

BEITRAGSORDNUNG

des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg
(Stand 01.01.2014)

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Beitragspflicht

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

§ 1a Begriffsbestimmungen

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

§ 2 Arten der Beiträge

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

(2) Der Beitrag zur Grundleistung wird als ermäßigter Erfordernisbeitrag von allen als Ausbildungsärzten (Turnusärzten, Ärzten für Allgemeinmedizin und approbierten Ärzten in Ausbildung zum Facharzt) in einem Wohlfahrtsfonds einer Ärztekammer eingestufteten Mitgliedern, sofern diese keine freipraktizierende ärztliche Tätigkeit (§ 45 Abs 2 ÄrzteG/§ 27 ZÄG) ausüben bzw. es sich nicht um eine Ausbildung zu einem Zusatzfach handelt, bis längstens für 6 Jahre dieser Einstufung, als Erfordernisbeitrag von allen angestellten Ärzten und Wohnsitzärzten, sowie als Höchstbeitrag (Erfordernisbeitrag zuzüglich eines Solidarbeitrages zur Abgeltung des Ausfalls aufgrund der Einhebung des ermäßigten Erfordernisbeitrages von den Ausbildungsärzten) von allen freipraktizierenden Ärzten, Primärärzten und Departementleitern eingehoben.

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

Weiters werden nur jene Beitragsleistungen eines endabzurechnenden Jahres diesem angerechnet, welche bis längstens 30. Juni des laufenden Jahres beim Wohlfahrtsfonds eingelangt sind.

§ 3 Höhe der Beiträge

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

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

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

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

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

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

<u>Lebensjahr</u>	<u>Staffelungsprozentsatz</u>	<u>Summe in Prozent</u>
36.-40.	25 %	25% x 5 = 125 %
41.-45.	50 %	50% x 5 = 250 %
46.-50.	100 %	100% x 5 = 500 %
51.-55.	150 %	150% x 5 = 750 %
56.-65.	200 %	200% x 10 = 2000 %
Summe nach 30 Jahren =		3625 %

(6) Der Beitrag zur Zusatzleistung errechnet sich aus dem Jahreshöchstbeitrag aller Beiträge zur Altersversorgung (das sind Grund-, Ergänzungs- und Zusatzleistung) abzüglich des Grund- und Ergänzungsleistungsbeitrages (inkl. allfälliger Zuschläge nach § 3 Abs 7) und darf die Gesamtsumme aller Beitragszugänge zur Zusatzleistung nicht überschreiten.

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

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

Diese Zuschläge begründen keine Anrechnung von Anwartschaften.

(8) In der Krankenversicherung sind die Beiträge für das Mitglied und seine Angehörige (Ehegatten, Kinder) entsprechend dem Eintrittsalter festzusetzen und richten sich nach der Anlage B.

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

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

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

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

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

§ 4 Beitragsjahr

Das Beitragsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

II. VERFAHRENSBESTIMMUNGEN

§ 5 Vorschreibung und Einhebung der Beiträge

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

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

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

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

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

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

(7) Bei freipraktizierenden Ärzten mit kurativem VGKK-Vertrag sind die von der Ärztekammer vorgeschriebenen Beiträge von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse sowohl von den Vorschüssen als auch von der endgültigen Honorarabrechnung einzuheben und personenbezogen längstens bis zum 15. Tag nach Fälligkeit der Honorarzahlung an die Ärztekammer abzuführen.

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

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

(10) Freipraktizierende Ärzte ohne kurativen VGKK-Vertrag und Wohnsitzärzte können bis 30. April des dem Beitragsjahr folgenden Jahres unter Vorlage der vom Verwaltungsausschuss verlangten Unterlagen die endgültige Festsetzung der Beiträge zur Altersversorgung unter sinngemäßer Anwendung von § 2 Abs 3 beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht oder verspätet gestellt, gilt der vorgeschriebene Beitrag als endgültiger Fondsbeitrag.

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

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

(13) Die auf gesamtvertraglichen Vereinbarungen basierenden Zuwendungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbah-

nen und Bergbau an den Wohlfahrtsfonds sind insgesamt auf den Deckungsstock der Zusatzleistung anzurechnen.

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

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

§ 6 Rückständige Beiträge /Aufrechnung

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

(2) Der Rückstandsausweis hat zu enthalten:

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

(3) Für die weitere Mahnung wird ein Verwaltungskostenbeitrag von € 15,- eingehoben, für den Rückstandsausweis von € 30,-. Weiters werden ab Ende der Zahlungsfrist der zweiten Mahnung Verzugszinsen ab dem Tag der Fälligkeit der Schuld vorgeschrieben. Die Höhe der Verzugszinsen beträgt 8 % (§ 93 ÄrzteG). Der Verwaltungsausschussvorsitzende kann in begründeten Fällen im Einvernehmen mit dem Finanzreferent von der Einhebung der Verwaltungskostenbeiträge und der Verzugszinsen absehen.

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

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

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

§ 6a Zustellung von Dokumenten:

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

§ 7 Befreiung, Ermäßigung, Nachlass, Stundung, Ratenzahlung

(1) Für die Befreiung, die Ermäßigung und den Nachlass von Beiträgen finden die Bestimmungen der Satzung Anwendung.

(2) Wenn der Nachweis entsprechender wirtschaftlicher Verhältnisse erbracht wird, können für Beitragszahlungen angemessene Ratenzahlungen bzw. Stundungen mit Bescheid bewilligt werden. Solcherart aushaftende Beiträge sind mit dem jeweils vom Verwaltungsausschuss festgelegten Zinssatz für Darlehen zu verzinsen.

(3) Stundungen oder Ratenzahlungen werden grundsätzlich nur für das jeweilige Beitragsjahr bewilligt, es sei denn der Verwaltungsausschuss beschließt im Einzelfall abweichendes.

(4) Abs 1 bis 3 sind auf die Krankenversicherung nicht anwendbar; für die Befreiung von der Krankenversicherung finden die Bestimmungen der Satzung Anwendung.

§ 8 Nachzahlung von Beiträgen

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

§ 8 a Anrechnung von Überstellungsbeträgen

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

III. BESONDERE BESTIMMUNGEN

§ 9 Zuordnung der Beiträge zu den Leistungsarten

(1) Für die einzelnen Leistungen besteht Beitragspflicht gemäß den Bestimmungen der Satzung.

(2) Die Grundleistung wird mindestens 35 Jahre lang bis zur Erreichung von höchstens 4200 Leistungspunkten vorgeschrieben, die Ergänzungsleistung mindestens 30 Jahre lang bis höchstens zur Erreichung von 3625 Leistungsprozentpunkten, die Zusatzleistung wird unter Beachtung des Jahreshöchstbeitrags gemäß Anlage B bis zur Gesamtsumme aller Beitragszugänge gemäß Anlage B vorgeschrieben.

(3) Wird die Zahl von 4200 Leistungsprozentpunkten in der Grundleistung erreicht, werden

- a) bei den Wohnsitzärzten keine weiteren Beiträge zur Altersversorgung eingehoben;
- b) bei den angestellten Ärzten der Erfordernisbeitrag zur Grundleistung in jenem Ausmaß der Ergänzungsleistung zugerechnet, bis die Höchstsumme der für das jeweilige Lebensalter erreichbaren Leistungsprozentpunkte in der Ergänzungsleistung erreicht sind; wobei mit dem Erreichen von 3.625 Leistungsprozentpunkten in der Ergänzungsleistung keine weiteren Beiträge zur Altersversorgung eingehoben werden; für Primärärzte und Departementleiter gilt Abs 3 lit c erster Satz;
- c) bei den freipraktizierenden Ärzten der Erfordernisbeitrag zur Grundleistung vorgeschrieben und in jenem Ausmaß der Ergänzungsleistung zugerechnet, bis die Höchstsumme der für das jeweilige Lebensalter erreichbaren Leistungsprozentpunkte in der Ergänzungsleistung erreicht wird.

Wird die Höchstsumme der für das jeweilige Lebensalter erreichbaren Leistungsprozentpunkte in der Ergänzungsleistung erreicht, wird der vorgeschriebene Erfordernisbeitrag zur Grundleistung unter Beachtung der maximal möglichen Zusatzleistungsgesamtsumme gemäß Anlage B der Zusatzleistung zugerechnet.

Wird die Höhe der Gesamtsumme aller Beitragszugänge zur Zusatzleistung gemäß Anlage B erreicht, werden keine weiteren Beiträge zur Altersversorgung eingehoben.

Die Beitragsvorschrift zur Ergänzungsleistung wird in der Regel mit Vollendung des 65. Lebensjahres, bzw. wenn noch offene Ergänzungsleistungspunkte vorhanden sind, unter Beibehaltung der 200 % Einstufung (Stufe 5) und allenfalls mit zweckgewidmeter Zuteilung der Grundleistung zur Ergänzungsleistung bis spätestens aber mit dem Erreichen von 3.625 Leistungsprozentpunkten eingestellt; (Ausnahme § 44 Abs 3 und 4 der Satzung).

(4) Werden zu geringe Beiträge geleistet, werden sie auf die einzelnen Leistungsarten gleichmäßig aufgeteilt. Liegen Rückstände in den einzelnen Leistungsarten vor, entscheidet der Verwaltungsausschuss über die Anrechnung von laufenden Beiträgen.

(5) Entsteht die Mitgliedschaft gemäß den §§ 12 oder 13 der Satzung wieder, ohne dass die Wohlfahrtsfondsbeiträge gemäß § 115 Ärztegesetz rückerstattet bzw. überstellt wurden, sind die damit verbundenen Ansprüche vollständig zu reaktivieren.

§ 10 Wirksamkeitsbeginn

Diese Beitragsordnung tritt am 1.1.2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Beitragsordnung außer Kraft.

§ 11 Übergangsbestimmungen

(1) Angestellte Ärzte, welche am 1.1.1993 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, haben auf Antrag Anspruch auf Befreiung vom Beitrag zur Ergänzungsleistung, wenn sie in Hinblick auf die Vollendung des 65. Lebensjahres einen gleichwertigen anderweitigen Anspruch (ausgenommen gesetzliche Sozialversicherungspension) auf ein Altersversorgung bzw. die Invaliditätsversorgung nachweisen können. Angestellte Ärzte, welche am 1.1.1993 das 50. Lebensjahr vollendet hatten, haben auf Antrag Anspruch auf Befreiung vom Beitrag zur Ergänzungsleistung. Diese Befreiungen sind endgültig.

(2) Mitglieder des Wohlfahrtsfonds, die am 1.1.1993 das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, leisten ab diesem Zeitpunkt die Beiträge zur Ergänzungsleistung in der gleichen Höhe wie Mitglieder des Wohlfahrtsfonds zwischen dem 35. und dem vollendeten 40. Lebensjahr.

(3) Wurden vor Inkrafttreten der Beitragsordnung am 1.1.1993 Zuschläge zur Grund- und Ergänzungsleistung zwecks vorzeitiger Inanspruchnahme der Altersversorgung geleistet, werden diese auch weiterhin unter Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs vorgeschrieben.

(4) Wer 1992, also vor Inkrafttreten der neuen Satzung bzw. 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. Diese Befreiung gilt rückwirkend zum 1.1.1993.