

# SATZUNG

---

des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg  
(Stand 01.01.2014)

## 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 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 Satzung die Bezeichnung „ärztlich“ gleichzeitig auch auf „zahnärztlich“ sowie die Bezeichnungen „Arzt“, „Wahlarzt“, „Wohnsitzarzt“ gleichzeitig auch auf „Zahnarzt“, „Wahlzahnarzt“, „Wohnsitzzahnarzt“. 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. Die Bestimmungen der §§ 6 bis 11 der Geschäftsordnung gelten sinngemäß auch für den Überprüfungsausschuss.

## § 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 Festlegung der Anzahl der weiteren Mitglieder des Verwaltungsausschusses sowie
  - d) die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds
  - e) die Erlassung von Richtlinien zur Bewertung des Vermögens des Wohlfahrtsfonds.

## § 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) Die Sitzungen des Verwaltungsausschusses, zu denen im Bedarfsfalle für bestimmte Angelegenheiten sachkundige Personen ohne Stimmrecht beigezogen werden können, sind vom Vorsitzenden möglichst eine Woche vorher einzuberufen. Sie sind nicht öffentlich. Die gefassten Beschlüsse müssen in einer Niederschrift festgehalten werden, welche vom Vorsitzenden und vom Schriftführer (Kammerangestellter der Ärztekammer) zu unterfertigen ist.

(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 Vergabe von Darlehen an Mitglieder des Wohlfahrtsfonds;
- h) die Ausarbeitung von Vorschlägen an die Erweiterte Vollversammlung betreffend Änderung der Satzung und der Beitragsordnung;
- i) die Vorbereitung von Angelegenheiten, die der Erweiterten Vollversammlung vorbehalten sind (insbesondere Jahresvoranschlag und Rechnungsabschluss);
- j) Richtlinien, wie z.B. über die Vergabe von Darlehen an die Mitglieder des Wohlfahrtsfonds oder 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) Die Erlassung von Bescheiden des Verwaltungsausschusses kann durch eine schriftliche Abstimmung (Umlaufbeschluss) erfolgen. 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.

(2) Für die Zustellung von Dokumenten gilt § 21 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz, BGBl Nr 51/1991 idgF, iVm den Bestimmungen des Zustellgesetzes, BGBl Nr 200/1982 idgF, mit folgenden Abweichungen:

- Abgabestelle für die Zustellung von Dokumenten ist bei ordentlichen Mitgliedern des Wohlfahrtsfonds die eigens bekannt gegebene Zustelladresse, wurde keine solche bekannt gegeben, die letzte gemäß den §§ 27 bzw. 29 Abs 1 ÄrzteG bzw. den §§ 12 bzw. 14 Abs 1 ZÄG bekannt gegebene Adresse des Berufssitzes/Dienstortes/Wohnsitzes. Bei außerordentlichen und ausgetretenen Mitgliedern ist die letzte dem Wohlfahrtsfonds bekannt gegebene Zustelladresse die Abgabestelle für die Zustellung von Dokumenten.

- Kann ein Dokument an der Abgabestelle nicht zugestellt werden und wird dieses trotz Hinterlegung nicht behoben, dann hat nach zwei Wochen eine neuerliche Zustellung zu erfolgen (2. Zustellversuch). Kann das Dokument an der Abgabestelle auch bei diesem 2. Zustellversuch nicht zugestellt werden und wird dieses trotz neuerlicher Hinterlegung nicht behoben, dann erfolgt die Zustellung durch Anschlag an der Amtstafel der Ärztekammer, unabhängig davon, wo sich die zuvor genannte Person aufhält. Findet sich diese zur Empfangnahme des Dokumentes nicht ein, gilt die Zustellung als bewirkt, wenn seit dem Anschlag an der Amtstafel der Ärztekammer zwei Wochen verstrichen sind.

(3) Die Landeszahnärztekammer Vorarlberg wird über Anschläge an der Amtstafel gemäß Abs 2 informiert.

## § 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.

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

(4) Die Überprüfung der Geschäftsführung hat anhand der Bücher und Rechnungsbelege zu erfolgen. Hierbei ist auf eine sparsame Verwaltung und darauf Bedacht zu nehmen, dass die Ausgaben durch Beschlüsse der zuständigen Organe gedeckt sind.

(5) Zum Zwecke von Überprüfungen ist der Prüfungsausschuss berechtigt, in alle Bücher und Belege Einsicht zu nehmen und die von ihm gewünschten Auskünfte zu erhalten. Er kann zu seiner Unterstützung das von der Erweiterten Vollversammlung jeweils bestellte externe Prüfungsorgan mit Zustimmung des Verwaltungsausschusses beiziehen.

Unabhängig von den Überprüfungen durch den Prüfungsausschuss 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 Prüfungsausschuss zeitgerecht vor seiner Überprüfung des Rechnungsabschlusses Einsicht nehmen kann. Der Prüfungsausschuss ist berechtigt, den Prüfbericht des Prüfungsorganes seinem schriftlichen Bericht zugrunde zu legen. Das Prüfungsorgan wird über Beschluss der Erweiterten Vollversammlung bestellt. Vor dessen Beauftragung sind mindestens 3 Angebote einzuholen. Eine Beauftragung kann für längstens 3 Jahre durch die Erweiterte Vollversammlung erfolgen. Eine neuerliche Beauftragung desselben Prüfungsorganes für längstens 3 weitere Jahre durch die Erweiterte Vollversammlung ist möglich, sofern dieses Prüfungsorgan neuerlich als Bestbieter hervorgeht.

(6) Der Prüfungsausschuss hat nach Vornahme einer Überprüfung jeweils unverzüglich der Erweiterten Vollversammlung einen schriftlichen Bericht vorzulegen und anlässlich des Jahresabschlusses die Entlastung des Verwaltungsausschusses oder die Verweigerung derselben zu beantragen.

## § 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 des „Sicherheitskontos Grund- und Ergänzungsleistung“ sowie des „Sicherheitskontos 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 das „Sicherheitskonto Grund- und Ergänzungsleistung“ sowie auf das „Sicherheitskonto Zusatzleistung“ entsprechend dem Verhältnis (Prozent) der Jahresdurchschnittsvermögen (Abs 5 lit a) von Grund- und Ergänzungsleistung einerseits und Zusatzleistung andererseits 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 dient es 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; Darlehen an Gebietskörperschaften oder andere Körperschaften öffentlichen Rechts; grundbücherlich gesicherte Darlehen, sofern die Liegenschaften samt Zubehör während der Dauer des Darlehens in vollem Werte gegen Elementarschäden versichert sind; Darlehen an Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, gegen entsprechende Sicherstellung bei Bedachtnahme auf Wertbeständigkeit; Darlehen an Betriebe und Gesellschaften mit ausreichender Besicherung, wobei auf die Werthaltigkeit und Durchsetzbarkeit der Sicherheiten Bedacht zu nehmen ist; Bankguthaben bei Banken. 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 Anteilscheine 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 1bis 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 vor der Vergabe von Darlehen den Zinssatz und die Darlehensbedingungen sowie 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.
- (8) Die Vergabe von Vermögensverwaltungsmandaten darf nur an Personen oder Firmen erfolgen, die dafür fachlich geeignet sind 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.

### 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 Landeszahnärztekammer) 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 Be-

freierung, 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.

### § 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.

(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 und Kinderunterstützung kann über Antrag für die Zeit ab dem Mutterschutz, der Karenz sowie der Teilnahme an einem vom Verwaltungsausschuss anerkannten ärztlichen Hilfsprojektes im Ausland genehmigt werden. Bei diesen ärztlichen Hilfsprojekten kann die außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds nur dann beantragt 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. In jenen Fällen, wo eine Streichung aus der Ärzteliste und damit eine außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds ohne Beitragsleistung aufgrund der Anrechnung von Ausbildungszeiten erst ab dem Zeitpunkt

der Karenz beantragt wird, ist dennoch bereits ab dem Beginn des Mutterschutzes ein beitragsfreier Versicherungsschutz (ohne Anrechnung von Anwartschaften) zu gewähren.

#### § 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 (Verheiratung, 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 zur 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 samt Zusatzangaben hinsichtlich deren Behinderung und deren Versorgungsstatus,
  - Krankenversicherungsstatus des Mitgliedes und dessen Angehörige,
  - 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 Landeszahnärztekammer 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. Zahnärzteleiste);
  - d) durch die Verlegung des für die Zugehörigkeit maßgebenden Anknüpfungspunktes (Berufssitz, Dienstort oder Wohnsitz) in den Bereich einer anderen Ärztekammer bzw. Landeszahnärztekammer 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, Notstandsfonds und Waisenzusatzversicherung vorgesehenen Beitragsteile sowie der Solidarbeitrag gemäß § 3 Abs 4 der Beitragsordnung bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages 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 zwischenzeitig 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.

## § 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 (§ 45 Abs 2 ÄrzteG/§ 27 ZÄG)

a.a zur Altersversorgung

a.b zum Notstandsfonds

a.c zur Bestattungsbeihilfe

a.d zur Hinterbliebenenunterstützung

a.e zur Krankenunterstützung

a.f zur Krankenversicherung

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

(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 noch als angestellter Arzt, Gesellschafter einer Gruppenpraxis ohne Kassenverträge, Wahlarzt oder als Wohnsitzarzt tätig sind, haben nur noch die Beiträge zur Hinterbliebenenunterstützung, zur Bestattungsbeihilfe und zum Notstandsfonds zu leisten.

(4) Bezieher einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung sowie deren Angehörige (Ehegatten, Kinder) 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.

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

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

§ 18 a Sonderregelungen in der Krankenversicherung

(1) Freipraktizierende Ärzte und Wohnsitzärzte sowie deren Angehörige (Ehegatten, Kinder), die zum Zeitpunkt des Entstehens der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds Beiträge zu einer inländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. Gebietskrankenkasse, SVA der gewerblichen Wirtschaft) zahlen, oder die nach dem

Zeitpunkt des Entstehens der Beitragspflicht zur Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds eine Pflichtversicherung in der sozialen Krankenversicherung begründen, können sich über Antrag des Kammerangehörigen von der Krankenversicherung zum Wohlfahrtsfonds befreien lassen, solange sie in der jeweiligen sozialen Krankenversicherung versichert sind.

(2) Staatsangehörige des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die aufgrund ihrer ärztlichen Tätigkeit im Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einer Krankenversicherung, deren Leistungen jenen der Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds annähernd gleichwertig sind, versichert sind, können sich über Antrag von der Krankenversicherung zum Wohlfahrtsfonds befreien lassen, solange sie in der jeweiligen Krankenversicherung versichert sind.

(3) Eine Befreiung von der Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Kammerangehörige für seine Angehörige (Ehegatten, Kinder) nicht eine Krankenversicherung gemäß Abs 1 oder 2 nachweist.

(4) Ein von der Krankenversicherung nach Abs 1 oder 2 befreites Mitglied hat jede Veränderung seines Krankenversicherungsstatus und desjenigen seiner Angehörige (Ehegatten, Kinder) 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.

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

(6) Die Ärztekammer (Wohlfahrtsfonds) ist jederzeit berechtigt, von jedem nicht krankenversicherten Kammerangehörigen alle Nachweise einzufordern, die den Tatbestand der Nichtversicherung gemäß Abs 1 oder 2 begründen. Erbringt der Kammerangehörige trotz Setzen einer Nachfrist keinen Nachweis, so ist er nach Ablauf der Nachfrist zur Krankenversicherung beitragspflichtig.

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

(8) Bei freipraktizierenden Ärzten mit kurativem VGKK-Vertrag, sind die vorgeschriebenen Krankenversicherungsbeiträge von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse 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 4 genannten Personen kann der Krankenversicherungsbeitrag abweichend vom 2. Satz jeweils von der monatlichen Versorgungsleistung einbehalten werden.

(9) Für den Fall der Befreiung von der Krankenversicherung gemäß der Abs 1 oder 2 ist die Gewährung von Leistungen ausgeschlossen.

(10) Mit Wegfall der Kindeseigenschaft im Sinne des § 26 Abs 2 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 Mitglieds 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 € 99.371,-- und € 110.390,-- 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 € 88.341,-- und € 99.370,-- 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 € 77.281,-- und € 88.340,-- 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 € 66.251,-- und € 77.280,-- 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 € 44.171,-- und € 66.250,-- 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 € 22.081,-- und € 44.170,-- 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 € 22.080,- 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 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, wenn ihm ein anderweitiger Ruhe-(Versorgungs-)genuss bei einer öffentlich rechtlichen Versicherungsanstalt auf Höchstbemessungsgrundlage zusteht, 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 (Wohngeld, 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) In einer anerkannten Lehrpraxis angestellten Turnusärzten, welche den ermäßigten Erfordernisbeitrag zu entrichten haben, kann über Antrag dieser Beitrag auf die Hälfte ermäßigt werden. In diesem Fall besteht für die Dauer der Ermäßigung ein Anspruch auf die halbe Grundleistung.

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

(11) Diese Bestimmungen (Abs 1 - 10) 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 Beitragspunktwert 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 Hinterbliebene von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer (In-/Ausland) überwiesen noch dem 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. (föhzeitige) 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 bei den Anwärtern ab dem 01.01.2012 pro Jahr um 1 Prozent und ab dem 01.01.2014 pro Jahr um 2 Prozent solange reduziert, bis die versicherungsmathematische erforderliche Deckung erreicht ist und in weiterer Folge auf dieser Basis fortgeschrieben.

Ab dem Beitragsjahr 2011 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 %

Die Verrentung laut obiger Staffelung 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 und ab dem 01.01.2014 pro Jahr um 2 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. und 4. 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, wenn jegliche aufgrund von Kassenverträgen ausgeübte ärztliche Tätigkeit eingestellt und dies nachgewiesen wird.

(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 Monates 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.

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 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%.

## § 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. Witwerversorgung

(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 auszuzahlende 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, dRGL.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.

### § 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 Halbweise 15 %,
- b) für jede Vollweise 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.

(3) Sind mehrere Waisen vorhanden, darf die Waisenversorgung das Zweifache der (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen.

### § 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) oder an die Waisen 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) oder an Waisen 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 Kammerangehörigen 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),
- b) die Waisen ohne Rücksicht auf das Lebensalter,
- c) sonstige gesetzliche Erben.

(4) Zusätzlich kommt im Rahmen der Hinterbliebenenunterstützung die Ablebensversicherung als sonstige einmalige Unterstützungsleistung unter der Voraussetzung zur Auszahlung, dass der Kammerangehörige oder Empfänger einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung 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, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen kann die Krankenunterstützung höchstens für einen Zeitraum von 52 Wochen gewährt werden.

(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 unverstärktem 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). Versicherer im Sinne der Anlage C ist der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer.

(2) Leistungen aus der Krankenversicherung werden nur jenen Kammerangehörigen, Empfängern einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung sowie Beziehern

einer Hinterbliebenenversorgung gewährt, die zur Krankenversicherung beitragspflichtig sind.

### § 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 zinsbegünstigten oder 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 § 13 Abs 5 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 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 Monats, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen bis zu einem Zeitraum von maximal einem Jahr 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 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 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 Beitragsvorschreibung(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 trotz Mahnung 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.

(6) 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.

### § 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

Diese Satzung tritt mit 1.1.2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Satzung außer 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 zwischenzeitig 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 Ermittlungsverfahren von der Beitragspflicht zur Krankenversicherung befreit worden sind gilt § 18a Abs 9.

(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.