

SATZUNG
des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg
(Stand 1. 1. 2009)

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Wesen und Rechtsnatur

(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 (kurz „Ärztekammer“) als auch auf die Landeszahnärztekammer für Vorarlberg (kurz „Landeszahnärztekammer“) zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen der Angehörigen des Dentistenberufs.

(2) Bei der Ärztekammer ist zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen gem. § 96 Abs.1 des Ärztegesetzes 1998, BGBl.Nr. 169 i.d.g.F. 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.

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

§ 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 / Geschlechtsspezifische Regelungen / Begriffsbestimmungen

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

(3) 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“.

II. VERWALTUNG DES WOHLFAHRTSFONDS

§ 5 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 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 Zahnärztekammergesetz 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 nicht zulässig; der Vorsitzende stimmt zuletzt ab. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Abstimmungen haben mittels Handzeichen zu erfolgen.

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

- a) Ansuchen um Aufnahme als außerordentliches Mitglied;
- b) Ansuchen um Fortsetzung der Leistung von Beiträgen als außerordentliches Mitglied;
- c) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht, Ermäßigung oder Nachlass, um Stundung oder ratenweise Zahlung von Beiträgen;
- d) Ansuchen um Übernahme von Beitragszahlungen in die Altersversorgung durch den Notstandsfonds;
- e) Ansuchen auf Gewährung von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen;
- f) den Fortbestand der Voraussetzungen für gewährte Leistungen und Unterstützungen;
- g) die Verwaltung des Wohlfahrtsfondsvermögens
- h) die Vergabe von Darlehen an Mitglieder des Wohlfahrtsfonds;
- i) die Festsetzung und Durchführung von Vergaberichtlinien für Darlehen an Mitglieder des Wohlfahrtsfonds;
- j) die Ausarbeitung von Vorschlägen an die erweiterte Vollversammlung betreffend Änderung der Satzung;
- k) die Feststellung der Voraussetzungen für die Ermittlung des Angleichungsfaktors für die Fondsbeiträge und des Anpassungsfaktors für Leistungen (§98 Abs. 7 Ärztegesetz);
- l) die Vorbereitung von Angelegenheiten, die der erweiterten Vollversammlung vorbehalten sind (insbesondere Jahresvoranschlag und Jahresabschluss);
- m) die Richtlinien über die Vergabe von Mitteln aus dem Notstandsfonds;
- n) sonstige Richtlinien.

(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) Im Rahmen der ordentlichen Geschäftsführung kann die Erlassung von Bescheiden über Vorschlag des Kammeramtes der Ärztekammer durch den Vorsitzenden erfolgen, wobei die Bescheide dem Verwaltungsausschuss in der nächsten Sitzung zur Kenntnis zu bringen sind

(11) Die Bestimmungen des Abschnittes II (der Kammervorstand) der Geschäftsordnung der Ärztekammer für Vorarlberg sind, sofern sie nicht der Satzung des Wohlfahrtsfonds widersprechen, mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden, dass die Aufgaben des Präsidenten dem Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses zukommen

§ 6 Beschwerden

(1) Gegen die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses steht dem Betroffenen das Recht der Beschwerde an den Beschwerdeausschuss zu.

(2) Die Beschwerde hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den sie sich richtet, und einen begründeten Beschwerdeantrag zu enthalten.

(3) Eine Beschwerde ist nicht mehr zulässig, wenn der Betroffene nach Zustellung oder Verkündung des Bescheides ausdrücklich auf die Beschwerde verzichtet hat.

(4) Die Beschwerde ist schriftlich, mit Telefax oder mit Email innert zwei Wochen beim Verwaltungsausschuss einzubringen. Die Frist beginnt für den Betroffenen mit der an ihn erfolgten Zustellung der schriftlichen Ausfertigung des Bescheides, im Falle bloß mündlicher Verkündung mit dieser.

(5) Der Verwaltungsausschuss hat die Beschwerde unverzüglich mit einer Gegenschrift dem Beschwerdeausschuss vorzulegen.

(6) Rechtzeitig eingebrachte Beschwerden haben aufschiebende Wirkung.

(7) Notwendige Ergänzungen des Ermittlungsverfahrens hat der Beschwerdeausschuss selbst vorzunehmen.

(8) Sofern eine Beschwerde nicht als unzulässig oder verspätet zurückzuweisen ist, hat der Beschwerdeausschuss immer in der Sache selbst zu entscheiden. Er ist berechtigt, sowohl im Spruche als auch hinsichtlich der Begründung seine Anschauung an die Stelle des Verwaltungsausschusses zu setzen und demgemäß den angefochtenen Bescheid nach jeder Richtung abzuändern.

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

§ 7 Beschwerdeausschuss

(1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus dem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die Mitglieder sind Stellvertreter zu bestellen. Ein Mitglied und dessen Stellvertreter ist von der Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes zu bestimmen. Von der erweiterten Vollversammlung sind für die Dauer ihrer Funktionsperiode der Vorsitzende und sein Stellvertreter, die nicht Kammerangehörige sein müssen, mit unbedingter Stimmenmehrheit zu bestellen oder in getrennten Wahlgängen aus dem Kreis der Kammerangehörigen zu wählen. Die weiteren Mitglieder und deren Stellvertreter, mit Ausnahme der von der Landes Zahnärztekammer bestellten, sind von der Vollversammlung in je einem Wahlgang nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechts, jeweils aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer, zu wählen.

(2) Die Mitglieder (Stellvertreter) des Beschwerdeausschusses dürfen dem Kammervorstand der Ärztekammer oder dem Landesvorstand der Landes Zahnärztekammer, dem Verwaltungsausschuss und dem Überprüfungsausschuss nicht angehören.

(3) Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses, zu denen eine rechtskundige Person ohne Stimmrecht zuzuziehen ist, sind nicht öffentlich. Die Einberufung hat durch den Vorsitzenden nach Bedarf möglichst eine Woche vor Sitzungsbeginn zu erfolgen. Die zur Beschlussfassung notwendigen Unterlagen sind der Einberufung beizulegen bzw. bei unvermeidbarer Verzögerung so rasch als möglich nachzureichen. Die gefassten Beschlüsse sind in einer Niederschrift festzuhalten; diese ist vom Vorsitzenden und vom Schriftführer zu unterfertigen. Die Bescheide des Beschwerdeausschusses sind vom Vorsitzenden zu unterfertigen.

(4) Der Beschwerdeausschuss hat für den einzelnen Beschwerdefall einen Schriftführer zu bestimmen. Als Schriftführer kann ein weiteres Mitglied des Beschwerdeausschusses oder ein Kammerangestellter der Ärztekammer bestimmt werden.

(5) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Für die Beschlussfähigkeit ist die Anwesenheit von zumindest drei Mitgliedern erforderlich. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig, der Vorsitzende stimmt zuletzt ab. Die Abstimmungen sind mittels Handzeichen durchzuführen. Die Bestimmung des § 4 Abs. 2 der Geschäftsordnung der Ärztekammer für Vorarlberg ist sinngemäß anzuwenden.

(6) Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses eröffnet, unterbricht und schließt die Sitzungen des Beschwerdeausschusses, beachtet dessen Beschlussfähigkeit und leitet die Verhandlung.

(7) Die Tagesordnung ist zugleich mit der Einladung den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses zu übersenden, wobei es dem Vorsitzenden freisteht, die Tagesordnung als vorläufige zu bezeichnen und die endgültige zu Beginn der Sitzung bekannt zu geben. Die Tagesordnung wird vom Vorsitzenden bestimmt. In die Tagesordnung ist aufzunehmen:

1. die Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. die Genehmigung der Niederschrift des letzten Beschwerdeausschusses
3. die Genehmigung der Tagesordnung
4. die Behandlung der Beschwerden
5. Allfälliges

(8) Die Bestimmungen der §§ 7 bis 11 der Geschäftsordnung der Ärztekammer für Vorarlberg sind sinngemäß auf die Sitzungen des Beschwerdeausschusses anzuwenden.

§ 8 Verfahren vor dem Verwaltungs- und Beschwerdeausschuss

(1) Für das Verfahren vor dem Verwaltungsausschuss sowie vor dem Beschwerdeausschuss sind, soweit nicht im Ärztegesetz oder in diesen Satzungen andere Bestimmungen enthalten sind, die Bestimmungen des allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (AVG) BGBl. Nr. 51/1991 i.d.g.F., insbesondere auch des III. Teiles leg. cit. mit der Ergänzung anzuwenden, dass Bescheide des Beschwerdeausschusses auch dann zu begründen sind, wenn der Beschwerde stattgegeben wird. Insbesondere sind Beschlüsse über Beitrags- oder Leistungsangelegenheiten dem Mitglied mittels schriftlichem Bescheid zur Kenntnis zu bringen.

(2) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses und des Beschwerdeausschusses haben sich der Ausübung ihres Amtes zu enthalten:

- a) in Sachen, in denen sie selbst, der andere Ehepartner, ein Verwandter oder Verschwägerter in auf- oder absteigender Linie, ein Geschwisterkind oder eine Person, die noch näher verwandt oder in gleichem Grade verschwägert ist, beteiligt sind;
- b) in Sachen ihrer Wahl- oder Pflegeeltern, Wahl- oder Pflegekinder, ihres Mündels oder Pflegebefohlenen;
- c) in Sachen, in denen sie als Bevollmächtigte einer Partei bestellt waren oder bestellt sind;
- d) wenn sonstige wichtige Gründe vorliegen, die geeignet sind, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu setzen.

§ 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 Landes Zahnärztekammer 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 und dem Beschwerdeausschuss 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 sämtliche 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 mit Zustimmung des Kammervorstandes Buchsachverständige 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 ist von der erweiterten Vollversammlung in der Regel für die Kammerperiode zu bestellen.

(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. Hierbei ist nach den im Anhang der Satzung aufscheinenden "Richtlinien für die Ermittlung des Vermögenszuwachses(-abganges) des Wohlfahrtsfonds" vorzugehen.

(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 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 (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 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 (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 Beiträge und das Kapital der einzelnen Leistungs- und Unterstützungsarten sind im Sinne dieser Satzung zu verwenden.

(7) Die ausreichende Deckung sämtlicher Leistungs- und Unterstützungsarten 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.

(8) Nach Schluss des mit dem Kalenderjahr zusammenfallenden Rechnungsjahres hat der Verwaltungsausschuss den Jahresbericht (Tätigkeitsbericht, Rechnungsabschluss und Vermögensnachweis) zu verfassen. Der Tätigkeitsbericht soll insbesondere die Gesamterträge des Wohlfahrtsfonds und die Rendite des Wohlfahrtsfondsvermögens enthalten; er kann insofern unterbleiben, als die entsprechenden Angaben im Prüfbericht des Prüfungsorganes beinhaltet sind. In diesem Fall kann der Tätigkeitsbericht auf den Prüfbericht des Prüfungsorganes verweisen.

(9) Der Jahresbericht 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.

(10) 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.

(11) Für die Vertretung nach außen und die verbindliche Fertigung in Angelegenheiten des Wohlfahrtsfonds ist grundsätzlich die Unterschrift des Präsidenten der Ärztekammer und des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, in finanziellen Angelegenheiten auch die des Finanzreferenten der Ärztekammer erforderlich. Im Zahlungs- und Geschäftsverkehr mit Banken sind die vom Verwaltungsausschuss zur Unterschrift 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.

§ 11 Vermögen

(1) Dem Wohlfahrtsfonds fließen neben den in der Beitragsordnung festgesetzten Beiträgen und Umlagen 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 Ergänzungsleistungsverpflichtungen 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) und Solidarleistungen (insbesondere Übernahme von Beitragszahlungen in die Altersversorgung) zu gewähren.

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 Bestattungsbeihilfen.

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 der Vermögen gemäß lit.g und lit.h ist der Grundsatz des Generationenvertrages zu berücksichtigen. Sollten sich aufgrund demoskopischer Unterlagen wesentliche Änderungen ergeben, kann sowohl für die Leistung der Hinterbliebenenunterstützung (inklusive Ablebensversicherung) als auch die Krankenunterstützung ein Deckungsstock angelegt werden. Diesbezüglich kann der Verwaltungsausschuss Richtlinien beschließen, welche von der Vollversammlung zu genehmigen sind.

i) Vermögen der Krankenversicherung

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

j) Rückstellung zur Darlehensabsicherung

Dieses Vermögen, welches den dreifachen Betrag der jeweils höchstmöglichen Darlehenssumme nicht übersteigen soll, dient ausschließlich zur Absicherung uneinbringlicher Darlehensforderungen.

§ 11a Vermögensverwaltung

(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 Ärztegesetz in folgenden Anlagekategorien zu veranlagen:

a) Verzinsliche Anlagen wie z.B.: fest und variabel verzinsten Wertpapiere; 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.

Verzinsliche Anlagen können je nach Eignung auch zu Bruchteilseigentum (z.B.: Wertpapierfonds) veranlagen 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 (z.B. Hedge Fonds) können insbesondere dann durchgeführt werden, wenn gegenüber den Anlagekategorien a bis c eine Ertrags und/oder Wertsteigerung erwartet werden kann. Jedes alternative Investment ist hinsichtlich seines Anteils am Gesamtvermögen vor allem unter Berücksichtigung der Veranlagungsstrategie und der Veranlagungssicherheit einer Anlagekategorie gemäß a bis c zuzuordnen.
- (2) 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.
- (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 zuzuordnen und somit die Einhaltung der Richtlinien zu gewährleisten. Ist ein Vermögenswert nicht eindeutig einer Anlagekategorie zuzuordnen (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 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. Der Risikokomponente ist dabei besonderes Augenmerk zu widmen.
- (6) 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. Er kann sich für seinen gesamten Tätigkeitsbereich von externen Fachpersonen bzw. -firmen beraten lassen.

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.

III. MITGLIEDER UND BEITRAGSPFLICHT

§ 12 Ordentliche Mitglieder

(1) Ordentliches Mitglied des Wohlfahrtsfonds ist jeder ordentliche Kammerangehörige, dessen Berufssitz (§ 45 Abs.2 Ärztegesetz / § 27 Zahnärztegesetz), Dienstort (§ 46 Ärztegesetz / § 28 Zahnärztegesetz) oder Wohnsitz (§ 47 Ärztegesetz / § 29 Zahnärztegesetz) im Bereich der Ärztekammer für Vorarlberg liegt, 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 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 Ärztegesetz zu behandeln.

(2) Jedes ordentliche Mitglied ist nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes und dieser Satzung während der Dauer seiner Mitgliedschaft zur Leistung der in der Beitragsordnung festgelegten Beiträge zum Wohlfahrtsfonds verpflichtet, sofern keine Befreiung, Ermäßigung oder Nachlass vorliegt, und wird dadurch anspruchsberechtigtes, ordentliches Mitglied am Wohlfahrtsfonds. 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 Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer für Vorarlberg und/oder der Landeszahnärztekammer für Vorarlberg.

(4) Der Anspruch auf Leistungen beginnt mit der Festsetzung des Umfanges des Fondsbeitrages und dessen Vorschreibung.

§ 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 Ärztegesetz und § 13, Abs. 1 Zahnärztekammergesetzes), die sich zur Leistung von Beiträgen freiwillig verpflichten und unmittelbar davor ordentliches Wohlfahrtsfondsmitglied waren;
- b) ehemalige ordentliche Mitglieder in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen.

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

(3) Der Antrag auf außerordentliche Mitgliedschaft am Wohlfahrtsfonds hat den gewünschten Leistungsanspruch zu enthalten. Der Leistungsanspruch soll in der Regel Grund- und Ergänzungsleistung nicht übersteigen. Der Aufnahmebescheid hat unter Bedachtnahme auf die vom außerordentlichen Mitglied angestrebten Leistungen des Wohlfahrtsfonds den nach der Beitragsordnung zu leistenden Beitrag anzuführen.

(4) Der Anspruch außerordentlicher Mitglieder auf Leistungen des Wohlfahrtsfonds beginnt mit dem Zeitpunkt der Bezahlung des im Aufnahmebescheid festgesetzten Fondsbeitrages.

(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 der Karenz, des Präsenz- oder Zivildienstes 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.

§ 14 Allgemeine Pflichten der Mitglieder

(1) Die Mitglieder der Wohlfahrtskasse sind insbesondere verpflichtet:

- a) die Aufnahme der ärztlichen, nicht aber der zahnärztlichen Tätigkeit im Kammerbereich der Ärztekammer für Vorarlberg rechtzeitig und sofort zu melden und die für die Beitrags- und Leistungsbemessung des Wohlfahrtsfonds notwendigen Angaben wahrheitsgemäß zu machen;

- b) die vorgeschriebenen Beiträge fristgerecht zu entrichten;
- c) den Wohlfahrtsfonds unaufgefordert von allen für dessen Wirken bedeutsamen Änderungen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Änderungen in der Berufstätigkeit sind innerhalb 14 Tagen, Veränderungen im Familienstande (Verhehlung, Scheidung, Geburt eines Kindes, Beginn oder Beendigung des Studiums, Todesfall usw.) binnen 4 Wochen nach Eintreten der Änderung, und zwar unter Vorlage der diesbezüglichen Standesausweise oder sonstiger Dokumente (Studienbestätigung und ähnliches) schriftlich bekannt zu geben;
- d) dem Wohlfahrtsfonds alle für dessen Wirken erforderlichen Anfragen unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Zeit zur Beantwortung kann befristet, Nichteinhaltung der Frist mit einer Ordnungsstrafe geahndet werden;
- e) dem Wohlfahrtsfonds auf begründetes Verlangen die erforderlichen Einkommens- und Vermögensnachweise vorzulegen.

(2) Empfänger von Unterstützungsleistungen nach § 107 Ärztegesetz (sonstige Unterstützungsleistungen) haben jede Änderung in ihren Familien, Einkommens- und Vermögensverhältnissen binnen 14 Tagen dem Wohlfahrtsfonds schriftlich anzuzeigen.

(3) Die Mitglieder des Wohlfahrtsfonds sind verpflichtet, sich einer vom Verwaltungsausschuss angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

(4) Verletzt ein Mitglied seine Verpflichtungen gegenüber dem Wohlfahrtsfonds, so gehen die Folgen (insbesondere Auswirkungen auf den Leistungsanspruch) grundsätzlich zu seinen Lasten. Zu Unrecht bezogene Leistungen können zur Rückzahlung vorgeschrieben werden.

§ 15 Allgemeine Pflichten der Landeszahnärztekammer

- (1) Die Landeszahnärztekammer ist verpflichtet
 - 1) der Ärztekammer die für die Verwaltung des Wohlfahrtsfonds erforderlichen Daten zu erheben und in der vom Verwaltungsausschuss festgelegten elektronischen Form zu übermitteln, sowie
 - 2) Auskünfte zu erteilen, soweit diese nicht vom betroffenen Kammerangehörigen selbst an die Ärztekammer übermittelt bzw. erteilt wurden, und
 - 3) der Ärztekammer die jederzeitige Einsichtnahme in die, sowie die kostenlose Herstellung von Abschriften aus den gemäß § 219 Ärztegesetz ausgefolgten Aufzeichnungen und Unterlagen zu gewähren.
- (2) Erforderliche Daten im Sinne des Abs. 1 Ziffer 1 sind insbesondere:
 - die in § 14 Zahnärztegesetz angeführten Daten,
 - der Familienstand des Mitgliedes und diesbezügliche Änderungen,

- den Namen und das Geburtsdatum des Ehepartners,
- den Namen und die Geburtsdaten der Kinder samt Zusatzangaben hinsichtlich derer 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 hat zusätzlich zur Kundmachung gemäß § 195 Abs. 2 Ärztegesetz ihre Kammerangehörigen über die Verordnungen des Wohlfahrtsfonds zu informieren.

§ 16 Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds endet:

- a) durch den Tod des Mitgliedes;
- b) im Falle der Befreiung nach § 112 Ärztegesetz, bzw. § 19 dieser Satzung;
- c) durch den Wegfall einer der in dieser Satzung festgelegten Voraussetzungen für die Mitgliedschaft; (insbesondere Streichung aus der Ärzte- bzw. Zahnärzteliste).
- d) durch die Verlegung des für die Zugehörigkeit maßgebenden Anknüpfungspunktes (Berufssitz, Dienstort oder Wohnsitz) in den Bereich einer anderen Ärztekammer bzw. Landeszahnärztekammer oder ins Ausland;
- 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 Altersversorgung;
- b) im Falle der Gewährung der Invaliditätsunterstützung.

(3) Verlegt ein Mitglied seinen Berufssitz dauernd (Dienstort, Wohnsitz) in den Bereich einer anderen innerstaatlichen Ärztekammer, so sind dessen bisher zum Wohlfahrtsfonds entrichtete Pflichtbeiträge 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 der Ärztekammer für Vorarlberg überwiesen wird (Prinzip der Gegenseitigkeit). Dabei sind Verbindlichkeiten an die Ärztekammer für Vorarlberg, 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 (Turnusarztes) zum Arzt für Allgemeinmedizin (approbierter Arzt) 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.

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

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

(7) Bei nicht dauernder Verlegung des Berufssitzes in den Bereich einer anderen Ärztekammer (z.B. im Falle einer Vertretung) kann das Mitglied über Ansuchen und im Einvernehmen mit der neu zuständig gewordenen Ärztekammer Mitglied des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg bleiben. In diesem Falle erfolgt keine Beitragsüberweisung. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall (Prinzip der Gegenseitigkeit) und ist mittels Bescheid festzustellen.

8) 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 entrichteten Pflichtbeiträge zur Altersversorgung (siehe Abs.5) in der Höhe von mindestens 70 %. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs.1 Zif.3 oder 6 des Ärztegesetzes, gebührt dieser Rückersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste erfolgt oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds besteht. Dabei sind Verbindlichkeiten an die Ärztekammer für Vorarlberg, 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 Beiträge ausbezahlt ist.

(9) Übt ein Arzt seinen Beruf im Bereich mehrerer innerstaatlicher Ärztekammern aus, so bleibt er Mitglied im Wohlfahrtsfonds jener Ärztekammer, in deren Bereich er sich zuerst niedergelassen hat. Nimmt er seine ärztliche Tätigkeit gleichzeitig im Bereich mehrerer Ärztekammern aus, so obliegt ihm die Wahl, zu welchem

Wohlfahrtsfonds er seine Beiträge leistet.

§ 17 Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum bzw. der Europäischen Gemeinschaft.

Wird ein Staatsangehöriger der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum bzw. der Europäischen Gemeinschaft Mitglied des Wohlfahrtsfonds, so hat für ihn diese Satzung und die Beitragsordnung ohne Einschränkung Gültigkeit.

§ 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 grundsätzlich bei einer ärztlichen Tätigkeit des Mitgliedes

a) als freipraktizierender Arzt (§ 45 Abs.2 Ärztegesetz / § 27 Zahnärztegesetz)

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 Ärztegesetz / § 28 Zahnärztegesetz)

- 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 Ärztegesetz / § 29 Zahnärztegesetz)

- 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;

- d) im Falle einer ärztlichen Tätigkeit als freipraktizierender und angestellter Arzt besteht die Beitragspflicht gemäß lit.a).

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

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

(3) Die Ärztekammer für Vorarlberg (Wohlfahrtsfonds) hat zur Versorgung (Krankenversicherung) der Kammerangehörigen und deren Mitglieder im Falle der Krankheit eine Vereinbarung (Gruppenkrankenversicherung) mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen (§ 106 Abs. 4 ÄG).

(4) Alle weiteren Regelungen sind in der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg festzulegen.

§ 18 a Sonderregelungen in der Krankenversicherung

(1) Freipraktizierende Ärzte und Wohnsitzärzte, deren Beitrag zur Krankenversicherung 18 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit übersteigt und die nicht Bezieher einer Altersversorgung des Wohlfahrtsfonds sind, werden über Antrag von der Krankenversicherung ausgenommen.
Die Ausnahme von der Krankenversicherung, die längstens für ein Kalenderjahr möglich ist, gilt ab dem Zeitpunkt (Monat) der Antragstellung. Ein Leistungsbezug im Kalenderjahr schließt eine Ausnahme von der Krankenversicherung für dieses Kalenderjahr aus.

(2) 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 Krankenversicherung versichert sind.

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

(4) Eine Befreiung von der Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Kammerangehörige für seine Angehörigen (Ehegatten, Kinder) nicht eine Krankenversicherung gemäß Abs. 2 nachweist.

(5) Ein von der Krankenversicherung befreites Mitglied hat jede Veränderung seines Krankenversicherungsstatus und desjenigen seiner Angehörigen (Ehegatten, Kinder) unverzüglich der Ärztekammer für Vorarlberg (Wohlfahrtsfonds) zu melden.

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

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

(8) Die Bestimmungen der Abs. 2 bis 7 gelten sinngemäß für die nachstehenden Personen, wenn diese zum Zeitpunkt des betreffenden Versorgungsbezuges (Altersversorgung usw.) in der Krankenversicherung des Wohlfahrtsfonds beitragspflichtig waren:

- a) Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung einschließlich deren Ehegatten und Kinder.
- b) Bezieher einer Witwen- oder Witwerversorgung einschließlich deren Kinder, denen eine Waisenversorgung gewährt wird, bzw. Bezieher einer solchen.

(9) Bei freiberuflich als Vertragsärzte der Vorarlberger Gebietskrankenkasse tätigen Mitgliedern des Wohlfahrtsfonds sind die von der Ärztekammer vorgeschriebenen Krankenversicherungsbeiträge von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse sowohl von den Vorschüssen als auch von der endgültigen Honorarabrechnung einzuheben.

Freiberuflich als Vertragsärzte der Sonderkrankenversicherungsträger oder freiberuflich ohne Kassenverträge (Wahlärzte) oder als Wohnsitzärzte tätige Mitglieder des Wohlfahrtsfonds haben für den Einbehalt der

Krankenversicherungsbeiträge durch die Ärztekammer einen Einziehungsauftrag bei ihrer Bank einzurichten.

Bei den in Abs. 7 genannten Personen wird der Krankenversicherungsbeitrag jeweils von der monatlichen Versorgungsleistung einbehalten.

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

§ 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 auf Antrag des Mitgliedes nach Billigkeit eine Ermäßigung oder in Härtefällen sogar ein Nachlass der Wohlfahrtsfondsbeiträge stattfinden. Die Höhe der Ermäßigung (Nachlass) richtet sich, soweit das Ermessen der Ärztekammer Platz greifen kann, nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Kammerangehörigen 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 € 90.001,- und € 100.000,- 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 berechnet.

b) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 80.001,- und € 90.000,- 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 berechnet.

c) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 70.001,- und € 80.000,- 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 berechnet.

d) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 60.001,- und € 70.000,- 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 berechnet.

(3) a) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 40.001,- und € 60.000,- 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 berechnet.

b) Die ordentlichen Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, deren jährliche Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zwischen € 20.001,- und € 40.000,- 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 berechnet.

(4) Bei nachgewiesenen jährlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit bis zu € 20.000,- 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 berechnet.

(5) Die in den Abs.2-4 festgelegten Eurobeträge sind für jedes Beitragsjahr um mindestens den Prozentsatz der Geldentwertung (z.B. Index des Landes Vorarlberg) wertmäßig anzupassen.

(6) Übt ein Kammerangehöriger eine Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs.2 Ärztegesetz / § 27 Zahnärztegesetz (freiberufliche ärztliche Tätigkeit) aus, dann kann ihm über Antrag der Beitrag für die Zusatzleistung (I-Konto) bis zu 90 % ermäßigt werden,

a) auf Dauer, wenn ihm insbesondere aufgrund eines kündbaren Dienstverhältnisses ein anderweitiger Ruhe(Versorgungs-)genuss bei einer öffentlich rechtlichen Versicherungsanstalt auf Höchstbemessungsgrundlage zusteht, oder

b) befristet, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse so gelagert sind, dass der in der Beitragsordnung festgelegte Beitrag unter Berücksichtigung einer standesgemäßen Lebensführung nicht zumutbar ist.

(7) Ordentlichen Mitgliedern kann der Beitrag für die Zeit einer gesetzlich geregelten Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit durch Präsenz- oder Zivildienst und Mutterschaft (Wochengeld, Karenz) bzw. Arbeitslosigkeit entsprechend der wirtschaftlichen Lage des Beitragspflichtigen ermäßigt bzw. 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 Beiträge gem. § 2 Abs. 2 der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds zu entrichten haben, kann über Antrag der Beitrag auf die Hälfte ermäßigt werden. In diesem Fall besteht für die Dauer der Ermäßigung ein Anspruch auf die halbe Grundleistung. Diesem Turnusarzt kann anstelle der Ermäßigung eine Überbrückung durch den Notstandsfonds im Sinne des § 31 Abs. 4 und 5 der Satzung des Wohlfahrtsfonds zugesprochen werden.

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

§ 21 Nachverrechnung 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 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 zur 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 Nachverrechnung der ermäßigten, nachgelassenen bzw. fehlenden Beiträge zumutbar ist. Die Nachverrechnung ist so zu bestimmen, dass die Summe der nachzuverrechnenden Anwartschaftspunkte mit dem jeweiligen Beitragspunktwert des

Nachverrechnungsjahres (Berechnungsgrundlage) zu vervielfachen ist.

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 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.

(2) Im einzelnen sind folgende Leistungen zu gewähren:

a) Versorgungsleistungen:

1. Altersversorgung
2. Invaliditätsversorgung
3. Kinderunterstützung
4. Witwen- und Witwerversorgung
5. Waisenversorgung
6. Hinterbliebenenunterstützung
7. Bestattungsbeihilfe

b) Unterstützungsleistungen

1. Krankenunterstützung
2. Sonstige Unterstützungen

(3) Die Höhe der jeweiligen Ansätze für Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ist aus der Anlage A zur Satzung des Wohlfahrtsfonds ersichtlich.

(4) Für den Fall, dass das beitragspflichtige Mitglied mit der Entrichtung des Wohlfahrtsfondsbeitrages in Verzug geraten ist, ist der unberechtigt aushaftende Beitragsteil auf die beanspruchten und gewährten Leistungen anzurechnen, wem immer diese Leistungen zustehen.

(5) Die in Abs.2 lit.a) Zif.1-5 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. Werden zu diesen Versorgungsleistungen sonstige Unterstützungen zugesprochen, so können diese sinngemäß mit den Versorgungsleistungen vierzehnmal jährlich gewährt werden.

(6) Erreichen die in Abs. 2 lit.a) Zif.1-5 aufgezählten Versorgungsleistungen weniger als ein Zehntel der in § 23 Abs. 2 angeführten Grundleistung, wird eine einmalige nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnete Kapitalabfindung vorgenommen.

§ 23 Altersversorgung

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

(2) Die Grundleistung wird, ausgehend von der Wirksamkeit der entsprechenden Bestimmungen des Ärztegesetzes, zum 1.1.2006 in der Höhe von € 775,60 monatlich unter Berücksichtigung der Beitragsdauer und der Beitragsleistung sowie des § 32 (Wertsicherung) der Satzung gewährt.

Pro Beitragsmonat werden 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 4.200 Punkte, besteht Anspruch auf die Grundleistung in voller Höhe, ansonsten ist der Anspruch auf die Grundleistung aliquot zu berechnen.

(3) Die Ergänzungsleistung beträgt unter Zugrundelegung einer Leistungszahl von 3.625 Prozentpunkten, das entspricht dem Staffelungsprozentsatz von 30 Beitragsjahren in der Beitragsordnung, zum 1.1.2006 € 789,90. Die Ergänzungsleistung wird unter Zugrundelegung der Leistungszahl berechnet. Kommt die errechnete Leistungszahl unter 3.625 Prozentpunkten zu liegen, so vermindert sich die Ergänzungsleistung von € 789,90 aliquot.

(4) Die Höhe der Zusatzleistung beträgt zum Stichtag (Anfallstag der Alters- oder Invaliditätsversorgung) monatlich 1 % der vom Mitglied bis einschließlich des Beitragsjahres 2004, sowie 0,857 % der ab dem Beitragsjahr 2005 hierfür insgesamt geleisteten Beiträge, zuzüglich des um die Zahl 7 verringerten Prozentsatzes des

jährlichen Nettozuwachses der Vermögenserträge des Deckungsstockes der Zusatzleistung während der Beitragszahlungen.

Die laufenden (ab Anfall der Alters- oder Invaliditätsversorgung) Zusatzleistungen können jeweils um den um die Zahl 4 verminderten Prozentsatz des jährlichen Nettozuwachses der Vermögenserträge des Deckungsstockes der Zusatzleistung zum Zeitpunkt des auf die Genehmigung des Jahresabschlusses nächstfolgenden Monats angeglichen werden. Kommt eine wesentlich unter dem Anpassungsfaktor gemäß § 32 Abs.1 liegende Wertanpassung zustande, kann nach Rücksprache mit dem Versicherungsmathematiker und unter Beachtung von § 11 Abs.2 eine Wertsicherung bis höchstens zur Höhe des Anpassungsfaktors vorgenommen werden.

(5) Die Altersversorgung wird mit Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt, wenn jegliche aufgrund von Kassen- und oder Dienstverträgen ausgeübte ärztliche Tätigkeit eingestellt und dies nachgewiesen wird.

(6) Hat ein Mitglied mit Vollendung des 65. Lebensjahres 4.200 Leistungspunkte in der Grundleistung bzw. 3.625 Leistungsprozentpunkte in der Ergänzungsleistung nicht erreicht, und übt es die ärztliche Tätigkeit weiter aus, so werden die auf die Grundleistung bzw. Ergänzungsleistung anzurechnenden Beiträge doppelt berechnet.

§ 24 Frühzeitige Altersversorgung

(1) Das Mitglied hat die Möglichkeit, die frühzeitige Altersversorgung ab dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch zu nehmen.

(2) Wird die frühzeitige Altersversorgung in Anspruch genommen, ergeben sich nachstehende 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 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.

(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 des § 23 dieser Satzung die Altersversorgung, ansonsten die Invaliditätsversorgung zu gewähren. Die Alters- oder Invaliditätsversorgung ist anstelle der Krankenunterstützung schon früher zu gewähren, wenn durch eine vertrauensärztliche Untersuchung festgestellt wird, dass eine dauernde Berufsunfähigkeit (Invalidität) vorliegt. Mit Erreichung des Anfallsalters für die Altersversorgung (§ 23 Abs.5 der Satzung) wird die Invaliditätsversorgung in die Altersversorgung übergeleitet.

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

a) Grundleistung:

- a.a) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung vor dem vollendeten 60. Lebensjahr, gebührt die Grundleistung auf Basis der Leistungszahl 4.200.
- a.b) Wird die Invaliditätsversorgung (Stichtag) nach dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, wird die Grundversorgung auf Basis der Leistungszahl 4.200 mit dem jeweiligen Anspruchsatz gemäß § 24 Abs.2 (frühzeitige Altersversorgung) berechnet.

b) Ergänzungsleistung:

- b.a) Wird die Invaliditätsversorgung (Stichtag) nach dem vollendeten 35. Lebensjahr und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt jener Betrag, welcher der Ergänzungsleistung mit einer Leistungszahl von 2.624,50 Prozentpunkten entspricht.
- b.b) Wird die Invaliditätsversorgung (Stichtag) nach dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, erfolgt die Berechnung derselben auf Basis des zum Stichtag errechneten Leistungsprozentsatzes unter Anwendung des Anspruchsatzes gemäß § 24 Abs.2 (frühzeitige Altersversorgung).

c) Zusatzleistung:

- c.a) Wird die Invaliditätsversorgung vor dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt die gemäß § 23 Abs.4 festgelegte Zusatzleistung.
- c.b) Wird die Invaliditätsversorgung nach dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt der Anspruchsatz gemäß § 24 Abs.2 (frühzeitige Altersversorgung) von der gemäß § 23 Abs.4 errechneten Zusatzleistung.

(5) Ergeben sich für das Mitglied aufgrund der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung nach dem vollendeten 60. Lebensjahr finanzielle Härten, so können diese über begründeten Antrag vom Notstandsfonds ausgeglichen werden. Bei der Beurteilung der finanziellen Härten sind auch die Vermögensverhältnisse des Mitgliedes zu berücksichtigen.

§ 26 Kinderunterstützung

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

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

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

(4) Die Kinderunterstützung beträgt 15 % der Altersversorgung.

(5) Als Kinder im Sinne des Abs.1 gelten die ehelichen Kinder, die außerehelichen Kinder, für die gesetzliche Unterhaltspflicht besteht, die legitimierten und die Wahlkinder bis zur Volljährigkeit, sofern sie - ausgenommen die Regelung nach Abs.2 lit.a) - ständig in der Hausgemeinschaft des Empfängers leben oder sich nur vorübergehend wegen Heilbehandlung zeitweilig außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten; eheliche Kinder auch dann, wenn sie sich nach Scheidung (Trennung) der Ehe außerhalb der Hausgemeinschaft des Empfängers aufhalten, - alle diese, wenn sie vom Empfänger überwiegend erhalten werden müssen.

§ 27 Witwen- bzw. Witwerversorgung

(1) Nach dem Tode eines Mitgliedes (Kammerangehöriger oder Empfänger einer

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. Die vierzehnmals jährlich ausbezahlte Witwen-(Witwer-)versorgung darf in der Jahressumme nicht höher sein als der laut eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zustehende Unterhalt in Jahressumme.

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 Witwen-(Witwer-)versorgung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte gegen das verstorbene Mitglied an seinem Sterbetag Anspruch gehabt hat, es sei denn,

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

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

(4) Die Witwen-(Witwer-)versorgung und die Versorgung des früheren Ehegatten dürfen zusammen den in Abs. 6 festgelegten Anspruch nicht übersteigen. Der Versorgungsanspruch von Witwe (Witwer) und früherer(m) Ehegatte(n) ist im gleichen Verhältnis zu teilen. 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 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 festgesetzten Voraussetzungen.

(2) Die Waisenversorgung beträgt

- a) für jede Halbwaise 15 %,
- b) für jede Vollwaise 30 %

der 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 Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen.

(4) Die Waisenversorgung ist rechnerisch getrennt von einer Witwen-(Witwer-)versorgung zu gewähren.

§ 29 Hinterbliebenenunterstützung, Bestattungsbeihilfe

(1) Beim Tode eines Mitgliedes (Kammerangehöriger oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) ist die Hinterbliebenenunterstützung und/oder die Bestattungsbeihilfe 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 in gemeinsamem Haushalt mit dem verstorbenen Mitglied gelebt haben.

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 Mitglied gelebt haben. Das selbe gilt für einen anderen Zahlungsempfänger, sofern das verstorbene Mitglied 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) Zusätzlich kommt im Rahmen der Hinterbliebenenunterstützung die Ablebensversicherung zur Auszahlung unter der Voraussetzung, dass ein verheiratetes Mitglied vor dem vollendeten 55. Lebensjahr verstirbt. In diesem Fall besteht Anspruch auf einen in der Anlage A zu dieser Satzung festgesetzten Eurobetrag

- a) für das verstorbene verheiratete Mitglied und
- b) pro ehelichem Kind unter der Voraussetzung, dass dieses Anspruch auf Waisenversorgung gemäß § 28 Abs.1 hat.

(4) Auf die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe haben, sofern das verstorbene Mitglied 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 (das sind Kinder ohne Rücksicht auf das Lebensalter).
- c) sonstige gesetzliche Erben.

Auf die im Rahmen der Hinterbliebenenunterstützung auszahlende Ablebensversicherung haben nacheinander Anspruch:

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

(5) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs. 4 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. 4 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.

(8) Die Hinterbliebenenunterstützung und die Bestattungsbeihilfe wird nur nach Deckung bestehender offener Beitrags- oder Darlehensschulden und sonstiger Verpflichtungen gegenüber der Ärztekammer ausbezahlt.

§ 30 Krankenunterstützung

(1) Mitgliedern, die zur Krankenunterstützung beitragspflichtig sind, und die durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen Beruf auszuüben, wird eine einmalige Krankenunterstützung gewährt.

(2) Im Falle der Hausbehandlung wird über Antrag die Krankenunterstützung in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen (z.B. bei einer Unterversorgung) auch dann gewährt, wenn während der Dauer der Berufsunfähigkeit durch Personen gemäß § 49 Abs.2 und 3 des Ärztegesetzes / § 24 Abs. 2 und 3 Zahnärztegesetz zulässige Leistungen erbracht und verrechnet werden.

(3) Im Falle der Hausbehandlung von weniger als vier Wochen wird die einmalige Krankenunterstützung ab dem vierten, sonst ab dem ersten Krankheitstag berechnet und gewährt.

(4) 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 berechnet werden.

(5) Die Krankenunterstützung für Kuraufenthalte kann nur ausnahmsweise und auf die Dauer von höchstens 28 Tage nach einer schweren, insbesondere lebensbedrohenden Erkrankung (z.B. Herzinfarkt) einmal gewährt werden, wenn der Kuraufenthalt zur völligen Wiederherstellung der Berufsfähigkeit notwendig ist.

(6) Im Falle einer notwendigen stationären Krankenhausbehandlung wird die Krankenunterstützung bis zu 28 Tage, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen bis höchstens zu 180 Tage innerhalb eines Jahres, gerechnet vom Tag der Krankenhausaufnahme an, gewährt.

(7) 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.

(8) Die Krankenunterstützung beträgt in jedem Fall pro Tag 13,5 % der

Grundleistung (Leistungszahl 4.200) in der Altersversorgung zuzüglich 3 % pro unversorgtem Kind (Gemeint sind Kinder im Sinne des § 26 dieser Satzung), höchstens jedoch 25 % der monatlichen Grundleistung in der Altersversorgung.

(9) Über die Krankenunterstützung hinausgehende durch Krankheit oder Unfall entstandene Kosten werden nach Maßgabe der erweiterten Krankenversicherung gem. § 18 a Abs. 1 durch den jeweiligen Krankenversicherer abgegolten.

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

§ 30 a Krankenversicherung:

Der Versicherungsschutz umfasst

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

jeweils gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustaggeldversicherung (AVB 1995 / in der geltenden Fassung) der Merkur AG sowie der besonderen Versicherungsbedingungen des Tarifs „VAEK“.

§ 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 Mitglieder, an Hinterbliebene nach Mitgliedern, die mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben, sowie an geschiedene Ehegattinnen von Mitgliedern 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 Mitgliedern (Kammerangehörige bzw. Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) und Waisen (§ 28) nach Maßgabe der Familieneinkommens- und Vermögensverhältnisse gewährt werden.

(4) Für Mitglieder können insbesondere zur Überbrückung der Sicherstellung ihres Leistungsanspruches bei wirtschaftlicher Hilfsbedürftigkeit Beiträge zur Grundleistung und zur Ergänzungsleistung im Sinne einer Zwischenfinanzierung übernommen und der Grund- und Ergänzungsleistung zugeführt werden in folgenden Fällen:

- a) bei unverschuldetem, wirtschaftlich bedingtem Notstand (z.B. Anträge auf Ermäßigung oder Nachlass, auf Stundung usw.);
- b) bei Bezug der Krankenunterstützung (Mutterschutz, Karenz);

- c) bei Ableistung des ordentlichen Präsenzdienstes bzw. des Zivildienstes;
- d) bei Arbeitslosigkeit.

(5) Zwischenfinanzierungen gemäß Abs.4 können nur über Antrag des Mitgliedes und nur für den Fall gewährt werden, dass die Mittelaufbringung durch den Notstandsfonds zeitlich befristet und die Rückzahlung durch den Antragsteller innert nützlicher Frist glaubhaft gemacht wird.

Bei nicht fristgerechter Rückzahlung hat der Verwaltungsausschuss zu entscheiden, ob die der Grund- und Ergänzungsleistung zugeführten Beiträge an den Notstandsfonds bei entsprechender Leistungsverminderung für das Mitglied zurückzuüberführen sind oder dem Mitglied aus sozialen Erwägungen nachgelassen werden.

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

(7) Der Verwaltungsausschuss hat mit zwei Drittel der anwesenden Mitglieder Richtlinien über die Vergabe von Mitteln aus dem Notstandsfonds zu beschließen. Diese Richtlinien treten mit der Genehmigung durch die Vollversammlung in Kraft.

§ 32 Wertsicherung

(1) Die Grundleistung wird in ihrem Werte unter Bedachtnahme auf § 98 Abs. 7 Ärztegesetz von der erweiterten Vollversammlung in Anlehnung an den Verbraucherindex des Amtes der VlbG. Landesregierung (1986/Monat September) durch einen Anpassungsfaktor gesichert.

(2) Die Wertsicherung gilt grundsätzlich auch für alle übrigen Leistungen des Wohlfahrtsfonds und kann nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit desselben vorgenommen werden. Unter denselben Voraussetzungen können die Leistungen des Wohlfahrtsfonds auch über die Wertsicherung hinaus dynamisiert werden.

(3) Der Zeitpunkt der Wertsicherung bzw. Dynamisierung von Leistungen des Wohlfahrtsfonds ist der 1. Jänner eines jeden Jahres.

§ 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 für Vorarlberg 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) Antragsteller können sich durch eigenberechtigte Personen vertreten lassen, die sich durch eine schriftliche Vollmacht ausweisen müssen.

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

§ 35 Anbringen

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

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

(3) Ansuchen um Krankenunterstützung sind innerhalb eines Jahres, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen bis zu einem Zeitraum von maximal 3 Jahren 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 allmonatlich vorzulegen, es sei denn, die Beendigung der Berufsunfähigkeit ist bereits ausgewiesen.

(4) Beschwerden und Eingaben können nur schriftlich, mit Telefax oder mit Email eingebracht oder im Kammeramt zu Protokoll gegeben werden.

(5) Über das mündliche Anbringen ist eine Niederschrift zu verfassen, die von dem die Amtshandlungen leitenden Organ und vom Antragsteller zu unterfertigen ist.

(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 können Ansuchen um Befreiung auch rückwirkend stattgegeben werden.

(7) Ansuchen um Ermäßigung 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 können Ansuchen um Ermäßigung rückwirkend (auch für die dem laufenden Beitragsjahr vorangegangenen Kalenderjahre) stattgegeben werden.

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

(8) Ansuchen um außerordentliche Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds gemäß § 13 bzw. um Weiterverbleib gemäß § 16 Abs. 6 und 7 der Satzung 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 auch rückwirkend, stattgegeben werden.

§ 36 Aktenvermerke

Amtliche Wahrnehmungen und Mitteilungen, die telefonisch zugehen, ferner mündliche Mitteilungen, sind in einem Aktenvermerk kurz festzuhalten, der vom Organ oder vom zuständigen Funktionär der Ärztekammer durch Beisetzung von Datum und Unterschrift zu bestätigen ist.

§ 37 Akteneinsicht

(1) Den Gesuchstellern und ihren Vertretern ist Einsicht in Akten oder Aktenteile zu gestatten.

(2) Ausgenommen hievon sind Beratungsprotokolle, Erledigungsentwürfe und sonstige Schriftstücke, die für den Antragsteller nicht von begründetem Interesse sind.

(3) Gegen die Verweigerung der Akteneinsicht ist kein Rechtsmittel zulässig.

§ 38 Erledigung von Ansuchen (Anträgen) um Leistung

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

(2) Der Bescheid über die Erledigung hat neben den gesetzlichen Erfordernissen insbesondere die Höhe, Dauer und Auszahlungsart der gewährten Leistung zu enthalten.

(3) Vor der Fassung des dem Erledigungsbescheid zugrundeliegenden Beschlusses des Verwaltungsausschusses ist ein Ermittlungsverfahren durchzuführen. Hierbei hat sich der Antragsteller über Verlangen vertrauensärztlich untersuchen zu lassen. Die Weigerung, sich einer solchen Untersuchung zu unterziehen, hat die Zurückweisung des Ansuchens (Antrages) zur Folge. Die Kosten dieser Untersuchung trägt der Wohlfahrtsfonds.

(4) Ist ein Mitglied trotz Mahnung für mehr als sechs Monate mit der Beitragszahlung in Verzug, dann sind Ansuchen um Leistungen zurückzuweisen. Bei anderem Verzug ist die bewilligte Leistung zur Deckung der aushaftenden Beiträge heranzuziehen.

(5) Wenn der Nachweis entsprechender wirtschaftlicher Verhältnisse erbracht wird, können für Beitragsnachzahlungen angemessene Ratenzahlungen bewilligt werden. Aushaftende Beiträge sind mit dem jeweils vom Verwaltungsausschuss festgelegten Zinssatz für Darlehen zu verzinsen (§ 11 Abs.4).

(6) Wiederkehrende Leistungen sind ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Ansuchens beim Wohlfahrtsfonds nächstfolgenden Monatsersten oder, wenn die Einreichung auf einen Monatsersten fällt, ab diesem Tage 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 nicht erfüllt, so ist im Falle der Gewährung einer Leistung der dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzung folgende Monatserste im vorstehenden Sinne als Beginn der Leistungsgewährung zuzuerkennen.

(7) Einmalige Leistungen sind innert vier Wochen ab Rechtskraft des Bescheides, einmalige Leistungen für den Krankheitsfall vorschussweise monatlich im nachhinein, andere laufende Leistungen monatlich im vorhinein anzuweisen. Die Anweisung erfolgt grundsätzlich unmittelbar an den Berechtigten oder seinen ausgewiesenen Vertreter.

(8) Die Überweisung des Leistungsbetrages hat ausschließlich auf ein vom Antragsteller zu bezeichnendes Konto oder mittels Postzahlungsauftrages 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 laufenden Leistungen sind verpflichtet, ohne besondere 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. Der Leistungsempfänger bzw. dessen Erben haben das Empfangene zu ersetzen, wenn

der Bezug durch bewusst unwahre Behauptungen oder durch Verschweigen maßgeblicher Tatsachen herbeigeführt wurde.

§ 40 a) Inhalt und Form der Bescheide

(1) Jeder Bescheid ist ausdrücklich als solcher zu bezeichnen und hat den Spruch und die Rechtsmittelbelehrung zu enthalten.

(2) Die Bescheide sind dann zu begründen, wenn dem Standpunkt des Antragstellers nicht voll Rechnung getragen wird.

§ 40 b) Unterfertigung

Bescheide und Beschlüsse des Verwaltungsausschusses sind vom Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses zu zeichnen. Finanzielle Angelegenheiten (insbesondere Vermögensverwaltung, Liegenschaften etc.) sind vom Finanzreferenten, dem Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses und dem Präsidenten zu zeichnen.

Für schriftliche Erledigungen gilt im Übrigen sinngemäß § 18 Abs. 4 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz in der jeweils geltenden Fassung. Damit bedürfen schriftliche Erledigungen, die mittels automatisationsunterstützter Datenverarbeitung erstellt worden sind oder die telegraphisch, fernschriftlich, mit Telefax, im Wege automatisationsunterstützter Datenübertragung oder in jeder anderen technisch möglichen Weise übermittelt werden, weder einer Unterschrift noch einer Beglaubigung.

§ 41 Rechtsmittel

Gegen die Bescheide des Verwaltungsausschusses ist in bestimmten Fällen ein Berichtigungsantrag und allgemein das Rechtsmittel der Beschwerde gemäß § 6 (Beschwerden) zulässig.

§ 42 Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung

(1) Leistungen können, soweit dies gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, ausgenommen die Besicherung von Darlehen gegenüber dem Wohlfahrtsfonds durch Anspruch auf Hinterbliebenenunterstützung, an dritte Personen nicht abgetreten oder verpfändet werden.

(2) Falls Schuldbeträge der Leistungsberechtigten gegenüber der Ärztekammer oder dem Wohlfahrtsfonds aushaften, sind diese auf die zuerkannte Leistung anzurechnen.

VI. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

§ 43 Wirksamkeitsbeginn

(1) Die Satzung tritt mit 1.7.2006 in Kraft.

(2) Die in der Kammervollversammlung am 19.06.2006 beschlossenen Bestimmungen zu den §§ 18 Abs. 1 lit.f, Abs. 2 lit a.f und Abs. 2 lit c.f, 18 a und 30 a treten mit 1.1.2007 in Kraft.

(3) Die in der Kammervollversammlung am 18.12.2006 beschlossenen Bestimmungen zu den §§ 18 a, 20 Abs. 10, 30 a und 44 Abs. 20 treten mit 1.1.2007 in Kraft.

§ 44 Übergangsbestimmungen

(1) Alle bis zur außerordentlichen Vollversammlung der Ärztekammer für Vorarlberg 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 dieser Satzung 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 geltendgemachte Ansprüche werden ausschließlich nach der jeweils gültigen Satzung beurteilt.

(9) Die Änderungen der §§ 5 Abs. 9, 20 Abs. 7, 31 Abs. 4 lit. b und 44 Abs. 7 durch Beschluss der Vollversammlung vom 20.12.1993 treten vorbehaltlich einer Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde rückwirkend mit dem 1.1.1994 in Kraft.

(10) 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).

(11) 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.

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

(13) Die in § 12 Abs. 1 enthaltene Bestimmung hinsichtlich der Zugehörigkeit in einem Zweig eines gesetzlich vorgeschriebenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer und Selbständige (Leistungen bei Invalidität, Alter oder Hinterbliebene) in einem anderen Mitgliedsstaat des europäischen Wirtschaftsraumes oder in der schweizerischen Eidgenossenschaft werden mit dem Zeitpunkt der Einbindung der österreichischen Wohlfahrtsfonds in die EU Verordnung 1408/71 wirksam.

(14) 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.

(15) Über Anträge an den Wohlfahrtsfonds, die vor dem 31. 12. 2004 gestellt wurden, ist nach der bis zum 31. 12. 2004 geltenden Satzung zu entscheiden. Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung in die Ärzteliste eingetragen war.

(16) Die Bestimmung gemäß § 19 Abs. 3 dieser Satzung hinsichtlich der gänzlichen Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds aufgrund des Nachweises über einen zumindest annähernd gleichwertigen Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)Genuss aufgrund der Zugehörigkeit zu einem berufsständischen Versorgungswerk im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum tritt mit 1. 1. 2005 in Kraft.

(17) Die Bestimmungen des § 221 des Ärztegesetzes i.d.F.d. 7. Novelle sind auf diese Satzung sinngemäß anzuwenden.

(18) 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 (siehe § 16 Abs. 5) in der Höhe von mindestens 70 %. Erfolgte die Streichung gemäß § 59 Abs.1 Zif.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 für Vorarlberg, 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 ausbezahlt ist.

(19) Das Ermittlungsverfahren zur erstmaligen Feststellung der Krankenversicherungspflicht ab 1.1.2007 ist im zweiten Halbjahr 2006 durchzuführen.

(20) Von Personen mit einer privaten Krankenversicherung, die zum 1.1.2007 in die Pflichtkrankenversicherung des Wohlfahrtsfonds einbezogen werden, wird bis zum jeweiligen Kündigungszeitpunkt (längstens bis zum 31.12.2007) keine Prämie unter nachstehenden Voraussetzungen eingehoben:

1. Eine außerordentliche Kündigungsmöglichkeit auf Grund der Einbeziehung in eine Pflichtkrankenversicherung ist bei der privaten Krankenversicherung nicht vorgesehen.
2. Die Kündigung und der Kündigungszeitpunkt wird dem Wohlfahrtsfonds nachgewiesen.
3. Im Leistungsfall wird der private Krankenversicherer die Leistungen im Rahmen der besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung, Tarif VAEK 2007, übernehmen.
4. Sind die obgenannten Bedingungen eingehalten, kommt der gegenständliche Rückversicherungs- und Kooperationsvertrag subsidiär zur Anwendung, d.h., allfällige Differenzkosten aus einem derartigen Versicherungsfall werden (auch

ohne Rückversicherungsprämie) übernommen.

(21) Die Aufteilung der Gesamterträge des Wohlfahrtsfonds gemäß § 10 Abs. 5 lit. a - c der Satzung ist ab dem Jahresabschluss 2006 anzuwenden.

(22) § 11 Abs. 2 lit. i) tritt am 1.1.2007 in Kraft.