

SATZUNG

des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg
(Stand 01.01.2026)

Konsolidierte Fassung ohne Verlautbarungscharakter

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Wesen und Rechtsnatur

(1) Bei der Ärztekammer für Vorarlberg ist zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen gem. § 96 Abs 1 des Ärztegesetzes 1998, BGBl Nr 169 idgF, ein Wohlfahrtsfonds errichtet. Auf diesen Wohlfahrtsfonds finden die Bestimmungen des Ärztegesetzes in der jeweils gültigen Fassung (kurz „Ärztegesetz“) in Verbindung mit dieser Satzung und der Beitragsordnung Anwendung.

(2) Der Wohlfahrtsfonds bildet ein zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer für Vorarlberg. Seine Verwaltung ist getrennt von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens durch den Verwaltungsausschuss zu führen.

§ 1a Begriffsbestimmungen / geschlechtsspezifische Regelungen

(1) Soweit in den einzelnen Vorschriften nicht anderes bestimmt ist, bezieht sich die Bezeichnung „Kammerangehörige“ in dieser Satzung sowohl auf Kammerangehörige der Ärztekammer für Vorarlberg (im Folgenden Ärztekammer genannt) als auch auf die der Landes Zahnärztekammer für Vorarlberg (im Folgenden Landes Zahnärztekammer genannt) zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufs.

(2) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt ist, bezieht sich in dieser Satzung die Bezeichnung „ärztlich“ gleichzeitig auch auf „zahnärztlich“ sowie die Bezeichnungen „Arzt“, „Wahlarzt“, „Wohnsitzarzt“ gleichzeitig auch auf „Zahnarzt“, „Wahlzahnarzt“, „Wohnsitz Zahnarzt“. Unter Gruppenpraxen sind sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Gruppenpraxen zu verstehen.

(3) Soweit in den einzelnen Vorschriften nicht anderes bestimmt ist, bezieht sich die Bezeichnung „Witwen- bzw. Witwerversorgung“ in dieser Satzung auch auf Anspruchsberechtigte aus „Eingetragenen Partnerschaften“ (mit Ausnahme des § 27 Abs 3 letzter und vorletzter Satz).

(4) Als freipraktizierende Ärzte im Sinne dieser Satzung sind freiberuflich tätige Ärzte mit Berufssitz (§ 45 Abs 2 ÄrzteG/§ 27 ZÄG) sowie Gesellschafter von Gruppenpraxen zu verstehen.

(5) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer gleichzeitig. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen wird die jeweils geschlechtsspezifische Form verwendet.

§ 2 Zweck

Der Wohlfahrtsfonds ist eine auf dem Gedanken der beruflichen Solidarität und der kollegialen Hilfsverpflichtung beruhende Einrichtung. Er hat den Zweck und die Aufgabe, unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit insbesondere den Kammerangehörigen sowie deren anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach den Bestimmungen dieser Satzung eine ausreichende und wertbeständige Versorgung zu sichern und bei unverschuldeter Not Unterstützung zu gewährleisten.

§ 3 Sitz

Der Wohlfahrtsfonds hat seinen Sitz bei der Ärztekammer in 6850 Dornbirn, Schulgasse 17.

§ 4 Anspruchsberechtigung

(1) Die Kammerangehörigen, deren Kinder und Hinterbliebene sind berechtigt, nach Maßgabe der Vorschriften des Ärztegesetzes sowie aufgrund dieser Satzung Versorgungs- und Unterstützungsleistungen aus dem Wohlfahrtsfonds in Anspruch zu nehmen.

(2) Grundlage der Beitragspflicht/von Ermäßigungen sind die jährlichen Bruttoeinnahmen (Umsätze) aus ärztlicher Tätigkeit einschließlich der den Geschäftsanteilen an Gruppenpraxen entsprechenden Anteilen am Umsatz.

II. VERWALTUNG DES WOHLFAHRTSFONDS

§ 5 Organe des Wohlfahrtsfonds

(1) Mit der Erfüllung der dem Wohlfahrtsfonds obliegenden Aufgaben sind nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes, dieser Satzung sowie der Beitragsordnung insbesondere die nachfolgend angeführten Organe der Ärztekammer betraut:

- a) die Erweiterte Vollversammlung
- b) der Verwaltungsausschuss
- c) der Prüfungsausschuss.

(2) Die Bestimmungen der Geschäftsordnung der Ärztekammer in der aktuell geltenden Fassung gelten sinngemäß. Dabei sind die Bestimmungen betreffend die Vollversammlung für die Erweiterte Vollversammlung und betreffend den Vorstand für den Verwaltungsausschuss sinngemäß anzuwenden, sofern diese Satzung nichts anderes vorsieht.

§ 6 Erweiterte Vollversammlung

(1) Die Erweiterte Vollversammlung besteht aus

- a) den Mitgliedern der Vollversammlung
 - b) 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.
- (2) Der Erweiterten Vollversammlung obliegt im eigenen Wirkungsbereich
- 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 Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds
 - c) die Erlassung der Haushaltsordnung des Wohlfahrtsfonds, die die Haushaltsführung für den Wohlfahrtsfonds regelt
 - d) die Festlegung der Anzahl der weiteren Mitglieder des Verwaltungsausschusses sowie
 - e) die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds
 - f) die Erlassung von Richtlinien zur Bewertung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds.
- (3) Anträge auf Erlassung bzw. Änderung der Satzung und/oder Beitragsordnung sind mit einem konkreten Textvorschlag so rechtzeitig einzubringen, dass der Verwaltungsausschuss spätestens 2 Wochen vor Beschlussfassung durch die Erweiterte Vollversammlung die Möglichkeit hat, eine der Erweiterten Vollversammlung vorzulegende Stellungnahme zu beschließen. Von Anträgen nach Satz 1 inhaltlich abweichende Anträge sind bis längstens eine Woche vor Beschlussfassung durch die Erweiterte Vollversammlung schriftlich mit einem konkreten Textvorschlag einzubringen.

§ 7 Verwaltungsausschuss

- (1) Die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens getrennt zu führen und obliegt dem Verwaltungsausschuss, der insbesondere auch in allen Beitragsangelegenheiten und Leistungssachen zu entscheiden hat.
- (2) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten und dem Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer, einem Mitglied des Landesvorstands der Landes Zahnärztekammer 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
1. hinsichtlich der zahnärztlichen Vertreter von der Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes bestellt und
 2. hinsichtlich der übrigen Mitglieder von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerräte der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts gewählt.

Scheidet eines der weiteren Mitglieder aus dem Verwaltungsausschuss aus, so hat die Gruppe, aus der das scheidende Mitglied stammt, unverzüglich die Nominierung eines

Nachfolgers vorzunehmen. Mit der Nominierung vor dem Verwaltungsausschuss gilt das betreffende Verwaltungsausschussmitglied als bestellt.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte in getrennten Wahlgängen mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.

(4) Der Verwaltungsausschuss hat mindestens zwei Bezieher einer Altersversorgung zu bestimmen und mit beratender Funktion sowie Antragsrecht in den Verwaltungsausschuss zu kooptieren. Den kooptierten Mitgliedern kommt insbesondere die Aufgabe zu, die Interessen der Leistungsempfänger wahrzunehmen.

(5) Der Vorsitzende hat die Verwaltungsgeschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen.

(6) Zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses, können im Bedarfsfalle für bestimmte Angelegenheiten sachkundige Personen ohne Stimmrecht beigezogen werden.

(7) Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Die Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst. Eine Stimmenthaltung ist, ausgenommen für den Fall der Befangenheit, nicht zulässig; der Vorsitzende stimmt zuletzt ab. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

(8) Der Verwaltungsausschuss verwaltet den Wohlfahrtsfonds. Zu diesen Aufgaben gehört insbesondere die Beschlussfassung über

- a) Ansuchen um Aufnahme als außerordentliches Mitglied samt Beitragsfestsetzung
- b) Ansuchen um Weiterverbleib im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer bzw. einem Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer eines österreichischen Bundeslandes;
- c) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht, Ermäßigung oder Nachlass, um Stundung oder ratenweise Zahlung von Beiträgen;
- d) Ansuchen auf Gewährung von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen;
- e) den Fortbestand der Voraussetzungen für gewährte Leistungen und Unterstützungen;
- f) die Verwaltung und Veranlagung des Wohlfahrtsfondsvermögens;
- g) die Ausarbeitung von Vorschlägen (Ansuchen) an die Erweiterte Vollversammlung betreffend Erlassung bzw. Änderung der Satzung und/oder der Beitragsordnung;
- h) die Vorbereitung von Angelegenheiten, die der Erweiterten Vollversammlung vorbehalten sind (insbesondere Jahresvoranschlag und Rechnungsabschluss);
- i) Richtlinien, wie z.B. über die Vergabe von Mitteln aus dem Notstandsfonds.

(9) In dringenden Angelegenheiten, insbesondere bei Gefahr in Verzug, können die Geschäfte des Verwaltungsausschusses vom Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem Präsidenten und dem Finanzreferenten der Ärztekammer besorgt werden. Derartige Beschlüsse sind längstens binnen acht Wochen dem Verwaltungsausschuss zur Kenntnis zu bringen.

(10) Beschlüsse des Verwaltungsausschusses können durch eine schriftliche Abstimmung (Umlaufbeschluss) gefasst werden. Dazu sind alle stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsausschusses anzuschreiben. Die Abstimmung kommt gültig zustande, wenn die Antwort

von mindestens der Hälfte derselben bei der Ärztekammer eingelangt ist. Solche Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst. Eine Stimmenthaltung ist, ausgenommen für den Fall der Befangenheit, nicht zulässig. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

§ 8 Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss

(1) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss sind, soweit nicht im Ärztegesetz, in dieser Satzung oder in der Beitragsordnung andere Bestimmungen enthalten sind, die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG) BGBl Nr 51/1991 idgF, anzuwenden. Genehmigungsberechtigter im Sinne des § 18 Abs 3 AVG ist der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, im Verhinderungsfall der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsausschusses. Diese können ihre Genehmigungsbefugnis schriftlich an Mitarbeiter des Kammeramtes übertragen.

(2) Hat eine Erledigung durch Bescheid des Verwaltungsausschusses zu erfolgen, dann ist der Entwurf des Bescheides samt Begründung dem Verwaltungsausschuss zur Beschlussfassung vorzulegen.

(3) Für die Zustellung von Dokumenten gilt § 21 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz, BGBl Nr 51/1991 idgF, iVm den Bestimmungen des Zustellgesetzes, BGBl Nr 200/1982 idgF..

(4) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses haben sich bei Beschlussfassungen ihrer Stimme zu enthalten:

1. in Sachen, an denen sie selbst, einer ihrer Angehörigen (Abs 5) oder eine ihrer Pflegebefohlenen beteiligt sind;
2. wenn sonstige wichtige Gründe (vgl § 7 AVG) vorliegen, die geeignet sind, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(5) Angehörige im Sinne dieser Bestimmung sind:

1. der Ehegatte
2. die Verwandten in gerader Linie und die Verwandten zweiten, dritten und vierten Grades in der Seitenlinie,
3. die Schwägerinnen in gerader Linie und die Schwägerinnen zweiten Grades in der Seitenlinie,
4. die Wahleltern und Wahlkinder und die Pflegeeltern und Pflegekinder,
5. Personen, die miteinander in Lebensgemeinschaft leben, sowie Kinder und Enkel einer dieser Personen im Verhältnis zur anderen Person sowie
6. der eingetragene Partner.

Die durch eine Ehe oder eingetragene Partnerschaft begründete Eigenschaft einer Person als Angehöriger bleibt aufrecht, auch wenn die Ehe, bzw. die eingetragene Partnerschaft nicht mehr besteht.

(6) Mitglieder, die nach Abs 4 vom Stimmrecht ausgeschlossen sind, dürfen an der Behandlung und Beratung sowie der Beschlussfassung der betreffenden Angelegenheit nicht teilnehmen und haben das Sitzungszimmer zu verlassen. Das Mitglied ist verpflichtet, mögliche Befangenheitsgründe dem Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter unverzüglich selbst anzuzeigen.

Wenn sich das Mitglied trotz des angezeigten oder dem Verwaltungsausschuss anderweitig bekannt gewordenen möglichen Befangenheitsgrundes als nicht befangen erachtet, entscheidet der Reihe nach der Vorsitzende, bei dessen Betroffenheit oder Abwesenheit der/die Stellvertreter des Vorsitzenden in der Reihenfolge ihrer Wahl oder – falls auch diese betroffen oder abwesend sind – der Verwaltungsausschuss – ohne Beteiligung des betroffenen Mitglieds – mit einfacher Mehrheit darüber, ob Befangenheit vorliegt oder nicht.

(7) Die Regelungen dieser Bestimmungen sind nicht auf Beschlüsse anwendbar, mit denen der Verwaltungsausschuss Vorschläge für Änderungen der Satzung oder der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds, bzw. für die Erstellung des Jahresvoranschlags oder des Rechnungsabschlusses zur Weiterleitung an die erweiterte Vollversammlung beschließt.

§ 9 Überprüfungsausschuss

(1) Die Geschäftsführung des Wohlfahrtsfonds ist vom Überprüfungsausschuss mindestens einmal jährlich zu überprüfen.

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

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

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

(3) Die Rechnungsprüfer und deren Stellvertreter dürfen dem Verwaltungsausschuss nicht angehören.

(4) Dem Überprüfungsausschuss obliegt es, die Gebarung des Wohlfahrtsfonds zu überprüfen und darauf Bedacht zu nehmen, dass die Erträge/Einnahmen und Aufwendungen/Ausgaben durch Beschlüsse der zuständigen Organe gedeckt sind.

(5) Unabhängig von den Überprüfungen durch den Überprüfungsausschuss hat eine zusätzliche, den jährlichen Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds betreffende Prüfung durch außenstehende, gesetzlich befugte Prüfungsorgane (z.B. Wirtschaftstreuhänder) stattzufinden. Der Prüfbericht ist so rechtzeitig zu erstellen, dass der Überprüfungsausschuss zeitgerecht vor seiner Überprüfung des Rechnungsabschlusses Einsicht nehmen kann. Der Überprüfungsausschuss ist berechtigt, den Prüfbericht des Prüfungsorganes seinem schriftlichen Bericht zugrunde zu legen. Das Prüfungsorgan wird über Beschluss des Verwaltungsausschusses bestellt.

(6) Der Überprüfungsausschuss ist berechtigt, in die für die Prüfung im Sinne des Abs 4 benötigten Unterlagen des Wohlfahrtsfonds im Wege des Kammeramtes Einsicht zu nehmen und zu seiner Unterstützung das vom Verwaltungsausschuss gemäß Abs 5 bestellte außenstehende Prüforgan zur Prüfung beizuziehen.

(7) Dem Prüfungsausschuss sind tunlichst 14 Tage vor Beginn der Prüfung der Vorschlag zum Rechnungsabschluss sowie der Prüfbericht nach Abs 5 vorzulegen. Darüber hinaus ist im Zuge der Prüfung dem Prüfungsausschuss durch die vom Präsidenten oder dem Kammeramtsdirektor Beauftragten Auskunft über alle Gebarungsvorgänge zu erteilen. Personenbezogene Daten dürfen allerdings nur mit Zustimmung der Betroffenen übermittelt werden.

(8) Der Prüfungsausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit, wobei Stimmenthaltungen nicht zulässig sind. Wird ein Mitglied des Prüfungsausschusses wegen Verhinderung vertreten, kommt dem Vertreter das Stimmrecht zu.

(9) Der Prüfungsausschuss erstattet der erweiterten Vollversammlung einen schriftlichen Bericht, der so rechtzeitig zu erstellen ist, dass dieser Bericht der erweiterten Vollversammlung anlässlich der Beschlussfassung über den Rechnungsabschluss vorliegt und empfiehlt dabei die Entlastung des Verwaltungsausschusses oder die Verweigerung derselben. Stimmt ein Mitglied im Prüfungsausschuss gegen die Annahme des Berichtes, ist dieses berechtigt, dem Bericht des Prüfungsausschusses einen Minderheitenbericht anzufügen.

§ 10 Geschäftsführung

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

(2) Die mit dem Betrieb des Wohlfahrtsfonds verbundenen Verwaltungskosten sind aus den Mitteln dieser Einrichtung aufzubringen.

(3) Über die Einnahmen und Ausgaben ist unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der doppelten Buchführung gesondert vom übrigen Kammervermögen Buch zu führen. Insbesondere die einzelnen Leistungs- und Unterstützungsarten sowie Beiträge sind im Rechnungsabschluss auszuweisen. Die Verrechnungsüberschüsse bzw. Abgänge und bestehende Reserven sind im gleichen Sinne in der Bilanz auszuweisen.

(4) Ausgehend von der gemäß Abs 3 zu erstellenden Buchbilanz ist alljährlich der neben den laufenden Erträgen angefallene Vermögenszuwachs des Wohlfahrtsfonds festzustellen. Die Gesamterträge des Wohlfahrtsfonds setzen sich demzufolge zusammen:

- a) aus dem nominellen Überschuss der tatsächlichen Einnahmen an Erträgen des angelegten Vermögens abzüglich aller Ausgaben für die Vermögensverwaltung und
- b) aus dem saldierten Vermögenszuwachs oder Vermögensabgang, der sich aus der Wertsteigerung oder Wertminderung von Vermögensanlagen während des Jahres nach Ablauf des Jahres errechnet.

(5) Die Aufteilung der Gesamterträge des Wohlfahrtsfonds hat jeweils für das abgelaufene Jahr (Bilanzjahr) wie nachstehend zu erfolgen:

- a) Dem gemäß § 11 Abs 2 jeweils bestimmten Vermögen zum 1.1. (Eröffnungsbilanz) werden die jährlichen Beiträge zugerechnet und die jährlichen Leistungen abgezogen. Das so errechnete vorläufige Vermögen zum 31.12. wird dem Vermögen zum

1.1. hinzugezählt und durch die Zahl 2 geteilt; dies ergibt das vorläufige Jahresdurchschnittsvermögen.

Auf diese Weise werden alle Teilvermögen gemäß § 11 Abs 2 berechnet und deren Verhältnis zueinander in Prozent (auf 2 Dezimalstellen) festgestellt. Das Durchschnittsvermögen der Sicherheitskonten Grund-, Ergänzungs- sowie Zusatzleistung wird nach Zuführung der Erträge gemäß Abs 5 lit b errechnet.

- b) Von den ermittelten Vermögensverwaltungserträgen sind unter der Voraussetzung der Gewährleistung der versicherungsmathematisch geforderten Verzinsung des Vermögens der Altersversorgung (Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung) mindestens 50 v.H. (Prozent) den Vermögen der Sicherheitskonten abzuführen. Diese Vermögenszuführung ist so vorzunehmen, dass die Aufteilung auf die Vermögen der Sicherheitskonten entsprechend dem Verhältnis (Prozent) der Jahresdurchschnittsvermögen (Abs 5 lit a) von Grund, Ergänzungs- und Zusatzleistung erfolgt.
 - c) Im Falle der Unterdeckung des Deckungsstockes der Grundleistung, der Ergänzungsleistung und/oder der Zusatzleistung kann die Vermögenszuführung auf das jeweilige Sicherheitskonto abweichend von Abs 5 lit b durch Beschluss der Erweiterten Vollversammlung vorgenommen werden. Ein derartiger Beschluss muss versicherungsmathematisch begründet sein.
 - d) Die verbleibenden Vermögensverwaltungserträge sind in der Folge entsprechend dem Verhältnis (Prozent) der Jahresdurchschnittsvermögen (Abs 5 lit a) zueinander auf dieselben aufzuteilen.
 - e) Die aufgeteilten Vermögensverwaltungserträge werden dem vorläufigen Vermögen zum 31.12. hinzugezählt. Das Ergebnis ist das gemäß § 11 Abs 2 jeweils endgültige Vermögen zum 31.12. (Schlussbilanz).
 - f) Die Gesamtheit der Teilvermögen bildet das Vermögen des Wohlfahrtsfonds.
- (6) Die ausreichende Deckung der Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung sowie der Hinterbliebenenunterstützung ist längstens alle 3 Jahre durch einen Sachverständigen (Versicherungsmathematiker) zu überprüfen. Aufgrund des Überprüfungsergebnisses hat ein Versicherungsmathematiker die Richtigkeit der Beiträge zu beurteilen. Zu diesem Zweck sind alle für die versicherungstechnische Überprüfung und die Erstellung versicherungsmathematischer Gutachten erforderlichen Daten bereitzustellen.
- (7) Nach Schluss des mit dem Kalenderjahr zusammenfallenden Rechnungsjahres hat der Verwaltungsausschuss den Rechnungsabschluss zu verfassen.
- (8) Der Rechnungsabschluss ist so rechtzeitig fertig zu stellen, dass er nach Prüfung durch den Prüfungsausschuss mit seinem schriftlichen Bericht bis spätestens 30. Juni der Erweiterten Vollversammlung zur Genehmigung vorgelegt werden kann.
- (9) Der Jahresvoranschlag ist so rechtzeitig der Erweiterten Vollversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen, dass alle daraus resultierenden insbesondere administrativen Maßnahmen für das neue Bilanzjahr rechtzeitig getroffen werden können.

(10) Geschäftstücke des Wohlfahrtsfonds sind grundsätzlich vom Präsidenten der Ärztekammer und dem Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, in finanziellen Angelegenheiten auch vom Finanzreferenten der Ärztekammer, zu zeichnen. Im Zahlungs- und Geschäftsverkehr mit Banken sind die vom Verwaltungsausschuss bevollmächtigten Personen bei Gegenzeichnung vertretungsbefugt. Der Finanzreferent der Ärztekammer hat von allen finanziellen Angelegenheiten Kenntnis zu haben. Die Schriftstücke des Verwaltungsausschusses sind im Fall bescheidmäßiger Erledigung ausschließlich vom Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses zu zeichnen; es gilt §18 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG) BGBl Nr 51/1991 idGF. und § 230 Abs 7 des Ärztegesetzes.

§ 11 Vermögen

(1) Dem Wohlfahrtsfonds fließen neben den in der Beitragsordnung festgesetzten Beiträgen zu:

- a) Erträge des Vermögens des Wohlfahrtsfonds
- b) Zuwendungen aus Erbschaften, Vermächtnissen, Stiftungen und anderen Fonds, Widmungen, Spenden und sonstige Beträge.

(2) Das Vermögen des Wohlfahrtsfonds ist so zu verwalten, dass unter dem Gesichtspunkt der Geldwertstabilität sowie der möglichst gleichmäßigen Belastung der Versicherten-Generationen (Generationenvertrag) die dauernde Erfüllbarkeit aller Versorgungsverpflichtungen gewährleistet ist.

Zu diesem Zweck ist folgende buchhalterische und versicherungsmathematische Aufteilung des Wohlfahrtsfondsvermögens durchzuführen:

a) Vermögen der Grundleistung

Dieser Deckungsstock hat die dauernde Erfüllbarkeit der Grundleistungsverpflichtungen bei versicherungsmathematischer Berechnung nach dem "offenen Deckungsplanverfahren" zu gewährleisten.

b) Vermögen der Ergänzungsleistung

Dieser Deckungsstock hat die dauernde Erfüllbarkeit der Ergänzungsverpflichtungen bei versicherungsmathematischer Berechnung nach dem "offenen Deckungsplanverfahren" zu gewährleisten.

c) Vermögen der Zusatzleistung

Dieser Deckungsstock hat die dauernde Erfüllbarkeit der Zusatzleistungsverpflichtungen bei versicherungsmathematischer Berechnung nach dem "Kapitaldeckungsverfahren" zu gewährleisten.

d) Vermögen des Notstandsfonds

Dieser Deckungsstock hat die dauernde Erfüllbarkeit aller in der Satzung vorgesehenen Verpflichtungen für sonstige Unterstützungsleistungen (echter Notstand) zu gewährleisten.

e) Vermögen der Sicherheitskonten

Die Sicherheitskonten dienen zum Ausgleich von außergewöhnlichen Belastungen im Rahmen der Altersversorgung (Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung). Insbesondere dienen sie zur Verhinderung abrupter Beitragserhöhungen, welche im Hinblick auf den Anstieg der Lebenserwartung versicherungsmathematisch erforderlich werden können. Die Sicherheitskonten haben zudem die Aufgabe, den versicherungsmathematisch geforderten Rechnungszins für die Teilvermögen (Deckungsstöcke) des Wohlfahrtsfonds derart zu gewährleisten, dass bei zu geringen Vermögenserträgen Zuzahlungen bis zur Höhe des jährlichen Rechnungszinses an die Teilvermögen (Deckungsstöcke) erfolgen können. Der Wert der Sicherheitskonten darf höchstens 20 Prozent des Vermögens der jeweiligen Deckungsstöcke betragen.

f) Vermögen der Bestattungsbeihilfe

Dieses Vermögen besteht aus Beitragsüberhängen sowie Vermögenserträgen und dient zur Absicherung der im Umlageverfahren finanzierten Bestattungsbeihilfe.

g) Vermögen der Hinterbliebenenunterstützung (inklusive Ablebensversicherung)

Dieser Deckungsstock hat die dauernde Erfüllbarkeit der Hinterbliebenenunterstützung bei versicherungsmathematischer Berechnung nach dem „offenen Deckungsplanverfahren“ zu gewährleisten.

h) Vermögen der Krankenunterstützung

Dieses Vermögen besteht aus Beitragsüberhängen sowie Vermögenserträgen und dient der Absicherung der im Umlageverfahren finanzierten Krankenunterstützung.

Auch bei der Finanzierung dieses Vermögens ist der Grundsatz des Generationenvertrages zu berücksichtigen. Sollten sich aufgrund demoskopischer Unterlagen wesentliche Änderungen ergeben, kann auch für die Krankenunterstützung ein Deckungsstock angelegt werden.

i) Vermögen der Krankenversicherung

Dieser Deckungsstock dient ergänzend zu allfälligen Rückversicherungen der Erfüllbarkeit aller in der Satzung vorgesehenen Verpflichtungen aus der Krankenversicherung.

§ 11a Vermögensveranlagung

(1) Die zur dauernden Anlage verfügbaren Mittel sind unter besonderer Beachtung der Grundsätze der Anlagensicherheit (Risikominimierung) und der Anlageertragsfähigkeit (insbesondere versicherungsmathematische Vorgaben) entsprechend den nachstehenden Richtlinien gemäß § 108 ÄrzteG in folgenden Anlagekategorien zu veranlagen:

a) Verzinsliche Anlagen wie z.B.: fest und variabel verzinsten Wertpapiere; Staatsanleihen; Unternehmensanleihen; Pfandbriefe; Kommunalschuldverschreibungen. Rückversicherungen gelten als verzinsliche Anlagen, sofern sie einen eigenständigen Deckungsstock (Sondervermögen) ausweisen. Verzinsliche Anlagen können je nach Eignung auch zu Bruchteilseigentum (z.B.: Wertpapierfonds) veranlagt werden.

Das Vermögen des Wohlfahrtsfonds ist mindestens zu 50 von Hundert (50%) in verzinslichen Anlagen zu veranlagen.

- b) Beteiligungsanlagen wie z.B.: Aktien, Genuss- und Optionsrechte, Ergänzungskapital, Wandelschuldverschreibungen, Direktbeteiligungen an Betrieben und Gesellschaften.

Beteiligungsanlagen können je nach Eignung auch zu Bruchteilseigentum (z.B.: Aktienfonds) veranlagt werden.

Das Vermögen des Wohlfahrtsfonds kann höchstens bis zu 40 von Hundert (40%) in Beteiligungsanlagen veranlagt werden.

- c) Grundstücke und Gebäude, die ertragsbringend und/oder wertsteigernd sind. Grundstücke und Gebäude können auch zu Bruchteilseigentum (z.B.: Immobilienfonds) veranlagt werden.

Das Vermögen des Wohlfahrtsfonds kann höchstens bis zu 25 von Hundert (25%) in Grundstücken und Gebäuden veranlagt werden.

- d) Alternative Investments als Ergänzung zur Vermögensveranlagung. Alternative Investments können insbesondere dann durchgeführt werden, wenn gegenüber den Anlagekategorien der lit a bis c eine Ertrags und/oder Wertsteigerung erwartet werden kann oder wenn Sie zur Verringerung von Veranlagungsrisiken dienen. Jedes alternative Investment ist hinsichtlich seines Anteils am Gesamtvermögen vor allem unter Berücksichtigung der Veranlagungsstrategie und der Veranlagungssicherheit einer Anlagekategorie gemäß lit a bis c zuzuordnen.

(2) Beim Erwerb von Anlagen gemäß Abs 1 ist Folgendes zu beachten:

- a) Wertpapiere und/oder Geldmarktinstrumente müssen vorrangig

1. an einem geregelten Markt (das ist ein Markt gemäß § 1 Abs 2 Börsengesetz, in der Fassung vom 1. Jänner 2013), notiert oder gehandelt werden oder
2. an einem anderen anerkannten, geregelten, für das Publikum offenen und ordnungsgemäß funktionierenden Wertpapiermarkt eines Mitgliedstaates des EWR gehandelt werden oder
3. an einer Wertpapierbörse eines Drittlandes (§ 2 Z 8 Bankwesengesetz, in der Fassung vom 1. Jänner 2013) amtlich notiert oder an einem anderen anerkannten, geregelten, für das Publikum offenen und ordnungsgemäß funktionierenden Wertpapiermarkt eines Drittlandes gehandelt werden.

Veranlagungen in Wertpapiere und / oder Geldmarktinstrumente, die nicht zum Handel an einem Markt gemäß Z 1 bis 3 zugelassen sind, müssen auf jeden Fall auf einem vorsichtigen Niveau gehalten werden.

- b) Der Vermögenswert der Beteiligungsanlagen (Abs 1 lit b) und der Grundstücke und Gebäude (Abs 1 lit c) darf zusammen höchstens 50 von Hundert (50%) des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds betragen.

- c) Veranlagungen in Beteiligungsanlagen (Abs 1 lit b), die nicht zum Handel an einem Markt gemäß Abs 2 lit a Z 1 bis 3 zugelassen sind, sind mit höchstens 20 vH des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds begrenzt.
 - d) Veranlagungen in Vermögenswerte, die nicht auf Euro lauten, sind mit höchstens 30 vH des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds begrenzt. Wird das Währungsrisiko durch Kurssicherungsgeschäfte beseitigt, so gilt diese Beschränkung nicht.
 - e) Veranlagungen in Vermögenswerte desselben Ausstellers sind mit höchstens 5 vH des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds begrenzt. Hiervon ausgenommen sind Veranlagungen in Schuldverschreibungen und Darlehen, die vom Bund, einem Bundesland, einem anderen Mitgliedstaat des EWR, einem Gliedstaat eines anderen Mitgliedstaates des EWR oder einer internationalen Organisation öffentlich rechtlichen Charakters, der ein oder mehrere Mitgliedstaaten des EWR angehören, begeben oder garantiert werden sowie Veranlagungen gemäß lit f und g. Veranlagungen in Vermögenswerten von Ausstellern, von denen der eine am Grundkapital (Stammkapital) des anderen unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vH beteiligt ist, gelten als Veranlagungen in Vermögenswerten desselben Ausstellers.
 - f) Veranlagungen in Sondervermögen (z.B: Investmentfonds, Rückversicherungen), die im Konkursfall aus der Konkursmasse ausgesondert werden, sind pro Sondervermögen mit höchstens 25 vH des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds begrenzt. Für diese Veranlagungen gilt lit e nicht.
 - g) Veranlagungen in Anteilsscheine von Immobilienfonds sind pro Immobilienfonds mit höchstens 10 vH des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds begrenzt. Für diese Veranlagungen gilt lit e nicht.
 - h) Derivative Produkte, das sind an einem Markt gemäß Abs 2 lit a Z 1 bis 3 gehandelte Futures und Optionen, sowie Devisentermingeschäfte die nicht zur Absicherung von Kursrisiken dienen, dürfen nur dann erworben werden, wenn sie zur Verringerung von Veranlagungsrisiken oder zur Erleichterung einer effizienten Verwaltung des Gesamtvermögens des Wohlfahrtsfonds beitragen; die Risikokonzentration in Bezug auf eine einzige Gegenpartei ist zu vermeiden.
- (3) Der Verwaltungsausschuss kann innerhalb der einzelnen Anlagekategorien des Abs 1 lit a bis c Unterteilungen vornehmen, die insbesondere den Zweck haben, das Veranlagungsrisiko unter Berücksichtigung der Ertragskomponente zu minimieren und ausgewogen (keine Klumpenrisiken) zu gestalten. Er hat jedenfalls bei verzinsten Wertpapieren die Ratingkategorien und deren Verhältnis zueinander festzulegen.
- (4) Jeder Vermögenswert ist einer der drei Anlagekategorien gemäß Abs 1 lit a bis c zuzuordnen und somit die Einhaltung der Richtlinien zu gewährleisten. Ist ein Vermögenswert nicht eindeutig einer Anlagekategorie zuordenbar (z.B. gemischte Aktien- und Obligationenfonds), so ist er jener Anlagekategorie zuzuordnen, die den Schwerpunkt der Veranlagung bildet. Wenn möglich, kann auch eine Aufteilung des Vermögenswertes in die entsprechenden Anlagekategorien stattfinden.
- (5) Die in Abs 1 lit a bis c und Abs 2 lit b bis g festgelegten Mindest- bzw. Höchstvermögenswerte können ausnahmsweise, wenn dies zur Vermeidung von Vermögensschäden

dient, kurzfristig (d.h. maximal bis zu einem Jahr) über- oder unterschritten werden. Dieser Zeitraum kann überschritten werden, wenn derivative Produkte oder Devisentermingeschäfte gemäß Abs 2 lit h zur Absicherung von Veranlagungsrisiken eingesetzt werden. Der Risikokomponente ist dabei besonderes Augenmerk zu widmen.

- (6) Die Erfassung, Beurteilung, Steuerung und Überwachung der Risiken aus den Vermögensanlagen ist so zu gestalten, dass der Komplexität der Risiken ausreichend Rechnung getragen und somit eine ertrags- und risikogerechte Vermögensbewirtschaftung gewährleistet wird.
- (7) Zum Zwecke der Veranlagung und Überwachung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds kann der Verwaltungsausschuss einen Anlageausschuss einrichten, der zumindest aus dem Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, dem Finanzreferenten und einem Kammerangestellten der Ärztekammer zu bestehen hat. Der Anlageausschuss hat seine Tätigkeit insbesondere durch die Vergabe und Überwachung von Vermögensverwaltungsmandaten durchzuführen oder Direktveranlagungen vorzunehmen. Der Anlageausschuss, dessen Vorsitz der Finanzreferent führt, hat dem Verwaltungsausschuss in regelmäßigen Abständen über seine Tätigkeit Bericht zu erstatten. Der Verwaltungsausschuss hat das Recht, in allen Angelegenheiten, die in den Tätigkeitsbereich des Anlageausschusses fallen und deren Entscheid er sich vorbehalten hat, selbst zu entscheiden. Der Anlageausschuss hat das Recht, Entscheidungen dem Verwaltungsausschuss zur endgültigen Beschlussfassung vorzulegen. § 7 Abs 10 gilt für Beschlüsse des Anlageausschusses sinngemäß.
- (8) Die Vergabe von Vermögensverwaltungsmandaten darf nur an Personen oder Firmen erfolgen, die dafür fachlich geeignet sind, in keinem Naheverhältnis zu einem Mitglied des Verwaltungsausschusses und/oder Anlageausschusses stehen und je nach Mandat insbesondere in den Bereichen Portfoliomanagement, Risikomanagement bzw. Asset-Liability-Management eine entsprechende Berufserfahrung nachweisen können. Der Verwaltungs- und der Anlageausschuss können sich zudem für ihren gesamten Tätigkeitsbereich von externen Fachpersonen bzw. -firmen beraten lassen, wobei Satz 1 sinngemäß gilt.
- (9) Ein Naheverhältnis im Sinne des Abs 8 ist jedenfalls dann vorliegend, wenn die Voraussetzungen für eine Befangenheit gemäß § 7 AVG gegeben sind.

III. MITGLIEDER UND BEITRAGSPFLICHT

§ 12 Ordentliche Mitglieder

- (1) Ordentliches Mitglied des Wohlfahrtsfonds ist jeder ordentliche Kammerangehörige, sofern dieser nicht bereits in einem anderen Mitgliedsstaat des europäischen Wirtschaftsraumes oder in der schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen bei Invalidität, Alter oder an Hinterbliebene vorsieht. Eine Doppelmitgliedschaft von Kammerangehörigen (Zugehörigkeit sowohl in der Ärztekammer als auch der Landesärztekammer) begründet keine doppelte Mitgliedschaft im Wohlfahrtsfonds. Derartige Fälle sind analog § 109 Abs 1 ÄrzteG zu behandeln.

(2) Jedes ordentliche Mitglied ist nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes und dieser Satzung während der Dauer seiner Mitgliedschaft zur Leistung der in der Beitragsordnung festgelegten Beiträge zum Wohlfahrtsfonds verpflichtet, sofern keine Befreiung, Ermäßigung oder Nachlass vorliegt. Die Verpflichtung zur Entrichtung aushaftender Beiträge besteht auch nach Beendigung der Kammerzugehörigkeit.

(3) Die Pflicht zur Mitgliedschaft im Wohlfahrtsfonds (Beitragspflicht) entsteht mit dem Zeitpunkt der Eintragung in die Ärzteliste/Zahnärzteliste im Bereich der Ärztekammer/Landeszahnärztekammer.

(4) Der erstmalige Leistungsanspruch beginnt mit der Rechtskraft des ersten Beitragsbescheides.

(5) Das ordentliche Wohlfahrtsfondsmitglied hat beginnend mit dem ersten vollen Kalendermonat

- eines Beschäftigungsverbotes gemäß Mutterschutzgesetz 1979 (MSchG),
- einer Karenz gemäß MSchG, Väter-Karenzgesetz (VKG), oder anderer gleichartiger landes- oder bundesgesetzlicher Vorschriften sowie
- des Bezugs von Leistungen gemäß Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)

einen beitragsfreien Versicherungsschutz des Wohlfahrtsfonds (Anspruch auf Invaliditäts-, Witwen(r)-, Waisenversorgung, Kinderunterstützung, Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung), sofern dieses den in Betracht kommenden Zeitraum schriftlich bekannt gibt und schriftlich erklärt, in diesem Zeitraum keine bzw. nur eine geringfügige ärztliche Tätigkeit auszuüben. Eine geringfügige ärztliche Tätigkeit liegt vor, wenn Bruttoeinnahmen erzielt werden, die bei einer ganzjährigen ärztlichen Tätigkeit unter dem Jahresgrenzbetrag des § 20 Abs 4 liegen; bei nichtganzjähriger ärztlicher Tätigkeit wird der Jahresgrenzbetrag entsprechend aliquotiert.

Ein Anspruch auf den beitragsfreien Versicherungsschutz des Wohlfahrtsfonds besteht nur dann, wenn bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz Beiträge zur Altersversorgung entrichtet wurden; ermäßigte Altersversorgungsbeiträge führen zu einem aliquoten Leistungsanspruch.

Für die Zeit des beitragsfreien Versicherungsschutzes findet keine Anrechnung von Anwartschaften statt. Der beitragsfreie Versicherungsschutz endet mit dem letzten vollen Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz vorgelegen sind.

(6) Das ordentliche Mitglied kann einen beitragsfreien Versicherungsschutz (Anspruch auf Invaliditäts-, Witwen(r)-, Waisenversorgung, Kinderunterstützung, Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung) für die Zeit der ausschließlichen und unentgeltlichen ärztlichen Tätigkeit (ins-besondere auch keine Aufwandsentschädigung) in karitativen, vom Verwaltungsausschuss anerkannten, Einrichtungen (z.B. im Bereich der Flüchtlingshilfe), für die Zeit der Teilnahme an einem vom Verwaltungsausschuss anerkannten ärztlichen Hilfsprojekt im Ausland und für eine Dienstfreistellung gegen Entfall des Entgeltes im Sinne des § 42a LBedG, LGBl Nr 50/2000, idGF, oder einer vergleichbaren Rechtsvorschrift (Familienhospizkarenz) beantragen. Für diese Zeit der ordentlichen Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft findet keine Anrechnung von Anwartschaften statt.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz endet mit dem letzten vollen Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz vorgelegen sind. Wird während der Zeit des beitragsfreien Versicherungsschutzes eine entgeltliche ärztliche Tätigkeit

aufgenommen, erlischt der beitragsfreie Versicherungsschutz mit dem ersten des Kalendermonats, in dem die entgeltliche ärztliche Tätigkeit aufgenommen wird.

§ 13 Außerordentliche Mitglieder

(1) Als außerordentliche Mitglieder können durch Bewilligung (Bescheid) in den Genuss von Leistungen des Wohlfahrtsfonds gelangen:

- a) außerordentliche Kammerangehörige (§ 68 Abs 5 ÄrzteG und § 13 Abs 1 ZÄKG), die sich zur Leistung von Beiträgen freiwillig verpflichten und unmittelbar davor ordentliches Wohlfahrtsfondsmitglied waren;
- b) ehemalige ordentliche Mitglieder in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, wenn sie gleichzeitig eine außerordentliche Mitgliedschaft bei der Ärztekammer oder der Landeszahnärztekammer begründen.

(2) Die Bewilligung der außerordentlichen Mitgliedschaft kann vom Ergebnis einer vertrauensärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.

(3) Der Antrag auf außerordentliche Mitgliedschaft hat die gewünschte Beitragshöhe zu enthalten. Diese darf den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung nicht übersteigen und hat einer der Ermäßigungsstufen gemäß § 20 Abs 2 oder 3 zu entsprechen

(4) Der erstmalige Leistungsanspruch beginnt mit dem Zeitpunkt der Bezahlung des im Aufnahmebescheid festgesetzten Beitrages.

(5) Eine außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds ohne Beitragsleistung aber mit einem Anspruch auf Invaliditäts-, Witwen(r)-, Waisenversorgung, Kinderunterstützung, Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (beitragsfreier Versicherungsschutz) kann über Antrag beginnend mit dem ersten vollen Kalendermonat

- eines Beschäftigungsverbotes gemäß Mutterschutzgesetz 1979 (MSchG),
- einer Karenz gemäß MSchG, Väter-Karenzgesetz (VKG), oder anderer gleichartiger Landes- oder bundesgesetzlicher Vorschriften sowie
- des Bezugs von Leistungen gemäß Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)

bewilligt werden, wenn bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz Beiträge zur Altersversorgung entrichtet wurden; ermäßigte Altersversorgungsbeiträge führen zu einem aliquoten Leistungsanspruch. Der beitragsfreie Versicherungsschutz endet mit dem letzten vollen Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz vorgelegen sind. Für die Zeit des beitragsfreien Versicherungsschutzes findet keine Anrechnung von Anwartschaften statt.

(6) Eine außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds ohne Beitragsleistung aber mit einem Anspruch auf Invaliditäts-, Witwen(r)-, Waisenversorgung, Kinderunterstützung, Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (beitragsfreier Versicherungsschutz) kann über Antrag für die Zeit der Teilnahme an einem vom Verwaltungsausschuss anerkannten ärztlichen Hilfsprojekt im Ausland genehmigt werden. Bei diesen ärztlichen Hilfsprojekten kann die außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds nur dann bewilligt werden, wenn diese an eine mindestens zweijährige ordentliche Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft anknüpft. Die

2-Jahresfrist kann unterschritten werden, wenn ein Turnusarzt zu Ausbildungszwecken an einem vom Verwaltungsausschuss anerkannten ärztlichen Hilfsprojekt im Ausland teilnimmt. Außerordentliche Mitgliedschaften aufgrund der Teilnahme an einem ärztlichen Hilfsprojekt im Ausland können nur für die Dauer von 12 Monaten, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen bis zu höchstens 24 Monaten beansprucht werden. Für diese Zeit der außerordentlichen Wohlfahrtsfondsmitgliedschaft findet keine Anrechnung von Anwartschaften statt.

§ 14 Allgemeine Pflichten der Mitglieder

- (1) Die Mitglieder des Wohlfahrtsfonds sind insbesondere verpflichtet:
- a) die Aufnahme der ärztlichen/zahnärztlichen Tätigkeit im Kammerbereich der Ärztekammer/Zahnärztekammer sofort zu melden und die für die Beitragsbemessung des Wohlfahrtsfonds notwendigen Angaben wahrheitsgemäß zu machen;
 - b) die vorgeschriebenen Beiträge fristgerecht zu entrichten;
 - c) den Wohlfahrtsfonds unaufgefordert und unverzüglich von allen für dessen Wirken bedeutsamen Änderungen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Änderungen in der Berufstätigkeit und Veränderungen im Familienstand (Verhehlung, Scheidung, Geburt eines Kindes, Beginn oder Beendigung des Studiums, Todesfall usw.) sind unverzüglich nach Eintreten der Änderung unter Vorlage der Nachweise schriftlich bekannt zu geben;
 - d) dem Wohlfahrtsfonds alle für dessen Wirken erforderlichen Anfragen unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Zeit zur Beantwortung kann befristet, die Nichteinhaltung der Frist mit einer Ordnungsstrafe geahndet werden;
 - e) dem Wohlfahrtsfonds auf Verlangen die geforderten Einkommens- und Vermögensnachweise vorzulegen;
 - f) sich einer vertrauensärztlichen Untersuchung gemäß § 38 Abs 3 zu unterziehen.
- (2) Empfänger von Unterstützungsleistungen aus dem Notstandsfonds haben jede Änderung in ihren Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen unverzüglich dem Wohlfahrtsfonds schriftlich bekannt zu geben.
- (3) Verletzt ein Mitglied seine Verpflichtungen gegenüber dem Wohlfahrtsfonds, so gehen die Folgen (insbesondere Auswirkungen auf den Leistungsanspruch) zu seinen Lasten. Zu Unrecht bezogene Leistungen sind zur Rückzahlung vorzuschreiben, es sei denn der Verwaltungsausschuss beschließt im Einzelfall anderes.

§ 15 Allgemeine Pflichten der Landeszahnärztekammer

- (1) Die Landeszahnärztekammer ist verpflichtet
- a) der Ärztekammer die für die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds erforderlichen Daten zu erheben und in der vom Verwaltungsausschuss festgelegten elektronischen Form zu übermitteln, sowie

- b) Auskünfte zu erteilen, soweit diese nicht vom betroffenen Kammerangehörigen selbst an die Ärztekammer übermittelt bzw. erteilt wurden, und
 - c) der Ärztekammer die jederzeitige Einsichtnahme in die, sowie die kostenlose Herstellung von Abschriften aus den gemäß § 219 ÄrzteG ausgefolgten Aufzeichnungen und Unterlagen zu gewähren.
- (2) Erforderliche Daten im Sinne des Abs 1 lit a sind insbesondere:
- die in § 14 ZÄG angeführten Daten,
 - der Familienstand des Mitgliedes und diesbezügliche Änderungen,
 - der Name und das Geburtsdatum des Ehepartners,
 - die Namen und die Geburtsdaten der Kinder (§ 26 Abs 5) samt Zusatzangaben hinsichtlich deren Behinderung und deren Versorgungsstatus,
 - Krankenversicherungsstatus des Mitgliedes und dessen Angehörige (§ 18 Abs 4),
 - Bekanntgabe jeder beruflichen Tätigkeit des Mitgliedes außerhalb Österreichs (mit Angabe: ob selbständig oder unselbständig, des Berufssitzes, des Sozialversicherungsstatus),
 - Bankverbindung des Mitgliedes,
 - Berufslaufbahn des Mitgliedes.
- (3) Die Landes Zahnärztekammer Vorarlberg wird über Kundmachungen gemäß § 195 a Abs 2 ÄrzteG, welche den Wohlfahrtsfonds betreffen, informiert.

§ 16 Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds endet:
- a) durch den Tod des Mitgliedes;
 - b) im Falle der Befreiung nach § 112 ÄrzteG bzw. § 19 dieser Satzung;
 - c) durch den Wegfall einer der in dieser Satzung festgelegten Voraussetzungen für die Mitgliedschaft (insbesondere Streichung aus der Ärzte- bzw. Zahnärzteliste);
 - d) durch die Verlegung des für die Zugehörigkeit maßgebenden Anknüpfungspunktes (Berufssitz, Dienstort oder Wohnsitz) in den Bereich einer anderen Ärztekammer bzw. Landes Zahnärztekammer oder ins Ausland (ausgenommen die Fälle des Abs 6);
 - e) bei außerordentlicher Mitgliedschaft auch durch Nichtzahlung eines Beitrages während dreier aufeinanderfolgender Monate trotz schriftlicher Mahnung sowie durch Ausschluss von der Mitgliedschaft wegen Verletzung der Interessen des Wohlfahrtsfonds.
- (2) Die Beitragspflicht zur Altersversorgung endet
- a) im Falle der Gewährung der (frühzeitigen) Altersversorgung;
 - b) im Falle der Gewährung der Invaliditätsversorgung.

(3) Verlegt ein Mitglied seinen Berufssitz (Dienstort) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer eines österreichischen Bundeslandes, so sind dessen bisher zum Wohlfahrtsfonds entrichtete Pflichtbeiträge zur Altersversorgung an die nunmehr zuständige Ärztekammer in der Höhe des Prozentsatzes zu überweisen, wie er im umgekehrten Fall von der nunmehr zuständigen Ärztekammer an den Wohlfahrtsfonds überwiesen wird (Prinzip der Gegenseitigkeit). Dabei sind Verbindlichkeiten an die Ärztekammer, die noch nicht beglichen wurden, von der Überstellungssumme in Abzug zu bringen, wobei ein Betrag in der Höhe von mindestens 70 von Hundert der entrichteten Beiträge an die nunmehr zuständige Ärztekammer zu überweisen ist.

(4) Während der Zeit der Ausbildung eines Mitgliedes zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat abweichend von Abs 3 keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin (approbierter Arzt) oder Facharzt durchzuführen. Hierbei sind an die nunmehr zuständige Ärztekammer die bisher zum Wohlfahrtsfonds entrichteten Pflichtbeiträge gem. Abs 3 zu überweisen. Abs 3 2. Satz gilt mit der Maßgabe, dass mindestens 90 vH der entrichteten Beiträge zu überweisen sind.

(5) Die für die Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung, Krankenunterstützung, Krankenversicherung und Notstandsfonds vorgesehenen Beitragsteile sowie der Solidarbeitrag gemäß § 3 Abs 4 der Beitragsordnung bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbeitrages nach Abs 3 und 4 außer Betracht

(6) Kammerangehörige, die ihren Berufssitz (Dienstort) dauernd oder vorübergehend in den Bereich einer anderen Ärztekammer verlegen, können über Ansuchen und im Einvernehmen mit der neu zuständig gewordenen Ärztekammer Mitglied des Wohlfahrtsfonds bleiben. In diesem Falle erfolgen keine Beitragsüberweisungen. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall (Prinzip der Gegenseitigkeit) und ist mittels Bescheid festzustellen.

(7) Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste oder der Zahnärzteliste gebührt ihm, sofern dieser schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Mitgliedsstaat des europäischen Wirtschaftsraumes oder in der schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen bei Invalidität, Alter oder an Hinterbliebene vorsieht, der Rückersatz der zum Wohlfahrtsfonds tatsächlich zum Zeitpunkt der Bewilligung des Antrages entrichteten Pflichtbeiträge zur Altersversorgung in der Höhe von mindestens 70 % (Abs 5 gilt auch in diesem Fall). Hinsichtlich allfälliger zum Zeitpunkt der Bewilligung des Antrages ausstehender Beiträge zum Wohlfahrtsfonds erlöschen die Beitragsverpflichtung und die damit verbundenen Leistungsansprüche. Allfällige im Zusammenhang mit ausstehenden Beiträgen entstandene Kosten (z.B. Mahnspesen, Exekutionskosten und dergleichen) sowie Verbindlichkeiten gegenüber der Ärztekammer sind direkt vom bewilligten Rückersatz in Abzug zu bringen. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs 1 Z 3 oder 6 ÄrzteG, gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste/Zahnärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht. Dabei sind Verbindlichkeiten an die Ärztekammer, die noch nicht beglichen wurden, von der Auszahlungssumme in Abzug zu bringen, wobei ein Betrag in der Höhe von mindestens 50 vH der entrichteten Beiträge ausbezahlt ist.

(8) Übt ein Arzt seinen Beruf im Bereich mehrerer innerstaatlicher Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er zuerst die

Berufstätigkeit aufgenommen hat, solange diese Tätigkeit in dem betreffenden Bundesland aufrecht ist. Nimmt er seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern auf, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet (vgl dazu § 109 Abs 1 und 1a ÄrzteG).

§ 18 Der Beitrag und die Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds

(1) Der Beitrag zum Wohlfahrtsfonds setzt sich entsprechend der ärztlichen Tätigkeit des Mitgliedes als freipraktizierender, angestellter oder Wohnsitzarzt aus nachstehenden Teilbeiträgen zusammen:

a) Beitrag zur Altersversorgung

Dieser ist unterteilt in den:

a.a Beitrag zur Grundleistung

a.a.a ermäßigter Erfordernisbeitrag

a.a.b Erfordernisbeitrag

a.a.c Höchstbeitrag

a.b Beitrag zur Ergänzungsleistung

a.c Beitrag zur Zusatzleistung

b) Beitrag zum Notstandsfonds

c) Beitrag zur Bestattungsbeihilfe

d) Beitrag zur Hinterbliebenenunterstützung

e) Beitrag zur Krankenunterstützung

f) Beitrag zur Krankenversicherung

(2) Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds besteht bei einer ärztlichen Tätigkeit des Mitgliedes

a) als freipraktizierender Arzt

a.a zur Altersversorgung

a.b zum Notstandsfonds

a.c zur Bestattungsbeihilfe

a.d zur Hinterbliebenenunterstützung

a.e zur Krankenunterstützung

a.f zur Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen

b) als angestellter Arzt (§ 46 ÄrzteG/§ 28 ZÄG)

b.a zur Altersversorgung ausgenommen den Beitrag zur Zusatzleistung

b.b zum Notstandsfonds

b.c zur Bestattungsbeihilfe

b.d zur Hinterbliebenenunterstützung

c) als Wohnsitzarzt (§ 47 ÄrzteG/§ 29 ZÄG)

- c.a zur Altersversorgung ausgenommen die Beiträge zur Ergänzungsleistung und zur Zusatzleistung
- c.b zum Notstandsfonds
- c.c zur Bestattungsbeihilfe
- c.d zur Hinterbliebenenunterstützung
- c.e zur Krankenunterstützung
- c.f zur Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen

(3) Im Falle einer ärztlichen Tätigkeit als freipraktizierender und angestellter Arzt besteht die Beitragspflicht gemäß Abs 2 lit a.

Übt ein angestellter Arzt eine Nebenbeschäftigung aus, die für sich allein gesehen den Status eines Wohnsitzarztes (§ 47 ÄrzteG/§ 29 ZÄG) begründen würde, dann besteht Beitragspflicht gemäß Abs 2 lit b.

Mitglieder, die bereits Leistungsbezieher der Altersversorgung des Wohlfahrtsfonds sind und die noch ärztlich tätig sind, haben nur noch die Beiträge zur Hinterbliebenenunterstützung, zur Bestattungsbeihilfe und zum Notstandsfonds zu leisten.

(4) Als Angehörige nach Abs 2 lit a sublit a.f und lit c sublit c.f gelten:

- der Ehegatte,
- der eingetragene Partner,
- Kinder nach 26 Abs 5.

(5) Bezieher einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung sowie deren Angehörige nach Abs 4 sind zur Krankenversicherung beitragspflichtig, wenn sie zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Versorgungsbezuges (Stichtag) in der Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds versichert waren. Dies gilt sinngemäß für die Bezieher einer Hinterbliebenenversorgungsleistung.

(6) Die Ärztekammer (Wohlfahrtsfonds) kann zur Versorgung (Krankenversicherung) der Kammerangehörigen und deren Angehörige nach Abs 4 im Falle der Krankheit eine Vereinbarung (Gruppenkrankenversicherung) mit einem privaten Versicherungsunternehmen abschließen (§ 106 Abs 4 ÄrzteG).

(7) Alle weiteren Regelungen sind in der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer festzulegen.

§ 18 a Sonderregelungen in der Krankenversicherung

(1) Über Antrag des Kammerangehörigen können sich freipraktizierende Ärzte und Wohnsitzärzte sowie deren Angehörige (§ 18 Abs 4) von der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds für jene Zeiträume befreien lassen, in denen sie entweder in einer inländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer im Gebiet eines anderen Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft einer solchen gleichgestellten Krankenversicherung mit einem annähernd

gleichwertigen Leistungsanspruch krankenversichert sind und keine Leistungen aus der Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds bezogen haben.

(2) Eine Befreiung von der Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Kammerangehörige für seine Angehörige (§ 18 Abs 4) keine Krankenversicherung gemäß Abs 1 nachweist.

(3) Ein von der Krankenversicherung nach Abs 1 befreites Mitglied hat jede Veränderung seines Krankenversicherungsstatus und desjenigen seiner Angehörigen (§ 18 Abs 4) unverzüglich der Ärztekammer (Wohlfahrtsfonds) zu melden.

Mitglieder, die von der Krankenversicherungspflicht des Wohlfahrtsfonds befreit wurden, haben für den Fall des Entstehens der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds ab dem vollendeten 45. Lebensjahr Zuschläge zu den Beiträgen der Krankenversicherung gemäß der Altersstaffelung des § 3 Abs 7 der Beitragsordnung zu leisten.

(4) Die Verletzung der Meldepflicht enthebt für die Dauer derselben die Ärztekammer (Wohlfahrtsfonds) von jeglicher Leistungsverpflichtung.

(5) Die Ärztekammer (Wohlfahrtsfonds) ist jederzeit berechtigt, von jedem nicht krankenversicherten Kammerangehörigen alle Nachweise einzufordern, die den Tatbestand der Nichtversicherung gemäß Abs 1 begründen. Erbringt der Kammerangehörige trotz Setzen einer Nachfrist keinen Nachweis, so ist er nach Ablauf der Nachfrist zur Krankenversicherung beitragspflichtig.

(6) Die Bestimmungen der Abs 1 bis 4 gelten sinngemäß für den in § 18 Abs 5 festgelegten Personenkreis.

(7) Bei freipraktizierenden Ärzten mit kurativem Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse, ausgenommen Gesellschafter von Gruppenpraxen, sind die vorgeschriebenen Krankenversicherungsbeiträge von der Österreichischen Gesundheitskasse sowohl von den Vorschüssen als auch von der endgültigen Honorarabrechnung einzuheben und personenbezogen bis längstens zum 15. Tag nach Fälligkeit der Honorarzahlung an die Ärztekammer abzuführen

Ansonsten ist für den Einbehalt der Krankenversicherungsbeiträge ein Einziehungsauftrag (Ermächtigung zum Einzug) einzurichten.

Kann der Krankenversicherungsbeitrag nicht einbehalten werden (z.B. wegen Nichteinrichtung einer Ermächtigung zum Einzug oder unzureichender Kontodeckung) ist die Gewährung von Leistungen ausgeschlossen.

Bei den in § 18 Abs 5 genannten Personen kann der Krankenversicherungsbeitrag abweichend vom 2. Satz jeweils von der monatlichen Versorgungsleistung einbehalten werden.

(8) Für den Fall der Befreiung von der Krankenversicherung gemäß Abs 1 ist die Gewährung von Leistungen ausgeschlossen.

(9) Mit Wegfall der Kindeseigenschaft im Sinne des § 26 Abs 2, 3 und 5 endet die Beitragspflicht zur Krankenversicherung; gleichzeitig endet der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung (§ 22 Abs 7).

§ 19 Befreiung von der Beitragspflicht

(1) Weist ein ordentliches Mitglied nach, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss aufgrund 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, und übt es keine ärztliche freiberufliche Tätigkeit aus, ist es auf Antrag, ausgenommen den für die Hinterbliebenenunterstützung, Bestattungsbeihilfe und den Notstandsfonds (§ 112 Ärztegesetz) einzuhebenden Teil des Wohlfahrtsfondsbeitrages, von der Verpflichtung zur Beitragsleistung zum Wohlfahrtsfonds zu befreien.

(2) Steht einem ordentlichen Mitglied und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss aufgrund eines unkündbaren Dienstverhältnisses gem. Abs 1 zu, und übt es eine ärztliche Tätigkeit freiberuflich aus, ist eine Befreiung nur bis auf höchstens den zur Grundleistung, zur Hinterbliebenenunterstützung, Bestattungsbeihilfe und zum Notstandsfonds (§ 112 Ärztegesetz) einzuhebenden Teil des Fondsbeitrages zulässig.

(3) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger 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 befreit.

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

§ 20 Ermäßigung der Fondsbeiträge

(1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen auf Antrag des Mitgliedes nach Billigkeit eine Ermäßigung oder in Härtefällen sogar ein Nachlass der Wohlfahrtsfondsbeiträge stattfinden. Die Höhe der Ermäßigung/des Nachlasses richtet sich, soweit das Ermessen der Ärztekammer Platz greifen kann, nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitgliedes in Zusammenhang mit der Art seiner Berufsausübung und der Möglichkeit zu einer standesgemäßen Lebensführung.

(2) a) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 140.911,- und € 156.530,- betragen, haben unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen entsprechend den angestellten Ärzten Anspruch auf dieselbe Einstufung in der Altersversorgung wie angestellte Ärzte (Erfordernisbeitrag zur Grundleistung und Beitrag zur Ergänzungsleistung). Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

b) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 125.261,-- und € 140.910,-- betragen, haben unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen einen Anspruch auf Ermäßigung auf den Erfordernisbeitrag zur Grundleistung und auf zwei Drittel der altersgemäßen Ergänzungsleistung. Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

c) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 109.571,-- und € 125.260,-- betragen, haben unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen einen Anspruch auf Ermäßigung auf den Erfordernisbeitrag zur Grundleistung und auf ein Drittel der altersgemäßen Ergänzungsleistung. Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

d) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 93.941,-- und € 109.570,-- betragen, haben unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen einen Anspruch auf Ermäßigung auf den Erfordernisbeitrag zur Grundleistung. Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

(3) a) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 62.621,-- und € 93.940,-- betragen, haben unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen einen Anspruch auf Ermäßigung auf zwei Drittel des Erfordernisbeitrages zur Grundleistung. Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

b) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 31.321,-- und € 62.620,-- betragen, haben unter der Bedingung des Vorlegens der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen einen Anspruch auf Ermäßigung auf ein Drittel des Erfordernisbeitrages zur Grundleistung. Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

(4) Bei nachgewiesenen jährlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit bis zu € 31.320,-- liegt jedenfalls ein Härtefall im Sinn des Abs 1 vor und es besteht Anspruch auf Nachlass der Wohlfahrtsfondsbeiträge bis auf den Beitrag zum Notstandsfonds. Bei nicht ganzjähriger ärztlicher Tätigkeit werden die Einnahmegrenzen entsprechend aliquot berechnet.

(5) Die in den Abs 2 bis 4 festgelegten und in Abs 6 lit b angeführten Einnahmegrenzen werden für jedes Beitragsjahr entsprechend dem Anstieg des Lebenshaltungskostenindex der Vorarlberger Landesregierung (1986=100) angepasst und auf der Homepage der Ärztekammer veröffentlicht; dazu wird der Index des jeweils vorangegangenen Monats September und der des Monats September des Vorjahres herangezogen.

(6) Einem freipraktizierenden Arzt kann über Antrag der Beitrag für die Zusatzleistung bis zu 90 % ermäßigt werden,

a) auf Dauer, sofern Beiträge auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage in eine andere dem System der sozialen Sicherheit unterliegende gesetzliche Pensionsversicherung einbezahlt werden, oder

- b) befristet, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse so gelagert sind, dass die Beitragsgrundlage gemäß § 1 Abs 3 der Beitragsordnung die hierfür jeweils jährlich vom Verwaltungsausschuss festgelegten und auf der Homepage der Ärztekammer veröffentlichten Grenzbeträge nicht überschreitet, oder für den Fall der Praxisgründung. Befristete Ermäßigungen für den Fall der Praxisgründung sind längstens für drei ganze Kalenderjahre möglich.

(7) Ordentlichen Mitgliedern kann der Beitrag für die Zeit einer gesetzlich geregelten Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit durch Präsenz- oder Zivildienst, Mutterschaft (Wochengeld, Karenz) oder Arbeitslosigkeit entsprechend der wirtschaftlichen Lage des Beitragspflichtigen nachgelassen werden.

(8) Für den Fall der Ermäßigung bzw. des Nachlasses der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Ermäßigung bzw. des Nachlasses ausgeschlossen.

(9) Ermäßigungen oder Nachlässe werden grundsätzlich nur für das jeweilige Beitragsjahr bewilligt, es sei denn der Verwaltungsausschuss beschließt im Einzelfall abweichendes.

(10) Diese Bestimmungen (Abs 1 - 9) sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden (siehe § 18 a).

§ 21 Nachzahlung von Beiträgen zur Grund- und Ergänzungsleistung

Wurde einem ordentlichen Mitglied des Wohlfahrtsfonds wegen seiner wirtschaftlichen Verhältnisse eine Ermäßigung oder der Nachlass von Wohlfahrtsfondsbeiträgen gewährt bzw. kann ein solches insbesondere aufgrund fehlender Beiträge im Rahmen einer Überstellung nicht den vollen Leistungsanspruch mit Vollendung des 65. Lebensjahres in der Grund- und Ergänzungsleistung erreichen, hat dieses bis spätestens mit Vollendung seines 55. Lebensjahres mitzuteilen, ob seine wirtschaftlichen Verhältnisse nun so gelagert sind, dass ihm unter Berücksichtigung seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit der Art seiner Berufsausübung und einer standesgemäßen Lebensführung eine Nachzahlung der ermäßigten, nachgelassenen bzw. fehlenden Beiträge zumutbar ist. Die Nachzahlung ist so zu bestimmen, dass die Summe der nachzuzahlenden Anwartschaftspunkte mit dem jeweiligen Beitragspunktewert des Nachzahlungsjahres (Berechnungsgrundlage) zu vervielfachen ist.

§ 21a Nachzahlung von Beiträgen zur Zusatzleistung

Wurde einem ordentlichen Mitglied des Wohlfahrtsfonds wegen seiner wirtschaftlichen Verhältnisse eine Ermäßigung oder der Nachlass der Zusatzleistungsbeiträge gewährt, kann dieses bis spätestens mit Vollendung seines 55. Lebensjahres eine Nachzahlung der ermäßigten bzw. nachgelassenen Zusatzleistungsbeiträge beantragen.

Dabei ist die Nachzahlung mit jenem altersgestaffelten Verrentungsprozentsatz gemäß § 23 Abs 4 zu verrenten, der im Jahr, in dem die Nachzahlung geleistet wird, gültig ist.

Für dauerhafte Ermäßigungen der Zusatzleistung gemäß § 20 Abs 6 lit a ist eine Nachzahlung ausgeschlossen.

IV. LEISTUNGSRECHT

§ 22 Allgemeines

(1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind entsprechend den geleisteten Beiträgen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zu gewähren

- a) an anspruchsberechtigte Mitglieder für den Fall des Alters, der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit,
- b) an Kinder von Empfängern einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung,
- c) an Hinterbliebene im Falle des Ablebens eines anspruchsberechtigten Mitgliedes,
- d) an ehemalige Kammerangehörige und deren Hinterbliebene, soweit die Beiträge des ehemaligen Kammerangehörigen weder an eine andere Ärztekammer (In-/Ausland) überwiesen noch dem ehemaligen Kammerangehörigen rückerstattet wurden,
- e) an anspruchsberechtigte Mitglieder für den Fall der Krankheit oder des Unfalls.

(2) Im Einzelnen sind folgende Leistungen zu gewähren:

a) Versorgungsleistungen:

1. (frühzeitige) Altersversorgung
2. Invaliditätsversorgung
3. Kinderunterstützung
4. Witwen- bzw. Witwerversorgung
5. Waisenversorgung
6. Hinterbliebenenunterstützung
7. Bestattungsbeihilfe

b) Unterstützungsleistungen

1. Krankenunterstützung
2. Sonstige Unterstützungen

c) Leistungen aus der Krankenversicherung

(3) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds können Rehabilitationsleistungen gewährt werden (freiwillige Leistungen).

(4) Die Höhe der Versorgungs- und Unterstützungsleistungen bestimmt sich nach der Anlage A. Die Anlage A bildet einen Bestandteil dieser Satzung.

(5) Die in Abs 2 lit a Z 1 bis 5 aufgezählten Versorgungsleistungen werden, soweit in der Folge keine anderslautende Regelung getroffen wird, vierzehnmal jährlich gewährt. Die 13. und 14. Auszahlung der Versorgungsleistungen wird - unabhängig vom Zeitpunkt des Eintrittes in den Ruhestand - ungekürzt mit der Versorgungsleistung des Monats Mai (13. Bezug) und Oktober (14. Bezug) gewährt.

(6) Erreichen die in Abs 2 lit a Z 1 bis 5 aufgezählten Versorgungsleistungen weniger als ein Zehntel der Grundleistung laut Anlage A mit einer Leistungszahl von 4200 Punkten, werden nur die zur Altersversorgung einbezahlten Beiträge als einmalige Kapitalabfindung zurückerstattet.

(7) Der Anspruch auf eine Leistung gemäß Abs 2 lit a Z 1 bis 5, Abs 2 lit b Z 1 und Abs 2 lit c erlischt ohne weiteres Verfahren,

- a) mit dem Tod des Anspruchsberechtigten,
- b) mit dem Wegfall der Voraussetzungen für den Bezug ,
- c) nach Ablauf der Dauer, für die eine befristete Invaliditätsversorgung zuerkannt wurde,
- d) mit Beendigung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds; dies gilt auch für bereits vor Beendigung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds eingetretene und über den Zeitpunkt der Beendigung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds hinaus andauernde Versicherungsfälle.

§ 23 Altersversorgung

(1) Die Altersversorgung besteht entsprechend der Beitragspflicht des Mitgliedes aus der Grundleistung, der Ergänzungsleistung und der Zusatzleistung.

(2) In der Grundleistung werden pro Beitragsmonat bei einer der Satzung bzw. der Beitragsordnung entsprechenden Beitragsleistung 10 Punkte angerechnet. Im Falle einer Ermäßigung der Beitragsleistung erfolgt die Anrechnung im Verhältnis der ermäßigten Beitragsleistung zur vollen Beitragsleistung (aliquot). Im Falle des Nachlasses der Beitragsleistung erfolgt keine Anrechnung von Punkten.

Erreicht das Mitglied die Leistungszahl von 4.200 Punkten, besteht Anspruch auf die Grundleistung laut Anlage A in voller Höhe, ansonsten ist der Anspruch auf die Grundleistung aliquot zu berechnen.

(3) Die Ergänzungsleistung wird unter Zugrundelegung der Leistungszahl berechnet. Erreicht das Mitglied die Leistungszahl von 3.625 Prozentpunkten, besteht Anspruch auf die Ergänzungsleistung laut Anlage A in voller Höhe. Kommt die errechnete Leistungszahl unter 3.625 Prozentpunkten zu liegen, so vermindert sich die Ergänzungsleistung laut Anlage A aliquot. Abs 2 zweiter und dritter Satz finden Anwendung

(4) Die Höhe der Zusatzleistung (Kapitaldeckungsverfahren) beträgt zum Stichtag monatlich 1 % der vom Mitglied bis einschließlich des Beitragsjahres 2004 und monatlich 0,857 % der vom Mitglied für die Beitragsjahre von 2005 bis 2010 bezahlten Beiträge.

Der auf diese Weise berechnete Teil der Zusatzleistung wird im Hinblick auf die versicherungsmathematische Unterdeckung bei den Anwärtern

- vom 01.1.2012 bis zum 31.12.2013 um 1% pro Jahr
 - vom 01.1.2014 bis zum 31.12.2015 um 2% pro Jahr
 - vom 01.1.2016 bis zum 31.12.2024 um 3% pro Jahr
- reduziert und auf dieser Basis fortgeschrieben.

Für die Beitragsjahre 2011 bis 2015 werden zum Stichtag die für das jeweilige Lebensjahr einbezahlten Beiträge mit dem in der nachstehenden Staffelung bestimmten Prozentsatz verrentet (= altersgestaffelte Verrentung):

Lebensjahr: Verrentung:

bis 30.	1,20 %
ab 31. – 35.	1,10 %
ab 36. – 40.	0,95 %
ab 41. – 45.	0,80 %
ab 46. – 50.	0,70 %
ab 51. – 55.	0,60 %
ab 56. – 60.	0,50 %
ab 61.	0,40 %.

Ab dem Beitragsjahr 2016 werden zum Stichtag die für das jeweilige Lebensjahr einbezahlten Beiträge mit dem in der nachstehenden Staffelung bestimmten Prozentsatz verrentet (= altersgestaffelte Verrentung):

Lebensjahr: Verrentung:

bis 30.	1,00 %
ab 31. – 35.	0,90 %
ab 36. – 40.	0,75 %
ab 41. – 45.	0,60 %
ab 46. – 50.	0,50 %
ab 51. – 55.	0,40 %
ab 56. – 60.	0,30 %
ab 61.	0,20 %.

Die Verrentung laut obigen Staffelungen erfolgt in jenem Kalenderjahr (Beitragsjahr), in welchem das Mitglied das jeweilige Lebensjahr erreicht.

(5) In der Zusatzleistung (Kapitaldeckungsverfahren) werden die Versorgungsleistungen gemäß § 22 Abs 2 lit a Z 1 bis 5 ab dem 01.01.2012 pro Jahr um 1 Prozent, ab dem 01.01.2014 pro Jahr um 2 Prozent und ab dem 01.01.2016 pro Jahr um 3 Prozent (Pensionssicherungsbeitrag) solange reduziert, bis die versicherungsmathematische erforderliche Deckung erreicht ist, insgesamt jedoch maximal 20 vH, und in weiterer Folge auf dieser Basis fortgeschrieben. Diese Reduktion erfolgt allerdings nur bei dem gemäß Abs 4 1. und 2. Satz berechneten Teil

der Zusatzleistung und nicht bei dem gemäß Abs 4 3. bis 5. Satz (= altersgestaffelte Verrentung) berechneten Teil der Zusatzleistung. Die Erweiterte Vollversammlung hat nach Einholung von mindestens einem versicherungsmathematischen Gutachten festzustellen, ob die versicherungsmathematisch erforderliche Deckung erreicht ist.

(6) Die Altersversorgung wird mit Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.

(7) Für Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, die nach Vollendung des 65. Lebensjahres weiter ärztlich tätig sind und die Altersversorgung nicht beziehen, gilt Folgendes:

Für jeden Beitragsmonat, der ab dem 1.1.2014 nach Vollendung des 65. Lebensjahres zur Altersversorgung geleistet wird, wird ein Bonus in Höhe von monatlich 0,25% angerechnet. Die mit dem Stichtag der Inanspruchnahme der Altersversorgung erworbenen Ansprüche auf Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung gemäß Abs 2, 3 und 4 werden um die Summe der anzurechnenden monatlichen Bonusprozente erhöht.

§ 24 Frühzeitige Altersversorgung

(1) Das Mitglied hat die Möglichkeit, die frühzeitige Altersversorgung ab dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch zu nehmen, wenn jegliche aufgrund von Kassen- und/oder Dienstverträgen ausgeübte ärztliche Tätigkeit eingestellt und dies nachgewiesen wird.

(2) Die frühzeitige Altersversorgung errechnet sich gemäß den Bestimmungen des § 23 Abs 1 bis 5 unter Anwendung nachstehender Anspruchsätze zum Stichtag:

<u>Alter</u>	<u>Anspruchssatz</u>
60	72,4 %
61	77,9 %
62	83,4 %
63	89 %
64	94,5 %

§ 25 Invaliditätsversorgung

(1) Die Invaliditätsversorgung besteht aus jener Altersversorgung (Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung), auf die das Mitglied zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch gehabt hätte, es sei denn, es wird in der Folge etwas anderes bestimmt.

(2) Die Invaliditätsversorgung wird gewährt, wenn das Mitglied das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist. Die Berufsunfähigkeit ist als dauernd anzusehen, wenn sie nach begründeter medizinischer Voraussicht in absehbarer Zeit nicht zu beheben ist. Andernfalls ist eine Berufsunfähigkeit als vorübergehend anzusehen; diesfalls gilt § 3 Abs 7 der Beitragsordnung nicht.

(3) Besteht eine vorübergehende Berufsunfähigkeit über den in dieser Satzung festgesetzten Zeitraum, für den die Krankenunterstützung gewährt wird, hinaus, so ist auf Antrag bei Vorliegen der Voraussetzungen die Invaliditätsversorgung zu gewähren. Die

Invaliditätsversorgung ist anstelle der Krankenunterstützung schon früher zu gewähren, wenn durch eine vertrauensärztliche Untersuchung festgestellt wird, dass eine dauernde Berufsunfähigkeit (Invalidität) vorliegt.

(4) Für die Dauer der Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation fällt die Invaliditätsversorgung nicht an.

(5) Werden medizinische Maßnahmen der Rehabilitation gewährt fällt die Invaliditätsversorgung erst dann an, wenn trotz Mitwirkung des Mitgliedes durch die Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung in das Berufsleben nicht bewirkt werden kann.

(6) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgung wird - unter Berücksichtigung der aliquotierenden Auswirkung von allfälligen Ermäßigungen und Nachlässen - wie folgt berechnet:

a) Grundleistung:

a.a) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung vor dem vollendeten 56. Lebensjahr, gebührt die Grundleistung auf Basis der Leistungszahl 4.200, sofern das Mitglied die volle Leistungszahl mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreichen könnte. Dabei werden die Anwartschaften zwischen dem letztgültigen Beitragsmonat und dem Vormonat der Vollendung des 65. Lebensjahres (maximal 4.200 Punkte) als „fiktive Anwartschaften“ berücksichtigt. Der Berechnung dieser „fiktiven Anwartschaften“ wird jener Anspruch zugrunde gelegt, welcher im Rahmen des der Antragsstellung vorangegangenen Monats erworben wurde.

a.b) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung nach dem vollendeten 56. und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr, gebührt die Grundleistung auf Basis des unter lit a.a ermittelten Wertes unter Anwendung der nachstehenden Anspruchsprozentsätze (abhängig vom Lebensalter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung):

vor Vollendung 57. Lebensjahr: 94,5%;

vor Vollendung 58. Lebensjahr: 89,0%;

vor Vollendung 59. Lebensjahr: 83,4%;

vor Vollendung 60. Lebensjahr: 77,9%.

b) Ergänzungsleistung:

b.a) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung nach dem vollendeten 35. Lebensjahr und vor dem vollendeten 56. Lebensjahr, gebührt jener Betrag, welcher der Ergänzungsleistung mit einer Leistungszahl von 2.624,50 Prozentpunkten entspricht, sofern das Mitglied diese Leistungszahl mit Vollendung des 60. Lebensjahres erreichen könnte. Dabei werden die Anwartschaften zwischen dem letztgültigen Beitragsmonat und dem Vormonat der Vollendung des 60. Lebensjahr unter Berücksichtigung der bei der Ergänzungsleistung jeweils anzuwendenden altersgemäßen Anwartschaftsstufen (maximal bis 2.624,50 Punkte) als „fiktive Anwartschaften“ berücksichtigt. Der Berechnung dieser „fiktiven Anwartschaften“ wird jener Anspruch zugrunde gelegt, welcher im Rahmen des der Antragsstellung vorangegangenen Monats erworben wurde. Liegt zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der

Invaliditätsversorgung aufgrund der bereits erworbenen Anwartschaften eine höhere Leistungszahl als 2.624,50 Prozentpunkte vor, ist diese heranzuziehen.

- b.b) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung nach dem vollendeten 56. und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr, gebührt die Ergänzungsleistung auf Basis des unter lit. b.a. ermittelten Wertes unter Anwendung der nachstehenden Anspruchsprozentsätze (abhängig vom Lebensalter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung):

vor Vollendung 57. Lebensjahr: 94,5%;
vor Vollendung 58. Lebensjahr: 89,0%;
vor Vollendung 59. Lebensjahr: 83,4%;
vor Vollendung 60. Lebensjahr: 77,9%.

c) Zusatzleistung:

- c.a) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung vor dem vollendeten 56. Lebensjahr, gebührt die Zusatzleistung gemäß § 23 Abs 4 und 5.

- c.b) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung nach dem vollendeten 56. und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr, gebührt die Zusatzleistung gemäß § 23 Abs 4 und 5 unter Anwendung nachstehender Anspruchsprozentsätze (abhängig vom Lebensalter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung):
vor Vollendung 57. Lebensjahr: 94,5%;
vor Vollendung 58. Lebensjahr: 89,0%;
vor Vollendung 59. Lebensjahr: 83,4%;
vor Vollendung 60. Lebensjahr: 77,9%.

(7) Die Invaliditätsversorgung fällt mit dem Monatsersten, an dem das Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit weggefallen ist, an, sonst fällt die Invaliditätsversorgung mit dem auf den Wegfall des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit folgenden Monatsersten an.

(8) Die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit während des Bezuges einer Invaliditätsversorgung führt zur Entziehung der Leistung.

§ 26 Kinderunterstützung

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

(2) Über die Volljährigkeit hinaus ist eine Kinderunterstützung zu gewähren, wenn das Kind

- a) das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange es sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet (Nachweis: Inskriptionsbestätigung und dergleichen).

- b) wegen körperlicher oder psychischer Krankheiten oder Störungen erwerbsunfähig ist, wenn dieser Zustand seit Erlangung der Volljährigkeit oder im unmittelbaren Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung besteht, solange dieser Zustand andauert.
- (3) Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht
- a) für Volljährige die selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs 3 Einkommenssteuergesetz 1988 - ausgenommen die durch das Gesetz als einkommenssteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis sowie diese Kinderunterstützung - beziehen, sofern diese den in § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 (BGBl. 376) jeweils festgesetzten Betrag übersteigen;
 - b) bei Verhehlung oder Begründung einer eingetragenen Partnerschaft;
 - c) für Zeiten des Präsenz- bzw. Zivildienstes.
- (4) Die Kinderunterstützung beträgt 15 % der (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung.
- (5) Als Kinder im Sinne dieser Bestimmung gelten die Kinder, die vom Mitglied entsprechend den Vorschriften des zweiten Abschnittes des dritten Hauptstückes des ABGB idF vom 01.09.2013 abstammen, und die Wahlkinder entsprechend dem sechsten Abschnitt des dritten Hauptstückes des ABGB idF vom 01.09.2013, wenn eine Unterhaltspflicht des Mitgliedes besteht.

§ 27 Witwen- bzw. Witwersversorgung

- (1) Nach dem Tode eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung ist dessen Witwe (Witwer), die (der) mit ihm (ihr) im Zeitpunkt des Todes in aufrechter Ehe gelebt hat, die Witwen-(Witwer-)versorgung zu gewähren.
- (2) Die Witwen-(Witwer-)versorgung wird nicht gewährt, wenn die Ehe erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Mitgliedes geschlossen und zum Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes weniger als 3 Jahre 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(-in) dem Haushalt der Witwe (Witwer) ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenversorgung hat.
- (3) Witwen-(Witwer-)versorgung gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs 2 vorliegt, auf Antrag auch dem Gatten, dessen Ehe mit dem Mitglied für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihm das Mitglied zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte. Dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe entstanden sein.

Hat der frühere Ehegatte gegen das verstorbene Mitglied nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistung gehabt, so besteht der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung längstens bis zum Ablauf der Frist. Die vierzehnmals jährlich auszahlende Witwen-(Witwer-)versorgung darf in der Jahressumme die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen das verstorbene Mitglied an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat. Dies gilt nicht, wenn

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

Die Voraussetzung nach Z 3 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 im Sinne des § 26 Abs 5 hervorgegangen und das Kind am Sterbetag des Kammerangehörigen dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

(4) Die Witwen-(Witwer-)versorgung und die Versorgung des oder der früheren Ehegatten dürfen zusammen den in Abs 6 festgelegten Anspruch nicht übersteigen. Die Versorgung der gemäß Abs 1 bis 3 Anspruchsberechtigten ist nach Köpfen zu teilen und ist pro Anspruchsberechtigtem(r) endgültig. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) vorhanden, dann ist die Versorgung des (der) früheren Ehegatten so zu bemessen, als ob der Kammerangehörige eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) hinterlassen hätte.

(5) Im Falle der Wiederverhehlung erlischt der Anspruch auf Witwen-(Witwer-)versorgung.

(6) Die Witwen-(Witwer-)versorgung beträgt 66,66 % (zwei Drittel) der Grund- und Ergänzungsleistung sowie 60 % der Zusatzleistung in der (frühzeitigen) Altersversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat, oder in der Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.

(7) Ändern sich die für die Höhe des Bezuges maßgeblichen Umstände zum Stichtag (§ 38 Abs 5) nachträglich, dann ist die Witwen-(Witwer-)versorgung und/oder die Versorgung des oder der früheren Ehegatten rückwirkend zu diesem Stichtag neu zu bemessen.

§ 28 Waisenversorgung

(1) Die Waisenversorgung gebührt bei Vorliegen der im § 26 Abs 1-3 und 5 festgesetzten Voraussetzungen.

(2) Die Waisenversorgung beträgt

- a) für jede Halbwaise 15 %,

- b) für jede Vollwaise 30 %

der (frühzeitigen) Altersversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt des Ablebens gebührt hat oder der Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt des Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.

§ 29 Hinterbliebenenunterstützung, Bestattungsbeihilfe

(1) Beim Tode eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung ist die Hinterbliebenenunterstützung und/oder die Bestattungsbeihilfe als Einmalzahlung zu gewähren.

(2) Das Ausmaß der Hinterbliebenenunterstützung beträgt, sofern zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bereits fünfzehn Jahresbeitragszahlungen zur Hinterbliebenenunterstützung vorliegen, das fünfzehn- bzw. fünfunddreißigfache der jeweiligen Grundleistung (Leistungszahl 4.200) in der Altersversorgung. Liegen zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles keine fünfzehn Jahresbeitragszahlungen vor, ist die Hinterbliebenenunterstützung entsprechend der Anzahl der bis dahin geleisteten Jahresbeiträge zur Hinterbliebenenunterstützung zu aliquotieren.

Die Hinterbliebenenunterstützung in Höhe des fünfunddreißigfachen der jeweiligen Grundleistung ("große Hinterbliebenenunterstützung") wird an die Witwe (den Witwer), die Waisen oder an die sonstigen gesetzlichen Erben ausbezahlt, sofern sie im gemeinsamen Haushalt mit dem verstorbenen Kammerangehörigen oder Empfänger einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung gelebt haben; die Voraussetzung des gemeinsamen Haushaltes ist bei der Witwe (dem Witwer) auch dann gegeben, wenn der Verstorbene aufgrund der begründeten medizinischen Pflegenotwendigkeit zuletzt im Pflegeheim war.

Die Hinterbliebenenunterstützung in Höhe des fünfzehnfachen der jeweiligen Grundleistung ("kleine Hinterbliebenenunterstützung ") wird an die Witwe (Witwer), die Waisen oder an die sonstigen gesetzlichen Erben ausbezahlt, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt mit dem verstorbenen Kammerangehörigen oder Empfänger einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung gelebt haben. Dasselbe gilt für einen anderen Zahlungsempfänger, sofern der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung diesen namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat.

Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe beträgt das Fünffache der jeweiligen Grundleistung (Leistungszahl 4.200).

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

- a) die Witwe (der Witwer) oder der hinterbliebene eingetragene Partner,
- b) die Waisen ohne Rücksicht auf das Lebensalter,
- c) sonstige gesetzliche Erben.

(4) Zusätzlich kommt die Ablebensversicherung als Einmalzahlung unter der Voraussetzung zur Auszahlung, dass der Kammerangehörige oder Empfänger einer Invaliditätsversicherung vor dem vollendeten 55. Lebensjahr verstorben ist. In diesem Fall hat Anspruch auf den in der Anlage A zu dieser Satzung festgesetzten Eurobetrag:

- a) die Witwe (der Witwer),
- b) die Waisen gemäß § 28 Abs 1.

(5) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs 3 lit b und c vorhanden, ist diesen die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

(6) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs 3 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person als dem namhaft gemachten Zahlungsempfänger getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch bis zur Höhe der Bestattungsbeihilfe. Der Anspruch auf Ersatz der nachgewiesenen Begräbniskosten verjährt nach 3 Jahren.

(7) In einem besonderen Härtefall kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag den Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der "großen Hinterbliebenenunterstützung" aus dem Notstandsfonds zusprechen.

§ 30 Krankenunterstützung

(1) Mitgliedern, die zur Krankenunterstützung beitragspflichtig sind, und die durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen Beruf auszuüben, wird eine Krankenunterstützung für die Dauer der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit gemäß Anlage A gewährt.

(2) Im Falle der nicht stationären Behandlung von weniger als vier Wochen wird die Krankenunterstützung ab dem vierten, sonst ab dem ersten Krankheitstag berechnet und gewährt. Stationär ist eine Behandlung, wenn sie sich zeitlich über einen Tag und eine Nacht erstreckt. Eine stationäre Behandlung liegt somit vor, wenn das Mitglied die Nacht vor oder die Nacht nach der Behandlung im Krankenhaus verbringt.

(3) Die Krankenunterstützung wird bis zu einem Zeitraum von 26 Wochen gewährt.

(4) Die Krankenunterstützung für die Unterbringung in Krankenanstalten, die der Rehabilitation dienen, kann nur ausnahmsweise und auf die Dauer von höchstens 28 Tagen nach einer schweren, insbesondere lebensbedrohenden Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) einmal gewährt werden, wenn der Rehabilitationsaufenthalt zur völligen Wiederherstellung der Berufsfähigkeit notwendig ist.

(5) Bei weiblichen Kammerangehörigen, die zur Krankenunterstützung beitragspflichtig sind, ist die Schwangerschaft und die Wochenbettzeit bis zur Höchstdauer von 14 Wochen einer Berufsunfähigkeit im Sinne von Abs 1 gleichzuhalten.

(6) Die Krankenunterstützung beträgt in jedem Fall pro Tag 13,5 % der monatlichen Grundleistung (Leistungszahl 4.200) in der Altersversorgung zuzüglich 3 % pro unversorgtem Kind

gemäß § 26 Abs 2, 3 und 5 dieser Satzung, höchstens jedoch 25 % der monatlichen Grundleistung in der Altersversorgung.

(7) Mit der Gewährung (Auszahlung) der Krankenunterstützung ist der Wohlfahrtsfonds leistungsfrei.

§ 30 a Krankenversicherung

(1) Der Versicherungsschutz in der Krankenversicherung umfasst

1. die Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus sowie
2. die Kosten einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gegen Vorlage einer saldierten Rechnung

jeweils gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung sowie der besonderen Versicherungsbedingungen des Tarifs „VAEK“ (Anlage C). Versicherter im Sinne der Anlage C ist der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer.

(2) Leistungen aus der Krankenversicherung werden nur jenen Kammerangehörigen und Empfängern einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung einschließlich deren Angehörigen (§ 18 Abs 4) sowie Beziehern einer Hinterbliebenenversorgung gewährt, die zur Krankenversicherung beitragspflichtig sind, sofern die Krankversicherungsbeiträge fristgerecht entrichtet wurden (§ 18a Abs 7).

§ 31 Sonstige Unterstützungsleistungen (Notstandsfonds)

(1) Sonstige Unterstützungsleistungen können ausschließlich aus den Mitteln des Notstandsfonds nach Maßgabe dessen (auf Dauer ausgerichteten) Leistungsfähigkeit gewährt werden.

(2) Im Falle eines wirtschaftlich bedingten, unverschuldeten Notstandes können an Kammerangehörige oder Empfänger einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung, an deren Hinterbliebene, die mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben, sowie an geschiedene Ehegattinnen einmalige oder wiederkehrende Leistungen in einer dem Notstand entsprechenden Höhe gewährt werden.

(3) Es können ferner einmalige oder wiederkehrende Leistungen (auch in Form von zinslosen Darlehen) für die Erziehung, Ausbildung oder Fortbildung der Kinder von Kammerangehörigen oder Empfängern einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung und Waisen (§ 28) nach Maßgabe der Familieneinkommens- und Vermögensverhältnisse gewährt werden.

(4) Die Finanzierung eines Anspruches gemäß § 12 Abs 5 und 6 sowie § 13 Abs 5 und 6 der Satzung erfolgt über den Notstandsfonds.

§ 31a Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

(1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds kann Vorsorge für die Rehabilitation von Mitgliedern, deren Arbeitskraft infolge eines körperlichen oder geistigen Gebrechens herabgesunken

ist, getroffen werden.

(2) Die medizinische Rehabilitation hat das Ziel, die zu rehabilitierende Person bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, eine ärztliche Tätigkeit möglichst dauernd ausüben zu können.

(3) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie Maßnahmen zur Beseitigung von Leiden und Gebrechen, die vorwiegend altersbedingt sind, zählen nicht zu den Aufgaben der Rehabilitation.

(4) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können nur zur Krankenunterstützung und/oder Altersversorgung beitragspflichtigen Mitgliedern des Wohlfahrtsfonds gewährt werden.

§ 31b Leistungen der Rehabilitation

(1) Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen insbesondere:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen
2. Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation

(2) Die Maßnahmen nach Abs 1 können nur dann gewährt werden, wenn und soweit sie nicht aus der gesetzlichen Sozialversicherung oder einer sonstigen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gewährt werden.

§ 31c Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation

(1) Das Mitglied ist über das Ziel und die Möglichkeiten der Rehabilitation nachweislich in geeigneter Weise oder schriftlich zu informieren.

(2) Grundlage für die Einleitung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation ist eine vertrauensärztliche Begutachtung. Auf diesem Gutachten basierend hat der Vertrauensarzt einen Rehabilitationsplan zu erstellen, welcher auch Kontrolluntersuchungen vorsehen soll.

§ 31d Mitwirkungspflicht

(1) Das Mitglied ist verpflichtet, bei der Durchführung der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mitzuwirken. Es hat insbesondere die vertrauensärztlichen Anweisungen zu befolgen, den Rehabilitationsplan und Kontrolluntersuchungstermine einzuhalten.

(2) Wird der Mitwirkungspflicht nach Abs 1 nicht entsprochen und ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nicht verbessert wird, führt dies zu einem Verlust des Anspruches auf Leistungen nach § 25 und § 30.

§ 31e Übergangsgeld

(1) Der Verwaltungsausschuss kann aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds für die Dauer der

Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation ein Übergangsgeld bis zur Höhe der Invaliditätsversorgung und der Kinderunterstützung leisten, auf die das Mitglied jeweils zu diesem Zeitpunkt Anspruch gehabt hätte.

(2) Bei unselbständig erwerbstätigen Ärzten kann das Übergangsgeld für die Dauer der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation frühestens nach Ablauf des vollen Entgeltfortzahlungsanspruches gewährt werden.

(3) Bei selbständig erwerbstätigen Ärzten kann das Übergangsgeld frühestens nach Ablauf der Krankenunterstützung gewährt werden.

(4) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Mitglied gebührendes Erwerbseinkommen bzw Ersatzleistungen, welche anstelle des Erwerbseinkommens bezogen werden, anzurechnen.

§ 31f Versagung

Entzieht sich das Mitglied den Maßnahmen der Rehabilitation oder vereitelt oder gefährdet es durch sein Verhalten ihren Zweck, so sind ihm das Übergangsgeld und allfällige Unterstützungen zu versagen oder zu entziehen. Zusätzlich sind das Übergangsgeld, allfällige Unterstützungen und die bereits aufgelaufenen Kosten für die Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 31b Abs 1 zur Rückzahlung vorzuschreiben.

§ 31g Anspruch auf Versorgungsleistungen aus dem Wohlfahrtsfonds

Während der Dauer der Gewährung des Übergangsgeldes besteht kein über § 31e hinausgehender Anspruch auf Versorgungsleistungen aus dem Wohlfahrtsfonds.

§ 31h Übertragung der Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation

Der Wohlfahrtsfonds kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation einem Sozialversicherungsträger ganz oder teilweise übertragen; er hat diesem die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten ganz oder teilweise zu ersetzen.

§ 32 Anpassung von Leistungen

Leistungen können nach Maßgabe der langfristigen Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds angepasst werden. Dabei ist auf die Vorgaben des versicherungsmathematischen Sachverständigen im Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds Bedacht zu nehmen.

§ 33 Übergang des Anspruches (Legalzession)

(1) Können Personen, denen Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen aus dem gleichen Anlass erwachsen ist, aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften, ausgenommen nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften,

beanspruchen, so geht der Anspruch auf die Ärztekammer insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat.

(2) Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Ärztekammer nicht über.

(3) Vom Wohlfahrtsfonds aufgelegte Formulare, die zur Prüfung allfälliger Ansprüche gemäß Abs 1 dienen, sind vom Mitglied gewissenhaft bei sonstiger Haftung auszufüllen.

V. VERFAHREN

§ 34 Antragsteller, Bevollmächtigung

(1) Die Antragsstellung kann nur persönlich erfolgen. Antragsteller können sich durch eigenberechtigte Personen vertreten lassen, die sich durch eine schriftliche Vollmacht ausweisen müssen.

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

§ 35 Anbringen

(1) Ansuchen (Anträge) an den Wohlfahrtsfonds sind schriftlich, mit Telefax oder mit Email unter Vorlage der erforderlichen Nachweise sowie unter ausführlicher Schilderung des Sachverhaltes einzubringen.

(2) Jeder Antrag auf Gewährung von Leistungen aus der Krankenunterstützung oder der Invaliditätsversorgung gilt gleichzeitig als Antrag auf Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, wobei auf diese Leistungen kein Rechtsanspruch besteht.

(3) Über Verlangen hat der Antragsteller zum Antrag auf Gewährung von Leistungen aus der Krankenunterstützung, der Krankenversicherung oder der Invaliditätsversorgung ein ärztliches Attest, einen Befund oder ein ärztliches Gutachten, aus dem die genaue Diagnose ersichtlich ist, beizubringen. Eine nicht fristgerechte Vorlage hat die Zurückweisung des Antrages zur Folge.

(4) Liegt dem Ansuchen ein Ereignis zugrunde, das dem Antragsteller einen Schadenersatzanspruch gegenüber Dritten zubilligt, so ist dies im Ansuchen ausdrücklich zu vermerken.

(5) Ansuchen um Krankenunterstützung sind innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit infolge einer Erkrankung oder eines Unfalles oder wegen stationärer Behandlung in einer Krankenanstalt einzubringen. Bei Fortdauer der Voraussetzung für den Bezug der Krankenunterstützung ist die Bescheinigung des behandelnden Arztes bei sonstigem Verlust der Unterstützung laufend vorzulegen, es sei denn, die Beendigung der Berufsunfähigkeit ist bereits erwiesen.

(6) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht sind spätestens binnen drei Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Für den Fall der Fristversäumnis ist einem solchen Ansuchen nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung stattzugeben. Bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Umstände kann verspäteten Ansuchen nach Satz 2 auch rückwirkend stattgegeben werden.

(7) Ansuchen um Ermäßigung, nicht aber Berichtigungsanträge gemäß § 5 Abs 1 der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds, sind spätestens binnen drei Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Für den Fall der Fristversäumnis ist einem solchen Ansuchen nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung stattzugeben. Bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Umstände kann verspäteten Ansuchen nach Satz 2 rückwirkend stattgegeben werden.

(8) Ansuchen um Stundung bzw. Ratenzahlung sind vom Antragsteller unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.

(9) Ansuchen um beitragsfreien Versicherungsschutz zum Wohlfahrtsfonds gemäß den §§ 12 Abs 5 und 6 sowie 13 Abs 5 und Abs 6 sind im Vorhinein, spätestens jedoch binnen drei Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Mit dem Antrag ist der Zeitraum der voraussichtlichen Inanspruchnahme des beitragsfreien Versicherungsschutzes bekannt zu geben. Für den Fall der Fristversäumnis kann einem solchen Ansuchen nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen aber auch rückwirkend, stattgegeben werden.

(10) Ansuchen um außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds gemäß § 13 bzw. um Weiterverbleib gemäß § 16 Abs 6 sind spätestens binnen drei Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen unter Vorlage der erforderlichen Nachweise beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Für den Fall der Fristversäumnis kann einem solchen Ansuchen nur mit Wirksamkeit ab Antragstellung, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen aber auch rückwirkend, stattgegeben werden.

§ 38 Erledigung von Ansuchen (Anträgen) um Leistung

(1) Die Erledigung der Ansuchen (Anträge) um wiederkehrende Leistungen gem. § 22 Abs 2 lit a Z 1 bis 5 hat unter Zitierung der entsprechenden Bestimmung(en) dieser Satzung bescheidmäßig zu erfolgen.

(2) Besteht ein Anspruch auf eine wiederkehrende Leistung gemäß Abs 1 dem Grunde nach, kann die Leistung mittels administrativer Mitteilung bevorschusst werden, wenn sie noch nicht endgültig festgestellt werden kann.

(3) Der Antragsteller hat sich über Verlangen vertrauensärztlich untersuchen zu lassen. Bei Psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10 (WHO Ausgabe, 5. Kapitel, F00 bis F99) ist die Einholung eines Gutachtens aus dem Fachgebiet der Psychiatrie zwingend erforderlich. Die Weigerung, sich einer solchen Untersuchung gemäß Satz 1 oder 2 zu unterziehen, hat die Zurückweisung des Ansuchens (Antrages) zur Folge.

(4) Ist ein Mitglied trotz Mahnung für mehr als sechs Monate ab Fälligkeit der Beitragsvorschrift(en) mit der Beitragszahlung in Verzug, sind Anträge auf Versorgungsleistungen

gemäß § 22 Abs 2 lit a Z 1 bis 5 auf Basis der vom Mitglied tatsächlich zum Zeitpunkt des Einlangens des Antrages einbezahlten Beiträge (bestehende Anwartschaften) zu berechnen und zur Auszahlung zu bringen. Hinsichtlich der ausstehenden Beiträge erlischt die Beitragsverpflichtung und die damit verbundenen Leistungsansprüche. Allfällige im Zusammenhang mit ausstehenden Beiträgen entstandene Kosten (z.B. Mahnspesen, Exekutionskosten und dergleichen) sowie Verbindlichkeiten gegenüber der Ärztekammer sind direkt von der zuerkannten Versorgungsleistung in Abzug zu bringen.

Für die Leistungen gemäß § 22 Abs 2 lit a Z 6 und 7 sowie § 22 Abs 2 lit b erlischt der Anspruch.

Ist ein Mitglied für weniger als sechs Monate ab Fälligkeit der Beitragsvorschreibung(en) mit der Beitragszahlung in Verzug, ist die bewilligte Leistung gemäß § 22 Abs 2 lit a und b zunächst zur Deckung der ausstehenden Beiträge und allfälliger Kosten (z.B. Mahnspesen, Exekutionskosten und dergleichen) sowie allfälliger Verbindlichkeiten gegenüber der Ärztekammer heranzuziehen. Erst nach vollständiger Bezahlung dieser Außenstände erfolgt die Auszahlung.

(5) Wiederkehrende Leistungen sind ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Ansuchens beim Wohlfahrtsfonds nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn die Einreichung auf einen Monatsersten fällt, ab diesem Tag (=Stichtag) sowie in der Folge monatlich zu gewähren. Der Verwaltungsausschuss kann jedoch in begründeten Einzelfällen Leistungen auch rückwirkend zuerkennen.

Sind zu diesem Zeitpunkt die für die Gewährung der Leistung erforderlichen Voraussetzungen (noch) nicht erfüllt, so gilt im Falle der (späteren) Gewährung einer Leistung der dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzung folgende Monatserste im vorstehenden Sinne als Beginn der Leistungsgewährung.

Wiederkehrende Leistungen werden grundsätzlich monatlich im Vorhinein angewiesen. Die Anweisung erfolgt unmittelbar an den Berechtigten oder seinen ausgewiesenen Vertreter.

§ 38a Überweisung der Leistungen

(1) Die Überweisung des Leistungsbetrages hat ausschließlich auf das vom Antragsteller bekanntgegebene Konto zu erfolgen. Eine Überweisung von Leistungen in das Ausland ist über Antrag bei Geltendmachung triftiger Gründe zulässig. Die daraus resultierenden Mehrkosten können dem Leistungsempfänger angelastet werden.

(2) Die Zustimmung des Anspruchsberechtigten und weiterer für dieses Konto zeichnungsberechtigter oder verfügungsberechtigter Personen zur Rücküberweisung der nach dem Tod des Anspruchsberechtigten zu Unrecht auf das Konto überwiesenen Versorgungsleistungen gilt mit der Übernahme der Zeichnungsberechtigung oder Verfügungsberechtigung über das Konto als erteilt. Diese Personen sind zur ungeteilten Hand verpflichtet, dem Wohlfahrtsfonds die Leistungen zu ersetzen, die infolge des Todes des Anspruchsberechtigten zu Unrecht auf dieses Konto überwiesen worden sind.

(3) Auf Verlangen haben Anspruchsberechtigte mit ausländischem Konto bis zum 31. Oktober des jeweiligen Kalenderjahres eine Lebensbestätigung beizubringen. Solange diese Bestätigung nicht beigebracht ist, können die Versorgungsleistungen zurückgehalten werden.

§ 39 Veränderungen

(1) Die Empfänger von wiederkehrenden Leistungen sind verpflichtet, ohne Aufforderung jede Veränderung im Hinblick auf den Leistungsanspruch, dessen Voraussetzungen und Fortbestand unverzüglich bekannt zu geben.

(2) Wenn sich nachträglich herausstellt, dass eine Leistung infolge eines wesentlichen Irrtums über die tatsächlichen Verhältnisse oder eines offenkundigen Versehens gewährt wurde, sind weitere Leistungen einzustellen. Zu Unrecht bezogene Leistungen sind zur Rückzahlung vorzuschreiben, es sei denn der Verwaltungsausschuss beschließt im Einzelfall anderes.

§ 42 Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung

(1) Leistungen können an dritte Personen nicht abgetreten oder verpfändet werden.

(2) Für die Aufrechnung von fälligen Beiträgen findet § 6 Abs 6 der Beitragsordnung Anwendung.

VI. MITWIRKUNGSPFLICHT

§ 42a Pflicht zur Durchführung einer Heilbehandlung

(1) Wer infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds beantragt oder erhält, hat sich über Verlangen einer Heilbehandlung zu unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass diese eine Besserung des Gesundheitszustands bewirkt oder eine Verschlechterung verhindert.

(2) Ob eine Besserung des Gesundheitszustandes erreicht bzw eine Verschlechterung verhindert werden kann, ist im Rahmen einer vertrauensärztlichen Begutachtung abzuklären. Auf diesem Gutachten basierend kann der Vertrauensarzt bei Notwendigkeit einen Plan über die medizinische Heilbehandlung erstellen, welcher auch Kontrolluntersuchungen vorsehen kann.

§ 42b Verletzung der Mitwirkungspflicht

(1) Wird der Mitwirkungspflicht nach § 42a nicht entsprochen und ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nicht verbessert bzw dadurch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hintangehalten wird, ist die Leistung zu versagen oder zu entziehen.

(2) Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, wenn der Leistungsberechtigte über die Mitwirkungspflicht nachweislich in geeigneter Weise oder schriftlich hingewiesen worden ist und er seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt bzw nachgekommen ist.

(3) Hat ein Mitglied in einem Verfahren nicht mitgewirkt oder wurde ein Antrag mangels Mitwirkung abgewiesen oder nach § 35 Abs 3 bzw § 38 Abs 4 zurückgewiesen und ist mit

Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Mitwirkung die Berufsunfähigkeit begründenden körperlichen und geistigen Gebrechen durch eine zumutbare Heilbehandlung verbessert werden hätten können, besteht bei neuerlicher Antragsstellung kein Anspruch auf Krankenunterstützung oder Invaliditätsversorgung.

VII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

§ 43 Wirksamkeitsbeginn

- (1) Diese Satzung tritt mit 1.1.2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Satzung außer Kraft.
- (2) § 25 Abs 6 lit c sublit c.a und § 25 Abs 6 lit c sublit c.b in der Fassung der 1. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds treten mit 1.1.2014 in Kraft. § 6 Abs 2, § 7 Abs 8, § 9 Abs 5, § 11 Abs 2 lit e, § 11a Abs 1 lit a, § 11a Abs 3, § 31 Abs 3 und § 43 in der Fassung der 1. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds treten mit 1.1.2015 in Kraft
- (3) Die 2. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.7.2015 in Kraft.
- (4) Die 3. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.1.2016 in Kraft.
- (5) Die 4. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.1.2017 in Kraft.
- (6) § 10 Abs 5 lit a und lit b in der Fassung der 5. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds treten mit 31.12.2014 in Kraft. Mit 1. 1.2018 treten § 25 Abs 7 und 8, § 27 Abs 7, § 29 Abs 2 und § 38a samt Überschrift in der Fassung der 5. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds in Kraft sowie § 38 Abs 6 außer Kraft.
- (7) § 12 Abs 5 und § 35 Abs 1 in der Fassung der 6. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds treten mit 01.01.2019 in Kraft.
- (8) Die 7. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.01.2020 in Kraft.
- (9) Die 8. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2021 in Kraft.
- (10) Die 9. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2022 in Kraft.
- (11) Die 10. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2024 in Kraft.
- (12) Die 11. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2025 in Kraft.
- (13) Die 12. Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2026 in Kraft.

§ 44 Übergangsbestimmungen

(1) Alle bis zur außerordentlichen Vollversammlung der Ärztekammer am 29.3.1993 gewährten Leistungen bleiben bestehen.

(2) Den Mitgliedern des Wohlfahrtsfonds, die vor dem 1.1.1993 in der Grundleistung beitragspflichtig waren, werden pro Beitragsmonat zur Grundleistung - ausgenommen bei Befreiung, Ermäßigung oder Nachlass aliquot - 10 Leistungspunkte angerechnet und zum 31.12.1992 festgestellt.

Kann das Mitglied unter Hinzuzählung der ab 1.1.1993 bei voller Beitragsleistung zur Grundleistung anfallenden Leistungspunkte gemäß § 23 Abs 2 mit Vollendung des 65. Lebensjahres die volle Grundleistung nicht erreichen, sind ihm bei der Feststellung der Leistungspunkte zum 31.12.1992 soviel Leistungspunkte zuzuschlagen, dass das Mitglied bei Erbringung der Voraussetzungen gemäß § 23 Abs 2 mit Vollendung des 65. Lebensjahres 4.200 Leistungspunkte, d.h. Anspruch auf die Grundleistung in voller Höhe hat.

(3) Vor dem 1.1.1993 geleistete Beiträge zur Ergänzungsleistung werden wie folgt angerechnet:

- a) bis zum vollendeten 50. Lebensjahr geleistete Beiträge werden mit 60 Leistungsprozentpunkten pro Jahr,
- b) ab dem vollendeten 50. Lebensjahr geleistete Beiträge mit 150 Leistungsprozentpunkten pro Jahr angerechnet.

Mehr als in der Tabelle gemäß § 3 Abs 5 der Beitragsordnung ausgewiesene Leistungspunkte bewirken eine aliquote Erhöhung der Ergänzungsleistung. Im Übrigen ist § 23 Abs 3 anzuwenden.

(4) Mitglieder, die bis zum 31.12.1992 Beiträge zur Ergänzungsleistung geleistet und das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben wie ein Mitglied zwischen dem vollendeten 35. und 40. Lebensjahr beitragspflichtig (25 %).

Mehr als in der Tabelle gemäß § 3 Abs 5 der Beitragsordnung ausgewiesene Leistungspunkte bewirken eine aliquote Erhöhung der Ergänzungsleistung. Im Übrigen ist § 23 Abs.3 anzuwenden.

(5) Angestellte Ärzte, welche am 1.1.1993 das 50. Lebensjahr nicht vollendet haben, werden über Antrag von der Ergänzungsleistung befreit, wenn sie in Hinblick auf die Vollendung des 65. Lebensjahres einen gleichwertigen anderweitigen Anspruch (ausgenommen gesetzliche Sozialversicherungspension) auf eine Altersversorgung bzw. die Invaliditätsversorgung nachweisen können. Angestellte Ärzte, die am 1.1.1993 das 50. Lebensjahr vollendet haben, werden über Antrag von der Ergänzungsleistung befreit. Der Antrag kann bis zur Rechtskraft des Jahresbescheides der Beitragsvorschreibung für 1993, längstens aber bis zum 31.12.1993 eingebracht werden. Die Befreiung ist endgültig.

(6) Für weibliche Mitglieder, die vor dem 1.1.1993 einen Anspruch auf die volle Versorgungsleistung mit dem 60. Lebensjahr in der Grundleistung allein oder zuzüglich der Ergänzungsleistung je nach Beitragsjahren (Leistungsprozentpunkten) erworben haben, bleibt der Leistungsanspruch aufrecht.

(7) Wer 1992, also vor dem Inkrafttreten der neuen Satzung bzw. der Beitragsordnung, einen Beitrag zur Waisenzusatzversicherung (1. und 2. Kind voll bzw. ab dem 3. Kind) geleistet hat, bleibt weiterhin unter Aufrechterhaltung des Leistungsanspruches zu dieser Leistung verpflichtet. Der Verwaltungsausschuss hat über begründeten Antrag, der bis spätestens 28.2.1994 einzubringen ist, die Befreiung auf Dauer von der Waisenzusatzversicherung, welche bis zum 31.12.1992 angewendet wurde, auszusprechen. Die Befreiung gilt rückwirkend zum 1.1.1993.

(8) Leistungsansprüche, die vor Inkrafttreten der neuen Satzung am 1.1.1993 entstanden und in den Übergangsbestimmungen nicht geregelt sind, sollen grundsätzlich keine Minderung erfahren. Sind derartige Leistungsansprüche strittig, ist über Antrag, der bis spätestens 31.12.1994 einzubringen ist, mittels Bescheid der Leistungsanspruch endgültig festzulegen. Später geltend gemachte Ansprüche werden ausschließlich nach der jeweils gültigen Satzung beurteilt.

(9) Wer im Jahr 2004 den Beitrag zur Todesfallbeihilfe geleistet hat oder bereits Bezieher einer Alters- bzw. Invaliditätsversorgung des Wohlfahrtsfonds war, erhält die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe in voller Höhe (keine Aliquotierung).

(10) Das Vermögen der Todesfallbeihilfe wird mit 1.1.2005 aufgelöst und entsprechend versicherungsmathematischer Vorgaben auf das Vermögen der Bestattungsbeihilfe und den Deckungsstock der Hinterbliebenenunterstützung aufgeteilt.

(11) Auf die Todesfallbeihilfe lautende Beitragsbescheide begründen den Anspruch auf Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung.

(12) Alle bis zum 31. 12. 2004 erlassenen Bescheide bleiben in ihrer Rechtswirkung aufrecht, soweit sie nicht durch die EU Verordnung 1408/71 außer Kraft gesetzt werden.

(13) Bei Streichung eines Kammerangehörigen aus der Ärzteliste vor dem Zeitpunkt der Einbindung des Wohlfahrtsfonds in die EU Verordnung 1408/71 mit dem 1.1.2005 gebührt ihm der Rückersatz der zum Wohlfahrtsfonds entrichteten Pflichtbeiträge zur Altersversorgung in der Höhe von mindestens 70 %. § 16 Abs 5 gilt auch in diesem Fall. Erfolgte die Streichung gemäß § 59 Abs 1 Z 3 oder 6 des Ärztegesetzes, gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste bzw. Zahnärzteliste erfolgt ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht. Dabei sind Verbindlichkeiten an die Ärztekammer, die noch nicht beglichen wurden, von der Auszahlungssumme in Abzug zu bringen, wobei ein Betrag in der Höhe von mindestens 50 von Hundert der entrichteten Altersversorgungsbeiträge auszuführen ist.

(14) Das Ermittlungsverfahren zur erstmaligen Feststellung der Krankenversicherungspflicht ab 1.1.2007 ist im zweiten Halbjahr 2006 durchzuführen. Für Personen, die im Zuge dieses Ermittlungsverfahrens von der Beitragspflicht zur Krankenversicherung befreit worden sind gilt § 18a Abs 8.

(15) Bei am 31.12.2012 anhängigen Verfahren betreffend Invaliditätsversorgung werden die Verfahrenskosten vom Wohlfahrtsfonds getragen.

(16) Am 31.12.2013 bestehende außerordentliche Mitglieder des Wohlfahrtsfonds bleiben solche, auch wenn keine außerordentliche Kammermitgliedschaft begründet wird.

(17) Am 31.12.2014 noch nicht getilgte und nach den bis dahin geltenden Satzungsbestimmungen gewährte Darlehen bleiben aufrecht. Diese sind § 11 a Abs 1 lit a zuzuordnen.

Anlage A der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg

LEISTUNGSSÄTZE AB 1. 1. 2026

VERSORGUNGSLEISTUNGEN

I.	<u>Grundleistung (§ 23 Abs 2)</u> bei einer Leistungszahl von 4.200 Punkten	mtl.	€	942,67
II.	<u>Ergänzungsleistung (§ 23 Abs 3)</u> bei einer Leistungszahl von 3.625 Punkten	mtl.	€	869,78
	<i>bis 29.03.1993 zuerkannte Ergänzungsleistungen (§ 44 Abs 1)</i>			
	- letzte Ergänzungsleistung (€ 869,78 : 35 Bj. = € 24,8509)	mtl.	€	869,78
	- alte Ergänzungsleistung (€ 711,66 : 35 Bj. = € 20,3331)	mtl.	€	711,66
III.	<u>Zusatzleistung (§ 23 Abs 4 und 5)</u> bestimmt sich nach den Vorschriften der Satzung			

UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

IV.	<u>Bestattungsbeihilfe (§ 29 Abs 2)</u>	einmalig	€	4.713,35
V.	<u>Hinterbliebenenunterstützung (§ 29 Abs 2)</u>			
	a) kleine Hinterbliebenenunterstützung	einmalig	€	14.140,05
	b) große Hinterbliebenenunterstützung	einmalig	€	32.993,45
VI.	<u>Ablebensversicherung (§ 29 Abs 4)</u> → wenn Todestag vor Vollendung des 55. Lebensjahres			
	- für die Witwe (Witwer)	einmalig	€	29.422,08
	- pro Waise	einmalig	€	16.609,85
VII.	<u>Krankenunterstützung (§ 30 Abs 6)</u>			
	- Tagessatz	tägl.	€	127,26
	- zuzüglich 3 % pro unversorgtem Kind	tägl.	€	28,28
	→ insgesamt maximal	tägl.	€	235,67

Krankenversicherung § 30 a

TEIL 1:

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung
(AVB-RV ÄK VBG/Fassung Jänner 2026)**

TEIL 2:

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung
Tarif VAEK26
Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen**

TEIL 3:

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung
Tarif VAEK26
Zweiter Abschnitt - Leistungen**

TEIL 1:

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-RV ÄK VBG/Fassung Jänner 2026)

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsleistung im Rahmen der geltenden Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB).

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu.

- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten (Mitversicherten) wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht hinsichtlich dieser neuen Krankheit oder Unfallfolgen ein neuer Versicherungsfall.

b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.

c) Als Versicherungsfall gelten auch Leistungen, welche der geltende Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) vorsieht. Dies können beispielsweise sein:

- der Tod,
- der Unfall,
- die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt, die Rehabilitation,
- die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen,
- die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen,
- der Krankenhausaufenthalt einer Begleitperson.

d) Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung oder der Beseitigung von Unfallfolgen dienen, sondern Zweck der kosmetischen Behandlung die Ästhetik ist (z.B. Brustverkleinerung, -straffung, -vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur);
 - geschlechtsangleichende Operationen;
 - Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
 - präventive Behandlungen und Eingriffe;
 - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Heilpädagogik;
 - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In vitro Fertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.
- (3) Heilbehandlung [Abs. (2)] ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (5) Unfall ist jedes vom Willen des Versicherten (Mitversicherten) unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten (Mitversicherten) nach sich zieht.

Als Unfall gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen werden.
- Wundstarrkrampf und -Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall. Krankheiten gelten nicht als Unfall, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Beendigung der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoenzephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle weltweit, falls die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Rahmen der Meldung durch den Versicherer beim Rückversicherer bekanntgegebenen Monatsersten.

§ 3

Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
- (2) Wartezeiten werden für folgende Versicherungsfälle vorgeschrieben, sofern die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Leistungen hierfür vorsehen:

Für Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlungen und medizinisch notwendige Untersuchungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von 7 Monaten.

§ 4

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif (den Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB). Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:

A Leistungen für ambulante Heilbehandlung

- (2) Der Versicherte (Mitversicherte) hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte/Zahnärzte erstattet.
- (3) Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten (Mitversicherten) das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.
- (4) Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten (Mitversicherten) kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten (Mitversicherten) zu einem Arzt.
- (5) Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder des Versicherten (Mitversicherten) werden nur die nachgewiesenen Sachkosten, maximal bis zu den Höchstbeträgen für Fremdbehandlung, erstattet.
- (6) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physikalischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden. Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.
- (7) Die Kosten für jene Heilbehelfe (Hilfsmittel), die eine individuelle Anpassung an den Versicherten bedingen, werden ersetzt. Dies sind beispielsweise:

Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen.

Als solche Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise jedoch nicht:

Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe.

Hat der Versicherer für Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen einen Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der vom Versicherer in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) festgesetzten Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuananschaffung notwendig ist.

Bei Sehbehelfen ist ferner zu beachten: Versicherungsfall ist der medizinisch notwendige Sehbehelf wegen Fehlsichtigkeit, welche in Dioptrien angegeben wird. Die Fehlsichtigkeit wird durch einen Sehbehelf korrigiert, wobei der Versicherer für Brillen in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) eine Nutzungsdauer festsetzt. Während dieser Nutzungsdauer kann nur dann ein neuerlicher Anspruch auf Versicherungsleistung entstehen, wenn sich die Dioptrien ändern und der tarifliche Höchstsatz in den jeweiligen gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) noch nicht erreicht wurde. Auch in diesem Fall werden jedoch die Leistungen, die innerhalb der Nutzungsdauer bereits erbracht wurden, auf den Höchstsatz angerechnet und nur noch der verbleibende Betrag bis zum Erreichen des Höchstsatzes ersetzt.

- (8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Vitaminpräparate, Nahrungsergänzungsmittel, Lebensmittel, Produkte aus einem natürlichen Heilvorkommen, Medizinälweine, Tönika, kosmetische Mittel, alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel und alle weiteren, nicht ausdrücklich genannten Stoffe, die keine pharmakologische Wirkung entfalten.

B Leistungen für stationäre Heilbehandlung

- (9) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von

Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, sowie Krankengeschichten führen.

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient.

- (10) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (9) in den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art, werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn der Heilbehandlung in geschriebener Form zugesagt hat.

Dies gilt für Krankenanstalten,

- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
- für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen;
- in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

Die Deckung ist zuzusagen, wenn und insoweit bzw. solange ein Anspruch des Versicherungsnehmers nach Abs. (9) besteht.

- (11) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:

- die auf Rehabilitation ausgerichtet sind;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
- für geistig abnorme Rechtsbrecher;
- selbständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
- in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren;
- zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege;
- Hospizeinrichtungen;
- Tages- und Nachtkliniken.

- (12) Der Versicherer erbringt Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in Anstalten nach Abs. (10) und (11) jedoch dann, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (9) bzw. die Einholung einer vor Beginn der stationären Heilbehandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (10) nicht zulässt.

Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten für Alkohol- und Drogenabhängige können darüber hinaus vom Versicherer in medizinisch begründeten Fällen gewährt werden. Dafür bedarf es einer ausdrücklichen schriftlichen Zusage, die vor Behandlungsbeginn einzuholen ist.

- (13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen gemäß den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) ersetzt.

C Gemeinsame Bestimmungen

- (14) Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten.

Kein Anspruch auf Kostenersatz besteht für die Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende Operation gemäß Tarif voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, Operationen im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25 % des tariflichen Ausmaßes vergütet. Die Vergütung beträgt jedoch maximal das Doppelte des Satzes für die höchst einzustufende Operation.

- (15) Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der notwendigen Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

D Besondere Bestimmungen

- (16) Kur- und Erholungskosten

Im Versicherungsfall der Kurbehandlung oder des Kuraufenthaltes werden Leistungen nach Maßgabe der Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) erbracht.

- (17) Begleitperson

In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen

Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich die Kosten des Krankenhausaufenthaltes für eine Begleitperson übernommen, wenn sowohl die Begleitperson als auch das Kind nach einem Tarif für die Sonderklasse (letzte Anpassungsstufe) versichert sind und Versicherungsschutz besteht. Bei direkter Verrechnung mit unseren Vertragskrankenhäusern werden die vollen Verpflegungskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztagelohn für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

§ 5

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.
- (2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
 - von Krankheiten und Unfällen, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmassnahmen und Entziehungskuren;
 - bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftes Verhalten an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - bei Folgen von Selbstmordversuchen;
 - von Krankheiten und Unfällen und deren Folgen, die der Versicherte (Mitversicherte) hinsichtlich der eigenen Person vorsätzlich herbeigeführt haben.
 - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsergebnisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
 - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die auf Reisen eintreten, die trotz Reisewarnung der österreichischen Bundesregierung angetreten wurden.
 - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklines in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten und dgl. entstehen.
- (3) Hat der Versicherte die Krankheit oder den Unfall und deren Folgen hinsichtlich eines Mitversicherten vorsätzlich herbeigeführt, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen. Der Schadenersatzanspruch des Mitversicherten gegen den Versicherten geht auf den Versicherer über.
- (4) Geht die Heilbehandlung über das medizinisch notwendige Maß hinaus, welches sich aus der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Behandlung und der Einschätzung der Vertrauensärzte des Rückversicherers ergibt, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
- (5) Der Versicherer kann Behandlungen durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung einer Mitteilung vom Versicherer in schriftlicher oder in geschriebener Form durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt durch den Rückversicherer im Namen und auf Rechnung des Versicherers; dies aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen, welche beim Rückversicherer oder beim Versicherer einzureichen sind. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

Ist der Versicherte (Mitversicherte) noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.
- (2) Der Rückversicherer und der Versicherer dürfen den Überbringer von Belegen, soweit dieser versicherte Person, Mitversicherer ist oder eine vom Versicherten gesondert zum Empfang von Leistungen bekannt gegebene Person ist, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherten (Mitversicherten) veranlasst worden sind (z.B. Anfragen beim zentralen Melderegister für beim Versicherer nicht bekannt gegebenen Adressänderungen, Kosten für Übersetzungen von allfälligen Krankenunterlagen und zugehörigen Rechnungen).
- (4) Die im Zusammenhang mit der Heilbehandlung im Ausland nicht in Eurowährung entstandenen Kosten werden zum Referenzkurs der Europäischen Zentralbank des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.

- (5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherte (Mitversicherte) kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (6) Der Versicherte kann seine Forderung gegen eine Prämienforderung des Versicherers nicht aufrechnen.
- (7) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherten (Mitversicherten) gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat. Diese Ablehnung muss zumindest mit einer ihr zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein. Die Frist zur Geltendmachung ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherte (Mitversicherte) ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen, gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.
- (8) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Monats des Ausscheidens des Versicherten aus dem Wohlfahrtsfonds.

PFLICHTEN DES VERSICHERTEN

§ 8

Obliegenheiten

A Pflichten des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), auf Verlangen des Versicherers geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen.

B Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses

- (2) Erfüllt der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 8 A Abs. (1) nicht, so wird die Versicherungsleistung erst mit Erfüllung der Auskunftspflicht fällig. Hat die Nicht-Erfüllung der Auskunftspflicht weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

§ 9

Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

- (1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer zu bestätigen.
- (2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren (teilweisen) Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen erbracht oder abgelehnt hat.

Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 10

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form zu erfolgen, soweit nicht Schriftform vereinbart wurde oder das Gesetz Schriftform vorsieht.
- (2) Hat der Versicherte (Mitversicherte) seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherten (Mitversicherten) gegenüber die Absendung der Erklärung an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift.

TEIL 2:

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung Tarif VAEK26 Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rückversicherungsverträge der Ärztekammer Vorarlberg in der letztgültigen Fassung – in weiterer Folge AVB-RV ÄK VBG genannt.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für alle Geschlechter. Die Krankheitskostenversicherung nach diesem Tarif besteht nur dann, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch in der Krankenversicherung beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Vorarlberg gegeben ist.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV ÄK VBG werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen öffentlichen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO 1408/71) und in der Schweiz

(1) Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen öffentlichen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geistesranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke für längstens 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO 1408/71) und in der Schweiz übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO 1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

(2) Die (Kostendeckungs-)Zusage kann jederzeit (auch für laufende Behandlungen) widerrufen werden. Abweichend zu § 3(2) AVB-RV ÄK VBG entfällt die Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen sowie für Fehlgeburten.

(3) § 5(2) AVB-RV ÄK VBG kommt nicht zur Anwendung.

B Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung, die nicht unter Pkt. I. A fällt, werden Pflegegebühren pro Tag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

C Kosten für eine Begleitperson bei stationärem Aufenthalt

(1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson übernommen.

(2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I. B werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

(3) Abweichend zu § 4(17) AVB-RV ÄK VBG werden die Kosten für eine Begleitperson gemäß I. C (1) und (2) auch dann übernommen, wenn für die Begleitperson kein Versicherungsschutz besteht.

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen, Zahnhalteapparat und Zahnersatz)

(1) a) Für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination),

b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes,

c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes

werden Vergütungen pro Behandlung gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

(2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt (für Mammographien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 40. Lebensjahr ein Mal in zwei Kalenderjahren; für Vorsorgekoloskopien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 50. Lebensjahr ein Mal in 10 Kalenderjahren).

B Operative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten in voller Höhe.

Die Kostenübernahme in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

C Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner des Rückversicherers nach diesem Tarif

Neben den österreichischen öffentlichen Krankenhäusern sind weitere nicht angeführte Vertragspartner zur Direktverrechnung mit dem Rückversicherer berechtigt. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese den Qualitätsanforderungen des Rückversicherers entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung mit diesem besteht. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zu künftigen Änderungen unterworfen sein.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Vertragspartner aus der Vertragspartnerliste gibt der Rückversicherer keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeanfrage (schriftlich oder in geschriebener Form) an den Rückversicherer zu stellen. Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der tariflichen Leistung ein Vertragsverhältnis mit dem Vertragspartner, kann der Rückversicherer gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und kann die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage wird der Versicherte (Mitversicherte) vom Rückversicherer gesondert informiert. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, werden die unter Punkt II. D genannten Leistungen erbracht.

D Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II. B und C fällt, werden folgende Leistungen erbracht: Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet. Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation. Das ambulante Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

E Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d AVB-RV ÄK VBG gilt die Hauspflege als Versicherungsfall. Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. B, C oder D nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen bezahlt.

F Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der österreichischen öffentlichen Krankenhäusern (ausgenommen besondere Honorare gem. § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) oder in den Ambulatorien der von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten übernommen.

G Ärztliche Sonderleistungen

Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

a) Sonderleistungen - diagnostisch:
EKG, EEG, Röntgen, Labor, Sonographie, Punktionen, etc.

b) Sonderleistungen – therapeutisch, insbesondere:
Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie sowie für ärztlich angeordnete physikalische Leistungen, Massagen und Bäder, etc.

H Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100 % vergütet.

I Heilbehelfe, Hilfsmittel, Sehbehelfe, refraktive Augenoperationen

a) Heilbehelfe, Hilfsmittel
Für Heilbehelfe und Hilfsmittel werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt. Darüber hinaus werden die weiteren im Kalenderjahr anfallenden Kosten zu 100 % ersetzt (ausgenommen Sehbehelfe, Hörgeräte und refraktive Augenoperationen). Für ein und denselben Versicherungsfall kann die Vergütung maximal bis zum Höchstbetrag erfolgen.

b) Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen), Hörgeräte sowie refraktive Augenoperationen
Medizinisch notwendige Sehbehelfe und Hörgeräte sowie refraktive Augenoperationen werden mit 80% der Kosten innerhalb des geltenden Höchstbetrages pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

III. Ambulante Heilbehandlung im europäischen Ausland

(1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zweck der Arbeitssuche) werden die Kosten gemäß Pkt. II. – Ambulante Heilbehandlungen in Österreich - vergütet.

(2) Kosten für ambulante Heilbehandlungen im europäischen Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt vor allem zum Zwecke der ambulanten Heilbehandlung angetreten wurde, werden gemäß Pkt. II. – Ambulante Heilbehandlung in Österreich - vergütet.

IV. Krankentransportkosten incl. Hubschrauberrettung

(1) Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein oder von einem Krankenhaus, zu oder vor einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. B, C, D oder zu oder von einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. F werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

(2) Ersetzt werden die Kosten, die
- bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten ab NACA IV (siehe sogleich),
oder
- bei einem Transport eines an einer plötzlich auftretenden Krankheit erkrankten Versicherten ab NACA IV (siehe sogleich) durch einen Rettungshubschrauber von dem Ort, an dem der Versicherungsfall eintritt, in ein Krankenhaus entstehen.

Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende Krankheit, wenn sie der Bewertung ab NACA IV gemäß NACA-Score entspricht. Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien.

Entscheidend ist der NACA-Score, der in einem ärztlichen Befundbericht des Notfallmediziners, von dem der Versicherte während des Transports oder nach dem Transport behandelt wurde, angegeben ist.

Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Versicherungsfall vergütet.

Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Hubschrauberrettungskosten, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diesen Dritten nicht übernommen werden.

(3) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Berichts-/Transportberichtes nachzuweisen.

V. Konservative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus

Versicherungsschutz wird für in einem österreichischen öffentlichen Krankenhaus erbrachte medizinisch notwendige onkologische Heilbehandlungen auf dem Gebiet der Strahlen-, Chemo- oder Immuntherapie auch dann gewährt, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden erfordert. Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

VI. Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV ÄK VBG werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion und Zahnrontgen, für Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

VII. Rehabilitationsbehandlung

Für stationäre Rehabilitationsbehandlungen werden die in einem österreichischen Rehabilitationszentrum entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen von maximal 90 Tagen übernommen. Vorausgesetzt wird, dass die medizinisch notwendige Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt angetreten wird und keine Unterbrechung der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung erfolgt.

Ferner werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationenaufenthaltes in geschriebener Form zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom Versicherten (Mitversicherten) vor Beginn des stationären Rehabilitationenaufenthaltes unter Benennung des Rehabilitationszentrums, Vorlage der vollständigen Krankengeschichte samt allfälliger Röntgenbilder sowie einem ärztlichen Gutachten, aus dem die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsbehandlung hervorgeht, beim Versicherer einzubringen.

VIII. Nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung

Für eine ärztlich verordnete Psychotherapie werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt. Dies gilt nur für Behandlungen von Psychotherapeuten, die in der Psychotherapeutenliste eingetragen sind.

IX. Kostenersatz bei Organtransplantation

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation (inkl. Knochenmarkspende) werden die Anmelde- und Registrierungskosten, die Kosten der Spendersuche und der Spenderauswahl sowie die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

X. Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung bei Entrichtung der Kinderprämie

Wird für ein mitversichertes Kind an den Versicherer die Kinderprämie entrichtet, so besteht kein Leistungsanspruch für den Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie Fehlgeburten. Ein Leistungsanspruch ist jedoch dann gegeben, wenn ab Schwangerschaftsbeginn das mitversicherte Kind in die Erwachsenenprämie umgestellt wird.

XI. Beendigung der Versicherung durch Einbeziehung in die Pflichtkrankenkasse

Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Vorarlberg erlischt, endet diese Versicherung mit dem Ende des Monats des Ausscheidens aus dem Wohlfahrtsfonds.

TEIL 3:**Zweiter Abschnitt - Leistungen
(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)****Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses**

Pflegegebühren täglich	bis	EUR	425,00
------------------------	-----	-----	--------

Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

Kostenersatz für eine Begleitperson pro Tag	bis	EUR	73,00
---	-----	-----	-------

Arzt- und Facharztekosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

Kostenersatz für Arztberatung (Ordination)	bis	EUR	42,00
--	-----	-----	-------

Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	59,00
---	-----	-----	-------

Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	94,00
--	-----	-----	-------

Vorsorgeuntersuchungen (pro Kalenderjahr)

a) Allgemeine Basisuntersuchung	bis	EUR	104,00
---------------------------------	-----	-----	--------

b) gynäkologische Untersuchungen	bis	EUR	33,60
----------------------------------	-----	-----	-------

c) Mammographien (einmal in zwei Kalenderjahren)	bis	EUR	109,26
--	-----	-----	--------

d) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien	bis	EUR	404,18
--	-----	-----	--------

e) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien	bis	EUR	340,46
---	-----	-----	--------

f) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien	bis	EUR	310,58
---	-----	-----	--------

g) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien	bis	EUR	246,85
--	-----	-----	--------

Für die lit d) bis g) besteht ein Leistungsanspruch ab dem 50. Lebensjahr einmal in 10 Jahren.

Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I bis	EUR	110,00
------------------------	-----	--------

Operationsgruppe II bis	EUR	195,00
-------------------------	-----	--------

Operationsgruppe III bis	EUR	475,00
--------------------------	-----	--------

Operationsgruppe IV bis	EUR	1.125,00
-------------------------	-----	----------

Operationsgruppe V bis	EUR	1.550,00
------------------------	-----	----------

Operationsgruppe VI bis	EUR	1.810,00
-------------------------	-----	----------

Hauspflegepauschale

Pflegepauschale für:

Operationsgruppe III	EUR	110,00
----------------------	-----	--------

Operationsgruppe IV	EUR	182,00
---------------------	-----	--------

Operationsgruppe V	EUR	330,00
--------------------	-----	--------

Operationsgruppe VI	EUR	440,00
---------------------	-----	--------

Ärztliche Sonderleistungen

80 % Kostenersatz für Sonderleistungen diagnostisch und therapeutisch pro Kalenderjahr	bis	EUR	745,00
--	-----	-----	--------

Der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen kommt derzeit nicht zur Anwendung.

Arzneimittel

80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr	bis	EUR	679,00
---	-----	-----	--------

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

Heilbehelfe, Hilfsmittel

a) 80 % Kostenersatz für Sehbehelfe und Hörgeräte und refr. Augenop. pro Kalenderjahr	bis	EUR	388,00
---	-----	-----	--------

b) 80% Kostenersatz für sonstige Heilbehelfe pro Kalenderjahr	bis	EUR	764,00
---	-----	-----	--------

Darüber hinaus gehende Kosten werden (ausgenommen Sehbehelfe und Hörgeräte) zu 100% vergütet.

Krankentransportkosten

Krankentransport inkl. Hubschraubertransport nach internationaler Einsatzbewertungsskala ab NACA Stufe IV; pro Kalenderjahr	bis	EUR	1.050,00
---	-----	-----	----------

Zahnbehandlung und Zahnersatz

80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	450,00
------------------------------------	-----	-----	--------

Rehabilitationsbehandlung

Behandlungskosten täglich	bis	EUR	195,00
---------------------------	-----	-----	--------

Nichtärztliche psychotherapeutische Behandlungen beim Psychotherapeuten

80% Kostenersatz für 30 Minuten	bis	EUR	15,90
---------------------------------	-----	-----	-------

80% Kostenersatz für 60 Minuten	bis	EUR	27,25
---------------------------------	-----	-----	-------

maximal jedoch € 440,00 pro Kalenderjahr

Organtransplantation

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation (inkl. Knochenmarkspende) werden die Anmelde- und Registrierungskosten, die Kosten der Spendersuche und der Spenderauswahl sowie die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstsatz von EUR 30.000,- pro Kalenderjahr ersetzt.

BEITRAGSORDNUNG

des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg
(Stand 01.01.2026)

Konsolidierte Fassung ohne Verlautbarungscharakter

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Beitragspflicht

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds werden unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse und seines dauernden Bestandes Beiträge eingehoben.
- (2) Die Mitglieder des Wohlfahrtsfonds (§§ 12 und 13 der Satzung) sind nach Maßgabe des Ärztegesetzes, der Satzung und dieser Beitragsordnung verpflichtet, Beiträge zu leisten.
- (3) Grundlage der Beitragspflicht/von Ermäßigungen sind die jährlichen Bruttoeinnahmen (Umsätze) aus ärztlicher Tätigkeit einschließlich der den Geschäftsanteilen an Gruppenpraxen entsprechenden Anteilen am Umsatz.

§ 1a Begriffsbestimmungen

- (1) Soweit in den einzelnen Vorschriften nicht anderes bestimmt ist, bezieht sich die Bezeichnung „Kammerangehörige“ in dieser Beitragsordnung sowohl auf Kammerangehörige der Ärztekammer für Vorarlberg (im Folgenden Ärztekammer genannt) als auch auf die der Landeszahnärztekammer für Vorarlberg (im Folgenden Landeszahnärztekammer genannt) zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufs.
- (2) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt ist, bezieht sich in dieser Beitragsordnung die Bezeichnung „ärztlich“ gleichzeitig auch auf „zahnärztlich“ sowie die Bezeichnungen „Arzt“, „Wahlarzt“, „Wohnsitzarzt“, „Vertragsarzt“ gleichzeitig auch auf „Zahnarzt“, „Wahlzahnarzt“, „Wohnsitzzahnarzt“, „Vertragszahnarzt“. Unter Gruppenpraxen sind sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Gruppenpraxen zu verstehen.
- (3) Als freipraktizierende Ärzte im Sinne dieser Beitragsordnung sind freiberuflich tätige Ärzte mit Berufssitz (§ 45 Abs 2 ÄrzteG / § 27 ZÄG) sowie Gesellschafter von Gruppenpraxen zu verstehen.
- (4) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer gleichzeitig. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen wird die jeweils geschlechtsspezifische Form verwendet.

§ 2 Arten der Beiträge

(1) Die Beiträge nach § 18 der Satzung werden grundsätzlich als Festbeiträge eingehoben. Diese werden als Eurobeträge festgesetzt.

(2) Der Beitrag zur Grundleistung wird

- a) als ermäßigter Erfordernisbeitrag für längstens 6 Jahre von allen Turnusärzten, Ärzten für Allgemeinmedizin in Ausbildung zum Facharzt und Fachärzten für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Ausbildung zum Facharzt eines anderen Sonderfaches, sofern diese keine freipraktizierende ärztliche Tätigkeit ausüben oder eine Ausbildung in einem Zusatzfach, einer Spezialisierung oder eine zusätzliche Sonderfach-Schwerpunktausbildung absolvieren,
 - b) als Erfordernisbeitrag von allen angestellten Ärzten und Wohnsitzärzten,
 - c) sowie als Höchstbeitrag (Erfordernisbeitrag zuzüglich eines Solidarbeitrages zur Abgeltung des Ausfalls aufgrund der Einhebung des ermäßigten Erfordernisbeitrages von den Ärzten nach lit a)) von allen freipraktizierenden Ärzten, Primärärzten und Departementleitern
- eingehoben.

(3) Freipraktizierende Ärzte mit kurativem Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse haben (ausgenommen bei Ermäßigungen und/oder Nachlässen) anstelle der Festbeiträge zur Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung 10% der Bruttoeinnahmen aus den kurativen Sachleistungshonoraren der Österreichischen Gesundheitskasse zu leisten. Diese Leistung muss zumindest die Festbeiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung inklusive allfälliger Zuschläge gemäß § 3 Abs 7 sowie den um 90% verminderten Festbeitrag zur Zusatzleistung umfassen und darf nicht mehr als den in der Anlage B festgelegten Jahreshöchstbeitrag zur Altersversorgung betragen.

Weiters werden nur jene Beitragsleistungen eines endabzurechnenden Jahres diesem angerechnet, welche bis längstens 30. Juni des laufenden Jahres beim Wohlfahrtsfonds eingelangt sind. Für Gesellschafter von Gruppenpraxen gelten in diesem Zusammenhang § 5 Abs 7 und 10.

§ 3 Höhe der Beiträge

(1) Bei der Festsetzung der Höhe der Beiträge ist auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sowie die Art der Berufsausübung der Mitglieder des Wohlfahrtsfonds einerseits und die Leistungsfähigkeit des Wohlfahrtsfonds gemäß § 1 Abs 1 andererseits Bedacht zu nehmen.

(2) Die Höhe der Beiträge darf 18 vH der jährlichen Bruttoeinnahmen (Umsätze) aus ärztlicher Tätigkeit einschließlich der Umsatzanteile an Gruppenpraxen nicht übersteigen. Der Nachweis des Übersteigens obliegt dem jeweiligen Mitglied des Wohlfahrtsfonds.

(3) Die Höhe der Festbeiträge bestimmt sich nach der Anlage B. Die Anlage B bildet einen Bestandteil dieser Beitragsordnung.

(4) In der Grundleistung entspricht der Erfordernisbeitrag dem jährlichen Bedarf an Beitragsaufkommen geteilt durch die Anzahl der ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, der ermäßigte Erfordernisbeitrag 50% des Erfordernisbeitrages als Richtwert und der Höchstbeitrag dem Erfordernisbeitrag zuzüglich eines Solidarbeitrages, der sich durch Teilung der Summe der

Differenzen zwischen ermäßigtem Erfordernisbeitrag und Erfordernisbeitrag durch die Anzahl der den Höchstbeitrag leistenden ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds ergibt.

(5) In der Ergänzungsleistung werden nach Lebensjahren gestaffelte Beiträge eingehoben und nach der nachfolgenden Aufstellung angerechnet. Vom 36. bis zum 40. Lebensjahr werden 25%, vom 41. bis zum 45. Lebensjahr 50%, vom 46. bis zum 50. Lebensjahr 100% (Grundbeitrag), vom 51. bis zum 55. Lebensjahr 150% und vom 56. bis zum 65. Lebensjahr 200% des Grundbeitrages zur Ergänzungsleistung eingehoben. Die Einstufung laut nachstehender Aufstellung erfolgt in jenem Kalenderjahr (Beitragsjahr), in welchem das Mitglied das jeweilige Lebensjahr erreicht.

<u>Lebensjahr</u>	<u>Staffelungsprozentsatz</u>	<u>Summe in Prozent</u>
36.-40.	25 %	25% x 5 = 125 %
41.-45.	50 %	50% x 5 = 250 %
46.-50.	100 %	100% x 5 = 500 %
51.-55.	150 %	150% x 5 = 750 %
56.-65.	200 %	200% x10 = 2000 %
Summe nach 30 Jahren =		3625 %

(6) Der Beitrag zur Zusatzleistung beträgt wie folgt:

- a) Vom Jahreshöchstbetrag aller Beiträge zur Altersversorgung gemäß Punkt III lit a Anlage B sind der Höchstbeitrag zur Grundleistung (inkl. allfälliger Zuschläge nach § 3 Abs 7) und der altersgemäße Ergänzungsleistungsbeitrag (inkl. allfälliger Zuschläge nach § 3 Abs 7) abzuziehen.
- b) Die Gesamtsumme aller Beitragszugänge zur Zusatzleistung darf allerdings den in Punkt III lit b Anlage B festgelegten Wert nicht überschreiten.

(7) In der Grund- und Ergänzungsleistung haben Mitglieder, die zu einem in der nachstehenden Tabelle ausgewiesenen Lebensalter in den Wohlfahrtsfonds eintreten, folgenden Zuschlag für die Dauer der ununterbrochenen Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds auf Basis der jeweils gültigen Jahresbeiträge zu entrichten:

<u>Eintritt nach Vollendung:</u>	<u>Zuschlag in Prozent</u>
45. Lebensjahr	5 %
50. Lebensjahr	15 %
55. Lebensjahr	25 %
60. Lebensjahr	35 %

Diese Zuschläge begründen keine Anrechnung von Anwartschaften.

(8) In der Krankenversicherung sind die Beiträge für das Mitglied und seine Angehörige (§ 18 Abs 4 Satzung) entsprechend dem Eintrittsalter festzusetzen und richten sich nach der Anlage B.

Die alljährliche Valorisierung des Beitrages zur Krankenversicherung erfolgt in der Form, dass der dem Mitglied zuletzt vorgeschriebene Beitrag zur Krankenversicherung um jenen Anpassungsbetrag erhöht wird, welcher sich entsprechend dem Alter des Mitgliedes im anzupassenden Jahr und der diesbezüglichen Altersstufe aus der Anlage B errechnet (Anpassungsbetrag

= Beitrag neues Jahr abzüglich Beitrag altes Jahr; der dem im neuen Jahr entsprechenden Altersstufe des Mitgliedes).

Mit dem Monat des Bezugs der (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung des in der Krankenversicherung beitragspflichtigen Mitgliedes hat entsprechend der Vorversicherungszeiten die Neueinstufung für das Mitglied und seine Angehörigen (§ 18 Abs 4 Satzung) gemäß der Anlage B zu erfolgen.

Bei Eintritt, Neueinstufung sowie der Beendigung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung ergeht ein Bescheid.

Zu Beginn eines jeden Kalenderjahres erhält das zur Krankenversicherung beitragspflichtige Mitglied ein Informationsschreiben über die Höhe des Beitrages zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds.

(9) Außerordentliche Mitglieder des Wohlfahrtsfonds haben den im Bescheid festgesetzten Beitrag zu leisten.

§ 4 Beitragsjahr

Das Beitragsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

II. VERFAHRENSBESTIMMUNGEN

§ 5 Vorschreibung und Einhebung der Beiträge

(1) Die Beiträge werden zu Beginn eines jeden Kalenderjahres durch Bescheid der Ärztekammer entsprechend § 18 der Satzung vorgeschrieben. Dieser Bescheid tritt binnen vier Wochen nach Zustellung in Rechtskraft, sofern bis dahin beim Verwaltungsausschuss kein Antrag auf Berichtigung der vorgeschriebenen Beiträge gestellt oder Beschwerde an das zuständige Verwaltungsgericht erhoben wird. Der Verwaltungsausschuss entscheidet über eingebrachte Berichtigungsanträge mittels eines neuen Jahresbeitragsbescheides, zu welchem nur noch das Rechtsmittel der Beschwerde eingebracht werden kann. Für den Fall der Fristversäumnis ist einem Berichtigungsantrag nur mit Wirksamkeit ab dem Monat der Antragstellung stattzugeben. Beitragszahlungen, die vor der Rechtswirksamkeit des Jahresbeitragsbescheides getätigt wurden, sind als Akontozahlung zu behandeln.

(2) Beim Neueintritt während des Kalenderjahres werden die Beiträge ab dem Kalendermonat, in dem der Beitritt erfolgt ist, mit Bescheid vorgeschrieben.

(3) Bei einer Änderung der Grundlage für die Beitragsvorschreibung während des Beitragsjahres erfolgt eine Änderungsvorschreibung durch Bescheid ab dem Zeitpunkt der Änderung (Änderungsbescheid).

(4) Erfolgt bei der Ergänzungsleistung die Erreichung einer höheren Lebensalterstufe nach § 3 Abs 5 während des Kalenderjahres, werden die entsprechenden höheren Beiträge bereits ab dem Beginn des Kalenderjahres vorgeschrieben, in das die Erreichung fällt.

(5) Im Fall des Neueintritts, Austritts bzw. bei Nachlässen innerhalb des laufenden Jahres, ist der Beitrag zur Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung, zur Hinterbliebenenunterstützung, zur Bestattungsbeihilfe, zur Krankenunterstützung und zum Notstandsfonds entsprechend aliquot zu berechnen.

(6) Fällt der Beginn oder das Ende der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds oder zu einer bestimmten Beitragsart nicht mit dem Beginn oder dem Ende eines Kalendermonats zusammen, ist in diesen Fällen dennoch der volle Monatsbeitrag vorzuschreiben und einzuheben. Fällt eine Änderung der Grundlage für die Beitragsvorschreibung nicht mit dem Beginn oder dem Ende eines Kalendermonates zusammen, so ist für den gesamten Kalendermonat der betragsmäßig höhere Beitrag zu entrichten.

(7) Bei freipraktizierenden Ärzten mit kurativem Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse, ausgenommen Gesellschafter von Gruppenpraxen, sind die von der Ärztekammer vorgeschriebenen Beiträge von der Österreichischen Gesundheitskasse sowohl von den Vorschüssen als auch von der endgültigen Honorarabrechnung einzuheben und personenbezogen längstens bis zum 15. Tag nach Fälligkeit der Honorarzahlung an die Ärztekammer abzuführen.

(8) Bei angestellten Ärzten sind die von der Ärztekammer vorgeschriebenen Beiträge durch den Dienstgeber einzuheben und spätestens bis zum 15. Tag nach Ablauf des Kalendermonats an die Ärztekammer abzuführen. In begründeten Ausnahmefällen kann die Einhebung hiervon abweichend gemäß Abs 9 erfolgen.

(9) Mitglieder, deren Beiträge nicht gemäß Abs 7 oder 8 eingehoben werden können, haben die Beiträge für die Monate Jänner, Februar und März spätestens am 31.3., für die Monate April, Mai und Juni spätestens am 30.6., für die Monate Juli, August und September spätestens am 30.9. und für die Monate Oktober, November und Dezember spätestens am 31.12. des Beitragsjahres direkt auf das von der Ärztekammer bekannt gegebene Konto einzuzahlen.

(10) Freipraktizierende Ärzte ohne kurativen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse und Gesellschafter von Gruppenpraxen können bis 30. April des dem Beitragsjahr folgenden Jahres unter Vorlage der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen die endgültige Festsetzung der Beiträge zur Altersversorgung unter sinngemäßer Anwendung von § 2 Abs 3 1. bis 3. Satz beantragen.

(11) Die Mitglieder des Wohlfahrtsfonds erhalten für alle im Beitragsjahr geleisteten Beiträge im dritten Quartal des folgenden Jahres eine Jahresendabrechnung ("Versorgungsbrief"), in der die geleisteten Beiträge fiktiv in Ansprüchen dargestellt werden. Dieser Versorgungsbrief begründet keinen Rechtsanspruch.

(12) Eine rückwirkende Korrektur des Höchstbeitrages zur Grundleistung (nachträgliche Berechnung des Finanzbedarfes zwischen Erfordernis- und ermäßigten Erfordernisbeiträgen zur Grundleistung) führt zu keiner Neuaufteilung der Beiträge zur Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung des betroffenen Jahres.

(13) Die auf gesamtvertraglichen Vereinbarungen basierenden Zuwendungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau an den Wohlfahrtsfonds sind insgesamt auf den Deckungsstock der Zusatzleistung anzurechnen. 75% der aufgrund der

jeweiligen Honorarordnung von der ÖGK für die administrative Mitarbeit der Vertragsärzte an die Ärztekammer übermittelten jährlichen Vergütung wird als Zuwendung an den Wohlfahrtsfonds auf den Deckungsstock der Zusatzleistung angerechnet.

(14) Abs 1, Abs 3 und Abs 5 sind für Bescheide mit denen die Krankenversicherungsbeiträge vorgeschrieben werden, nicht anwendbar, vielmehr gilt diesbezüglich § 3 Abs 8.

Die Beiträge zur Krankenversicherung sind am jeweiligen Monatsersten im Vorhinein zur Zahlung fällig und an die Ärztekammer abzuführen. Die Einhebung dieser Beiträge erfolgt gemäß der Satzung.

§ 6 Rückständige Beiträge /Aufrechnung

(1) Ist innerhalb von drei Wochen nach Fälligkeit die Zahlung nicht geleistet, hat eine Mahnung mit Setzung einer Nachfrist von 21 Tagen zu erfolgen. Bleibt diese erfolglos, ist eine weitere Mahnung mit einer Zahlungsfrist von längstens 21 Tagen zu erlassen. Wird diese Zahlungsfrist nicht eingehalten, ist ohne weitere Mahnung ein Rückstandsausweis zu erlassen, der die Grundlage der Zwangsvollstreckung bildet.

(2) Der Rückstandsausweis hat zu enthalten:

- a) Name und Anschrift des Beitragspflichtigen
- b) Betrag der Schuld, aufgegliedert nach Jahren
- c) Nebenansprüche (Verzugszinsen und Verwaltungskostenbeiträge)

(3) Für die weitere Mahnung wird ein Verwaltungskostenbeitrag von € 15,- eingehoben, für den Rückstandsausweis von € 30,-. Weiters werden ab Ende der Zahlungsfrist der zweiten Mahnung Verzugszinsen ab dem Tag der Fälligkeit der Schuld vorgeschrieben. Die Höhe der Verzugszinsen beträgt 8 % (§ 110a ÄrzteG). Der Verwaltungsausschussvorsitzende kann in begründeten Fällen im Einvernehmen mit dem Finanzreferent von der Einhebung der Verwaltungskostenbeiträge und der Verzugszinsen absehen.

(4) Die Einbringung rückständiger Beiträge, Verzugszinsen und Verwaltungskostenbeiträge erfolgt nach den Bestimmungen des Zwangsvollstreckungsgesetzes, BGBl Nr 1991/53 idgF.

(5) Zahlungen von rückständigen Beiträgen sind auf die älteste Schuld anzurechnen.

(6) Fällige Beiträge sind von beanspruchten und gewährten Leistungen abzuziehen, unabhängig davon, wem oder aus welchem Titel diese Leistung zusteht, es sei denn die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen ist gemäß § 38 Abs 4 Satzung erloschen.

§ 6a Zustellung von Dokumenten:

Für die Zustellung von Dokumenten finden die Bestimmungen der Satzung Anwendung.

§ 7 Befreiung, Ermäßigung, Nachlass, Stundung, Ratenzahlung

- (1) Für die Befreiung, die Ermäßigung und den Nachlass von Beiträgen finden die Bestimmungen der Satzung Anwendung.
- (2) Wenn der Nachweis entsprechender wirtschaftlicher Verhältnisse erbracht wird, können für Beitragszahlungen angemessene Ratenzahlungen bzw. Stundungen mit Bescheid bewilligt werden. Solcherart aushaftende Beiträge sind mit der jeweils versicherungsmathematisch geforderten Verzinsung zu verzinsen.
- (3) Stundungen oder Ratenzahlungen werden grundsätzlich nur für das jeweilige Beitragsjahr bewilligt, es sei denn der Verwaltungsausschuss beschließt im Einzelfall abweichendes.
- (4) Abs 1 bis 3 sind auf die Krankenversicherung nicht anwendbar; für die Befreiung von der Krankenversicherung finden die Bestimmungen der Satzung Anwendung.

§ 8 Nachzahlung von Beiträgen

Für die Nachzahlung von Beiträgen finden die Bestimmungen der Satzung Anwendung.

§ 8 a Anrechnung von Überstellungsbeträgen

Wird von einem anderen innerstaatlichen Wohlfahrtsfonds ein Auszahlungsbetrag überwiesen ist die Anrechnung des Überstellungsbetrages so vorzunehmen, dass die Überweisungssumme mit dem Beitrag des Eintrittsjahres solange zu dividieren ist, bis der Monatsbeitrag nicht mehr im Restbetrag teilbar ist. Wären nach der Beitragsordnung in diesen Jahren in zeitlicher Abfolge verschiedene Arten von Beiträgen zu leisten gewesen, ist jede dieser Beitragsarten, zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Zusatzleistungsanrechnung gilt der Jahreshöchstbetrag sowie die Gesamtsumme aller Beitragszugänge zur Zusatzleistung des Eintrittsjahres.

§ 8b Rückforderung/Verjährung

Wohlfahrtsfondsbeiträge können 5 Jahre nach ihrer Entrichtung (insb. Einzahlung gemäß § 5 Abs 9, Abzug vom Kassenhonorar nach § 5 Abs 7, Einbehalt durch den Dienstgeber gemäß § 5 Abs 8, § 18a Abs 7 der Satzung) nicht mehr zurückgefordert werden, ausgenommen in den Fällen der §§ 16 Abs 7 und 44 Abs 13 der Satzung.

Die Frist beginnt an jenem Tag zu laufen, an dem der Wohlfahrtsfondsbeitrag bei der Kammer einlangt.

§ 8c Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss

Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss sind, soweit nicht im Ärztegesetz, in dieser Beitragsordnung oder in der Satzung andere Bestimmungen enthalten sind, die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG) BGBl Nr 51/1991 idgF, anzuwenden. Genehmigungsberechtigter im Sinne des § 18 Abs 3 AVG ist der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, im Verhinderungsfall der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsausschusses. Diese können ihre Genehmigungsbefugnis schriftlich an Mitarbeiter des Kammeramtes übertragen.

III. BESONDERE BESTIMMUNGEN

§ 9 Zuordnung der Beiträge zu den Leistungsarten

- (1) Für die einzelnen Leistungen besteht Beitragspflicht gemäß den Bestimmungen der Satzung.
- (2) Die Grundleistung wird bis zur Erreichung von 4200 Leistungspunkten, die Ergänzungsleistung wird bis zur Erreichung von 3625 Leistungsprozentpunkten (Ausnahme § 44 Abs 3 und 4 der Satzung) und die Zusatzleistung wird bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres vorgeschrieben.
- (3) Wird die Zahl von 4200 Leistungsprozentpunkten in der Grundleistung erreicht, wird bei angestellten und freipraktizierenden Ärzten der Erfordernisbeitrag zur Grundleistung weiter eingehoben und in jenem Ausmaß der Ergänzungsleistung zugerechnet, bis die Höchstsumme der für das jeweilige Lebensalter erreichbaren Leistungsprozentpunkte in der Ergänzungsleistung erreicht ist. Mit dem Erreichen von 3.625 Leistungsprozentpunkten in der Ergänzungsleistung werden keine weiteren Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung eingehoben.
- (4) Werden zu geringe Beiträge geleistet, werden sie auf die einzelnen Leistungsarten gleichmäßig aufgeteilt. Liegen Rückstände in den einzelnen Leistungsarten vor, entscheidet der Verwaltungsausschuss über die Anrechnung von laufenden Beiträgen.
- (5) Entsteht die Mitgliedschaft gemäß den §§ 12 oder 13 der Satzung wieder, ohne dass die Wohlfahrtsfondsbeiträge gemäß § 115 Ärztegesetz rückerstattet bzw. überstellt wurden, sind die damit verbundenen Ansprüche vollständig zu reaktivieren.

§ 10 Wirksamkeitsbeginn

- (1) Diese Beitragsordnung tritt am 1.1.2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Beitragsordnung außer Kraft.
- (2) § 5 Abs 13 zweiter Satz idF der 11. Änderung tritt mit 1.1.2025 in Kraft.
- (3) § 7 Abs 2 in der Fassung der 1. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.1.2015 in Kraft.
- (4) Die 2. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.7.2015 in Kraft.
- (5) Die 3. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.1.2017 in Kraft. § 8b findet aber auch für die vor dem Inkrafttreten dieser Bestimmung entrichteten Wohlfahrtsfondsbeiträge Anwendung.
- (6) § 8 a in der Fassung der 4. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2019 in Kraft.

- (7) Die 5. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 1.01.2020 in Kraft.
- (8) Die 6. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2021 in Kraft.
- (9) Die 7. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2022 in Kraft.
- (10) Die 8. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2023 in Kraft
- (11) Die 9. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2024 in Kraft.
- (12) Die 10. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt rückwirkend mit 01.01.2024 in Kraft.
- (13) Die 11. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2025 in Kraft.
- (14) Die 12. Änderung der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds tritt mit 01.01.2026 in Kraft.

Anlage B der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg

BEITRAGSSÄTZE AB 1. 1. 2026

VERSORGUNGSLEISTUNGEN

I.	<u>Grundleistung</u>			
	a) für freipraktizierende Ärzte, Primärärzte, Departementleiter (Höchstbeitrag)	jährl.	€	9.028,20
	b) für Ärzte in einem Dienstverhältnis und Wohnsitzärzte (Erfordernisbeitrag)	jährl.	€	7.079,88
	c) für Ausbildungsärzte für max. 6 Ausbildungsjahre (ermäßigter Erfordernisbeitrag)	jährl.	€	3.540,00
II.	<u>Ergänzungsleistung</u>			
	für alle Ärzte ausgenommen Wohnsitzärzte			
	36.-40. Lebensjahr (25% des Grundbeitrages)	jährl.	€	1.522,92
	41.-45. Lebensjahr (50 % des Grundbeitrages)	jährl.	€	3.045,96
	46.-50. Lebensjahr (Grundbeitrag)	jährl.	€	6.091,80
	51.-55. Lebensjahr (150 % des Grundbeitrages)	jährl.	€	9.137,76
	ab dem 56. Lebensjahr (200 % des Grundbeitrages)	jährl.	€	12.183,60
III.	<u>Zusatzleistung</u>			
	für freipraktizierende Ärzte			
	a) Jahreshöchstbeitrag aller Beiträge zur Altersversorgung		€	30.336,00
	b) Gesamtsumme aller Beitragszugänge zur Zusatzleistung		€	197.752,00

Anmerkung: Ab einem Eintrittsalter nach Vollendung des 45. Lebensjahres sind Zuschläge zur Grund- und Ergänzungsleistung gemäß der in § 3 Abs 7 der Beitragsordnung angeführten Aufstellung zu leisten.

UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

IV.	<u>Bestattungsbeihilfe</u>	jährl.	€	46,68
	für alle Fondsmitglieder			
V.	<u>Hinterbliebenenunterstützung (inkl. Ablebensversicherung)</u>	jährl.	€	650,04
	für alle Fondsmitglieder			
VI.	<u>Krankenunterstützung</u>			
	für freipraktizierende Ärzte und Wohnsitzärzte	jährl.	€	510,96
VII.	<u>Notstandsfonds</u>	jährl.	€	59,28
	für alle Fondsmitglieder			

KRANKENVERSICHERUNG

a)	pro Kind bis zum vollendeten 18. Lj.	mtl.	€	93,60
b)	pro Erwachsenen bei Eintritt bis zum 35. Lj.	mtl.	€	228,81
c)	pro Erwachsenen bei Eintritt ab Vollendung des 35. Lj.	mtl.	€	291,24
d)	pro Erwachsenen bei Eintritt ab Vollendung des 50. Lj.	mtl.	€	416,02
e)	pro Erwachsenen bei Eintritt ab Vollendung des 55. Lj.	mtl.	€	488,82
f)	pro Erwachsenen bei Eintritt ab Vollendung des 60. Lj.	mtl.	€	644,81
g)	pro Erwachsenen nach Pensionseintritt mit Vorversicherungszeiten im Ausmaß von			
	0 bis 10 Jahre	mtl.	€	644,81
	11 bis 15 Jahre	mtl.	€	488,82
	16 bis 20 Jahre	mtl.	€	416,02
	ab 21 Jahre	mtl.	€	291,24