ist. Der Beitrag wird für jeden §-2-Kassenarzt, bezogen auf das Veranlagungsjahr, in gleicher Höhe festgesetzt.
§ 10		
5	<p>(3) Die Beitragspflicht erlischt</p> <p>a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,</p> <p>b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. der vorzeitigen Altersversorgung oder</p> <p>c) bei Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit, wobei für lit. b und c die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 27) weiter aufrecht bleibt.</p> <p>Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung nach § 22 erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Bei Kammerangehörigen mit §-2-Kassen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds, auch wenn die Altersversorgung nicht in Anspruch genommen wird. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Werden die Verträge mit den §-2-Kassen aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.</p> <p>(3a) Die Beitragspflicht wird bei der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung zufolge vorübergehender Berufsunfähigkeit unterbrochen, wobei die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bestehen bleibt. Mit dem Zeitpunkt der (Wieder-) Aufnahme der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit besteht die Beitragspflicht (wieder) in vollem Umfang. Hievon ausgenommen sind</p>	<p>(3) Die Beitragspflicht erlischt</p> <p>a) durch den Tod des beitragspflichtigen Kammerangehörigen,</p> <p>b) bei Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. der vorzeitigen Altersversorgung oder</p> <p>c) bei Invaliditätsversorgung zufolge dauernder Berufsunfähigkeit, wobei für lit. b und c die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (§ 27) weiter aufrecht bleibt.</p> <p>Bei Aufrechterhaltung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit trotz Inanspruchnahme der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung nach § 22 erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Abs. 4 aufrecht.</p> <p>Bei Kammerangehörigen mit §-2-Kassen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, erlischt die Beitragspflicht zur Altersversorgung, zur Krankenbeihilfe und zum Notstandsfonds, auch wenn die Altersversorgung nicht in Anspruch genommen wird. Die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bleibt aufrecht.</p> <p>Werden die Verträge mit den §-2-Kassen aufrechterhalten, so ist auch der Beitrag zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte weiterhin zu leisten.</p> <p>(3a) Die Beitragspflicht wird bei der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung zufolge vorübergehender Berufsunfähigkeit unterbrochen, wobei die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung bestehen bleibt. Mit dem Zeitpunkt der (Wieder-) Aufnahme der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit besteht die Beitragspflicht (wieder) in vollem Umfang. Hievon ausgenommen sind nur</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	nur jene niedergelassenen Ärzte oder Zahnärzte, die einen Vertrag mit den § 2-Kassen haben.	jene niedergelassenen Ärzte oder Zahnärzte, die einen Vertrag mit den § 2-Kassen haben.
§ 16		
6	<p>(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.</p>	<p>(1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG 1998, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, wird der nunmehr zuständigen Ärztekammer nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit 100 % der zur Grund- und Ergänzungsleistung (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5), Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleisteten Beiträge überwiesen. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Die für bestimmte Zwecke (Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Krankenbeihilfe, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte, sofern diese Beiträge nicht in die Grund- und Ergänzungsleistung gem. § 4 Abs. 5 übertragen wurden, usw.) satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht.</p>
§ 16a		
7	<p>(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung</p>	<p>(1) Wird ein Kammerangehöriger aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, sind die von ihm zur Grund- und Ergänzungsleistung entrichteten Beiträge (inkl. der übertragenen Beiträge gem. § 4 Abs. 5) zu 50 % und die von ihm zur Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung entrichteten Beiträge zu 100 % rückzuerstatten. Zu Unrecht oder zu viel bezogene Leistungen sowie Beitragsschulden werden davon in Abzug gebracht.</p> <p>Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG 1998 (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG 1998 (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.	bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht.
§ 22		
8	<p>§ 22 Altersversorgung, vorzeitige Altersversorgung, Bonus</p> <p>(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu. Diese Leistungen werden (ehemaligen) Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Über gesonderten Antrag ist (ehemaligen) Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung). Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 1) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.</p> <p>(2) Voraussetzung für die Gewährung ist die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im vollen Umfang, ausgenommen die privatärztliche oder privat Zahnärztliche Tätigkeit und die Tätigkeit als Wohnsitzarzt oder Wohnsitz Zahnarzt.</p> <p>(3) Mit Vollendung des 70. Lebensjahres wird die Altersversorgung unter der Voraussetzung gewährt, dass die Verträge mit den §-2-Kassen gelöst werden.</p> <p>(4) Mit Vollendung des 75. Lebensjahres wird die Altersversorgung ohne Rücksicht auf Art und Umfang der weiterhin ausgeübten ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit gewährt.</p>	<p>§ 22 Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung</p> <p>(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.). Bei §-2-Kassenärzten gemäß § 5 Abs. 2, die keine Übertragung gemäß § 5 Abs. 5 beantragt haben, kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu. Diese Leistungen werden (ehemaligen) Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Über gesonderten Antrag ist (ehemaligen) Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung). Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 1) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.</p> <p>(2) Mit Vollendung des 65. Lebensjahres wird auf Antrag die Altersversorgung ohne Rücksicht auf Art und Umfang der weiterhin ausgeübten ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit gewährt.</p> <p>(3) Voraussetzung für die Gewährung der vorzeitigen Altersversorgung ist die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit im vollen Umfang, ausgenommen die privatärztliche oder privat Zahnärztliche Tätigkeit und die Tätigkeit als Wohnsitzarzt oder Wohnsitz Zahnarzt.</p> <p>(4) Die Altersversorgung und vorzeitige Altersversorgung werden auf Antrag gewährt. Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizulegen bzw. müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>(5) Zusätzliche Voraussetzung für die Gewährung der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ist die Lösung der Verträge mit allen Kassen (einschließlich des Vertrages für die Gesundenuntersuchungen). Bei einer Gruppenpraxis mit Kassenverträgen ist das Ausscheiden eines Gesellschafters bzw. der Gesellschafterwechsel nachzuweisen.</p> <p>(6) Leistungsempfängern, die ausschließlich die Grund- und Ergänzungsleistung gemäß § 4 beziehen und die bzw. deren im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten über kein wie immer geartetes Einkommen verfügen, kann jeweils für ein Jahr eine Ausgleichszulage bis maximal 31 % der Grund- und Ergänzungsleistung gewährt werden. Hierbei sind im Übrigen die für Ausgleichszulagen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, maßgeblichen Bestimmungen analog anzuwenden. Im Einzelfall kann die Ausgleichszulage (gegebenenfalls im verminderten Ausmaß) auch bei Vorliegen von geringfügigen Einkommen gewährt werden. Erreichen die geringfügigen Einkommen nicht die Höhe der Ausgleichszulage, kann die ganze Ausgleichszulage gewährt werden. Überschreiten die Einkommen die Ausgleichszulage, so kann der Differenzbetrag zwischen dem Doppelten der Ausgleichszulage und dem geringfügigen Einkommen gewährt werden.</p> <p>(7) Fällt eine der in § 22 Abs 1 bis 6 normierten Voraussetzungen für die Gewährung der (vorzeitigen) Altersversorgung weg oder wird nach dem Zeitpunkt der Gewährung – unabhängig vom Alter des Kammermitgliedes – ein Dienstverhältnis begründet, ist die Altersversorgung einzustellen. Die Fortsetzung der Altersversorgung erfolgt zum nächstfolgenden Monatsersten nach (Wieder-) Vorlage aller normierten Voraussetzungen, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag.</p>	<p>a) Antragstellung im Vorhinein, b) Vorlage eines Antrags auf bargeldlose Pensionszahlung, c) die Bezahlung aller Beiträge inklusive allfälliger noch offener Ratenvereinbarungen, Beitragsstundungen und Nachzahlungen und d) der Nachweis über die Einstellung der ärztlichen oder zahnärztlichen Tätigkeit für den Fall der vorzeitigen Altersversorgung gemäß Abs. 3.</p> <p>(5) Fällt eine der in § 22 Abs. 3 normierten Voraussetzungen für die Gewährung der (vorzeitigen) Altersversorgung weg oder wird nach dem Zeitpunkt der Gewährung – unabhängig vom Alter des Kammermitgliedes – ein Dienstverhältnis begründet, ist die vorzeitige Altersversorgung einzustellen. Die Fortsetzung der vorzeitigen Altersversorgung erfolgt zum nächstfolgenden Monatsersten nach (Wieder-) Vorlage aller normierten Voraussetzungen, wenn die Voraussetzungen mit Monatsersten eintreten, ab diesem Tag.</p>
§ 23		
9	(1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend	(1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist. Hat

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>unfähig ist. Hat der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird keine Invaliditätsversorgung gewährt. Es sind dann die Bestimmungen des § 22 Abs. 1 und der Anlage 1 IV über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.</p> <p>(2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte entspricht jener Versorgung, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche auf Grund- und Ergänzungsleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 1 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 1 VI festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.</p>	<p>der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird keine Invaliditätsversorgung gewährt. Es sind dann die Bestimmungen des § 22 Abs. 1 und der Anlage 1 IV über die vorzeitige Altersversorgung anzuwenden.</p> <p>(2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte entspricht jener Versorgung, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche auf Grund- und Ergänzungsleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 1 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 1 VI festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.</p>
§ 25		
1 0	<p>(3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Ehegatten oder eingetragenen Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden bzw. aufgelöst worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige oder der Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte. Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft entstanden sein. Hat der frühere Ehegatte oder der frühere eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen oder den Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nur einen befristeten Anspruch auf</p>	<p>(3) Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Ehegatten oder eingetragenen Partner, dessen Ehe oder eingetragene Partnerschaft mit dem Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden bzw. aufgelöst worden ist, wenn ihm der Kammerangehörige oder der Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte. Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe oder eingetragenen Partnerschaft entstanden sein. Hat der frühere Ehegatte oder der frühere eingetragene Partner gegen den verstorbenen Kammerangehörigen oder den Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nur einen befristeten Anspruch auf</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder auf Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere eingetragene Partner gegenüber dem verstorbenen Kammerangehörigen oder dem verstorbenen Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat. Die Witwen- (Witwer-)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGBI. 1938 I S 807, 2. die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und 3. der frühere Ehegatte hat im Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet. <p>Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> a) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils erwerbsunfähig ist oder b) aus der geschiedenen Ehe ein Kind hervorgegangen oder durch diese Ehe ein Kind legitimiert worden ist oder die Ehegatten ein gemeinsames Wahlkind angenommen haben und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen oder des Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgung hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern. <p>Die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners und die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung Anspruch (unter Ausschluss der Bonuszahlungen nach § 22 Abs. 6 und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5) gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen(Witwer-)versorgung mehrerer früherer Ehegatten und die mehreren früheren</p>	<p>Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung oder auf Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere eingetragene Partner gegenüber dem verstorbenen Kammerangehörigen oder dem verstorbenen Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat. Die Witwen- (Witwer-)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen den verstorbenen Kammerangehörigen an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das auf Scheidung lautende Urteil enthält den Ausspruch nach § 61 Abs. 3 Ehegesetz, dRGBI. 1938 I S 807, 2. die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und 3. der frühere Ehegatte hat im Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet. <p>Die Voraussetzung nach Z 3 entfällt, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> a) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintritts der Rechtskraft des Scheidungsurteils erwerbsunfähig ist oder b) aus der geschiedenen Ehe ein Kind hervorgegangen oder durch diese Ehe ein Kind legitimiert worden ist oder die Ehegatten ein gemeinsames Wahlkind angenommen haben und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen oder des Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgung hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern. <p>Die Witwen(Witwer)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners und die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung (unter Ausschluss der Bonuszahlungen nach § 22 Abs. 6 und der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte nach § 5 Abs. 2) Anspruch gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen(Witwer-)versorgung mehrerer früherer Ehegatten und die mehreren früheren eingetragenen Partnern gebührende Versorgung hinterbliebener eingetragener Partner ist</p>

	Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
	<p>eingetragenen Partnern gebührende Versorgung hinterbliebener eingetragener Partner ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) und kein hinterbliebener eingetragener Partner vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) oder einen hinterbliebenen eingetragenen Partner hinterlassen hätte. Die Ansprüche des oder der früheren Ehegatten und des oder der früheren eingetragenen Partner dürfen insgesamt 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.</p>	<p>im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) und kein hinterbliebener eingetragener Partner vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten oder des früheren eingetragenen Partners so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) oder einen hinterbliebenen eingetragenen Partner hinterlassen hätte. Die Ansprüche des oder der früheren Ehegatten und des oder der früheren eingetragenen Partner dürfen insgesamt 25 % des Anspruches auf (vorzeitige) Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen nicht übersteigen.</p>
§ 44		
1 1	<p>§ 44 Nachzahlung zum 55. Lebensjahr zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung</p> <p>(1) Kammerangehörige, die noch keine Versorgungsleistungen beziehen, können im Kalenderjahr nach Vollendung des 55. Lebensjahres den Nachkauf von Leistungsansprüchen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beantragen, sofern sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten.</p> <p>(2) Ein Nachkauf von Ansprüchen in der Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann nur für bereits zurückliegende verpflichtende Beitragsjahre beantragt werden. Die Höhe des Nachkaufs errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Vollbeitrag und dem tatsächlich geleisteten</p>	<p>§ 44 Nachzahlung zum 55. Lebensjahr zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung</p> <p>(1) Kammerangehörige, die noch keine Versorgungsleistungen beziehen, können im Kalenderjahr nach Vollendung des 55. 40., 45., 50., 55. und 60. Lebensjahres den Nachkauf von Leistungsansprüchen Beiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beantragen, sofern sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten. Ab Vollendung des 60. Lebensjahres kann ein Nachkauf von Beiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung jederzeit bis zum Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung gemäß § 22 beantragt werden. Die vollständige Bezahlung der nachgekauften Beiträge hat vor dem Antritt der (vorzeitigen) Altersversorgung im Sinne des § 22 Abs. 4 lit. c zu erfolgen. Für den Fall des Eintritts einer Invalidität werden nur jene nachgekauften Beiträge für die Leistungsberechnung herangezogen, die zum Stichtag des Anfalls der Invaliditätsversorgung tatsächlich bezahlt wurden. Ein Nachkauf nach Antritt einer (vorzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung ist nicht möglich.</p> <p>(2) Ein Nachkauf von Ansprüchen Beiträgen in der Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann nur für bereits zurückliegende Beitragsjahre, die nach dem Kalenderjahr ab Vollendung des 35. Lebensjahres liegen, beantragt werden. Die Höhe des Nachkaufs errechnet sich aus der Differenz</p>

Bestehende Regelung		Änderungsvorschlag
	Beitrag. Zusätzlich zu den Beiträgen können auch die entgangenen Zinsen und Zinseszinsen nachgekauft werden. Genaue Regelungen sind dem Geschäftsplan zu entnehmen. Beiträge vor dem Zeitpunkt der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung am 01.01.2012 können nicht nachgekauft werden.	zwischen dem Erfordernis beitrag und dem tatsächlich geleisteten Beitrag. Zusätzlich zu den Beiträgen können auch die entgangenen Zinsen und Zinseszinsen nachgekauft werden. Genaue Ergänzende Regelungen sind dem Geschäftsplan zu entnehmen. Beiträge vor dem Zeitpunkt der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung am 01.01.2012 können nicht nachgekauft werden.
§ 60		
1 2	(3) Eine Überweisung von Leistungen in das Ausland ist über Antrag bei Geltendmachung triftiger Gründe zulässig. Die daraus resultierenden Mehrkosten können dem Unterstützungsempfänger angelastet werden.	(3) Die Auszahlung sämtlicher Leistungen erfolgt ausschließlich in Euro. Eine Überweisung von Leistungen in das Ausland ist über Antrag bei Geltendmachung triftiger Gründe zulässig. Die daraus resultierenden Mehrkosten werden dem Versorgungsleistungs- bzw. Unterstützungsleistungsbezieher angelastet. Versorgungsleistungen werden auf ausländische Konten nur unter der Voraussetzung überwiesen, dass ein dem Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung äquivalenter Nachweis vorgelegt wird.
Anlage 1 I, II, III und VI		
1 3	Anlage 1 I. Festsetzung der Punktwerte für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen Punktwert A Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen, beginnend mit 1. Jänner 2020EUR 43,94 Punktwert B Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung, beginnend mit 1. Jänner 2020 ... EUR 59,63 Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung EUR 56,81	Anlage 1 I. Festsetzung der Punktwerte und des Bemessungsbetrages für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung ab 1. Jänner 2021 a) Punktwert A Gültig für alle bis zum Stichtag 1. Jänner 1967 angefallenen Versorgungsleistungen EUR 43,94 b) Punktwert B Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Grund- und Ergänzungsleistung EUR 59,63 c) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und Ergänzungsleistung beträgt EUR 1.192,60 p.m.

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>und Erweiterten Zusatzleistung, beginnend mit 1. Jänner 2020 .. EUR 49,08</p> <p>II. Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung ab 1. Jänner 2020:</p> <p>a) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Grund- und Ergänzungsleistung beträgt EUR 1.192,60 p.m.</p> <p>b) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Zusatzleistung beträgt . EUR 1.136,20 p.m. und an Erweiterter Zusatzleistung EUR 981,60 p.m.</p> <p>c) Der Bemessungsbetrag (100 %) für die bis 31. Dezember 2004 erworbenen Ansprüche in der Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 20.000,00</p> <p>Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung der gemäß §§ 4, 6, 7 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsätze auf die Bemessungsbeträge.</p> <p>III. Festsetzung des Wertes für die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ab 2020:</p> <p>Pro zwölf Monate Zeiten der direkten Verrechnung mit den §-2-Krankenversicherungsträgern (§ 5 Abs. 2 SWF) ... EUR 7,68</p> <p>Für die unter zwölf Monate liegende Zeit erfolgt eine aliquote Berechnung nach vollen Monaten.</p>	<p>Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß §§ 4 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.</p> <p>II. Festsetzung der Punktwerte, Bemessungsbeträge und der Werte für die Berechnung der monatlichen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung, Erweiterten Zusatzleistung und Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte ab 1. Jänner 2021:</p> <p>a) Gültig für alle nach dem Stichtag 1. Jänner 1967 bis 31. Dezember 1985 angefallenen Versorgungsleistungen der Zusatzleistung (Punktwert) EUR 56,81 und Erweiterten Zusatzleistung (Punktwert) EUR 49,08</p> <p>b) Der Bemessungsbetrag (100 %) an Zusatzleistung beträgt EUR 1.136,20 p.m. und an Erweiterter Zusatzleistung EUR 981,60 p.m. Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung der gemäß §§ 6, 7 und 61 SWF sowie § 10 BO ermittelten Gesamtprozentsätze auf die Bemessungsbeträge.</p> <p>c) Für jeden bis 31.12.2020 vorliegenden Monat der direkten Verrechnung mit den §-2-Krankenversicherungsträgern für Kammerangehörige gem. § 5 Abs. 2 SWF EUR 0,64</p> <p>Es erfolgt künftig keine Anpassung der per 01.01.2021 festgesetzten Punktwerte, Bemessungsbeträge und Werte der lit. a bis c.</p> <p>III. Festsetzung des Bemessungsbetrages für die Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung ab 2021:</p> <p>Der Bemessungsbetrag (100 %) für die bis 31. Dezember 2004 erworbenen Ansprüche in der Zusatzleistung zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung beträgt EUR 20.000,00</p>

Bestehende Regelung	Änderungsvorschlag
<p>VI. Festsetzung des Wertes für die Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung im Sinne des § 23 Abs. 1 SWF:</p> <p>Im Falle der Invaliditätsversorgung im Sinne des § 23 SWF entspricht das Ausmaß in der Grund- und Ergänzungsleistung jenen Anwartschaften, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Sollten die erworbenen Anwartschaften unter Berücksichtigung der Kürzungsregelung gemäß Punkt IV unter den nachangeführten Mindestansprüchen liegen, sind jedenfalls folgende Mindestansprüche zu gewähren:</p> <p>Bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beträgt der Mindestanspruch 100 % des Bemessungsbetrages in der Grund- und Ergänzungsleistung (Anlage 1 II lit. a). Ab dem vollendeten 40. Lebensjahr bis zum vollendeten 60. Lebensjahr verringert sich dieser Mindestanspruch monatlich um 0,25 %, sodass er zuletzt im 720. Lebensmonat 40 % des Bemessungsbetrages beträgt.</p>	<p>Das individuelle Leistungsausmaß errechnet sich durch Anwendung des gemäß § 6 Abs. 3 SWF ermittelten Gesamtprozentsatzes auf den Bemessungsbetrag.</p> <p>VI. Festsetzung des Wertes für die Invaliditätsversorgung in der Grund- und Ergänzungsleistung im Sinne des § 23 Abs. 1 SWF:</p> <p>Im Falle der Invaliditätsversorgung im Sinne des § 23 SWF entspricht das Ausmaß in der Grund- und Ergänzungsleistung jenen Anwartschaften, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Sollten die erworbenen Anwartschaften unter Berücksichtigung der Kürzungsregelung gemäß Punkt IV unter den nachangeführten Mindestansprüchen liegen, sind jedenfalls folgende Mindestansprüche zu gewähren:</p> <p>Bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beträgt der Mindestanspruch 100 % des Bemessungsbetrages in der Grund- und Ergänzungsleistung (Anlage 1 II lit. c). Ab dem vollendeten 40. Lebensjahr bis zum vollendeten 60. Lebensjahr verringert sich dieser Mindestanspruch monatlich um 0,25 %, sodass er zuletzt im 720. Lebensmonat 40 % des Bemessungsbetrages beträgt.</p>