

# Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds

Die Erweiterte Kammervollversammlung hat am 13.12.2010 beschlossen:

Die Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg wird wie folgt geändert:

## 1. Dem § 4 wird folgender Abs. 4 angefügt:

(4) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, sind die jährlichen Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit einschließlich der den Geschäftsanteilen an Gruppenpraxen entsprechenden Anteilen am Umsatz zu verstehen. Näheres wird in der Beitragsordnung festgelegt.

## 2. § 9 Abs. 5 lautet:

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

Unabhängig von den Überprüfungen durch den Prüfungsausschuss hat eine zusätzliche, den jährlichen Rechnungsabschluss des Wohlfahrtsfonds betreffende Prüfung durch außenstehende, gesetzlich befugte Prüfungsorgane (z.B. Wirtschaftstreuhänder) stattzufinden. Der Prüfbericht ist so rechtzeitig zu erstellen, dass der Prüfungsausschuss zeitgerecht vor seiner Überprüfung des Rechnungsabschlusses Einsicht nehmen kann. Der Prüfungsausschuss ist berechtigt, den Prüfbericht des Prüfungsorganes seinem schriftlichen Bericht zugrunde zu legen. Das Prüfungsorgan wird über Beschluss der Erweiterten Vollversammlung bestellt. Vor dessen Beauftragung sind mindestens 3 Angebote einzuholen. Eine Beauftragung kann für längstens 3 Jahre durch die Erweiterte Vollversammlung erfolgen. Eine neuerliche Beauftragung desselben Prüfungsorganes für längstens 3 weitere Jahre durch die Erweiterte Vollversammlung ist möglich, sofern dieses Prüfungsorgan neuerlich als Bestbieter hervorgeht.

## 3. § 16 Abs. 8 lautet:

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 tatsächlich zum Zeitpunkt der Bewilligung des Antrages entrichteten Pflichtbeiträge zur Altersversorgung (siehe Abs.5) in der Höhe von mindestens 70 %.

Hinsichtlich allfälliger zum Zeitpunkt der Bewilligung des Antrages ausstehender Beiträge zum Wohlfahrtsfonds erlischt die Beitragsverpflichtung und die damit verbundenen Leistungsansprüche. Allfällige im Zusammenhang mit ausstehenden Beiträgen entstandene Kosten (z.B. Mahnspesen, Exekutionskosten und dergleichen) sowie Verbindlichkeiten gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg sind direkt vom bewilligten Rückersatz in Abzug zu bringen. 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 zwischenzeitig 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 auszuführen ist.

4. § 18 a Abs. 3 und 4 lauten:

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

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

5. § 18 a Abs. 7 lautet:

(7) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 6 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.

6. § 23 Abs. 4 und 5 lauten:

(4) Die Höhe der Zusatzleistung beträgt zum Stichtag (Anfallstag der Alters- oder Invaliditätsversorgung) monatlich 1 % der vom Mitglied bis einschließlich des Beitragsjahres 2004 und monatlich 0,857 % der vom Mitglied bis einschließlich des Beitragsjahres 2010 bezahlten Beiträge. Ab dem Beitragsjahr 2011 werden zum Stich-

tag die für das jeweilige Lebensjahr einbezahlten Beiträge mit dem in der nachstehenden Staffelung bestimmten Prozentsatz verrentet.

<u>Lebensjahr:</u>	<u>Verrentung:</u>
bis 30.	1,20 %
ab 31. – 35.	1,10 %
ab 36. – 40.	0,95 %
ab 41. – 45.	0,80 %
ab 46. – 50.	0,70 %
ab 51. – 55.	0,60 %
ab 56. – 60.	0,50 %
ab 61.	0,40 %

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

(5) In der Zusatzleistung (Kapitaldeckungsverfahren) werden die Versorgungsleistungen gemäß § 22 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 bis 5 um 1 Prozent (Pensionssicherungsbeitrag) pro Jahr solange reduziert, bis die versicherungsmathematische erforderliche Deckung erreicht ist und in weiterer Folge auf dieser Basis fortgeschrieben. Die erweiterte Vollversammlung hat nach Einholung von mindestens einem versicherungsmathematischen Gutachten festzustellen, ob die versicherungsmathematisch erforderliche Deckung erreicht ist.

7. Die bisherigen Abs. 5 und 6 des § 23 werden zu Abs.6 und 7.

8. § 25 Abs. 4 und 5 lauten:

(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 56. Lebensjahr, gebührt die Grundleistung auf Basis der Leistungszahl 4.200.
- a.b) Liegt der Stichtag der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung ab dem vollendeten 56. und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr, gebührt die Grundleistung auf Basis der Leistungszahl 4.200 unter Anwendung der nachstehenden Anspruchsprozentsätze (abhängig vom Lebensalter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung):
  - vor Vollendung 57. Lebensjahr: 94,5%;
  - vor Vollendung 58. Lebensjahr: 89,0%;
  - vor Vollendung 59. Lebensjahr: 83,4%;
  - vor Vollendung 60. Lebensjahr: 77,9%.

- a.c) Wird die Invaliditätsversorgung (Stichtag) ab 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 56. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt jener Betrag, welcher der Ergänzungsleistung mit einer Leistungszahl von 2.624,50 Prozentpunkten entspricht.
- b.b) Wird die Invaliditätsversorgung ab dem vollendeten 56. und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, sind auf jenen Betrag, welcher der Ergänzungsleistung mit einer Leistungszahl von 2.624,50 Prozentpunkten entspricht, je nach Lebensalter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung die nachstehenden Anspruchsprozentsätze anzuwenden:  
vor Vollendung 57. Lebensjahr: 94,5%;  
vor Vollendung 58. Lebensjahr: 89,0%;  
vor Vollendung 59. Lebensjahr: 83,4%;  
vor Vollendung 60. Lebensjahr: 77,9%.  
Liegt zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung aufgrund der bereits erworbenen Anwartschaften eine höhere Leistungszahl als 2.624,50 Prozentpunkte vor, ist diese als Basis für die Anwendung der oben angeführten Anspruchsprozentsätze heranzuziehen.
- b.c) Wird die Invaliditätsversorgung (Stichtag) ab 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 56. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt die gemäß § 23 Abs.4 festgelegte Zusatzleistung.
- c.b) Wird die Invaliditätsversorgung ab dem vollendeten 56. und vor dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt die gemäß § 23 Abs. 4 festgelegte Zusatzleistung unter Anwendung nachstehender Anspruchsprozentsätze (abhängig vom Lebensalter zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung):  
vor Vollendung 57. Lebensjahr: 94,5%;  
vor Vollendung 58. Lebensjahr: 89,0%;  
vor Vollendung 59. Lebensjahr: 83,4%;  
vor Vollendung 60. Lebensjahr: 77,9%.

- c.c) Wird die Invaliditätsversorgung ab dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen, gebührt der Anspruchszatz 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 ab dem vollendeten 56. 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.

9. § 27 Abs. 4 lautet:

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

10. § 38 Abs. 4 lautet:

(4) Ist ein Mitglied trotz Mahnung für mehr als sechs Monate ab Fälligkeit der Beitragsvorschreibung(en) mit der Beitragszahlung in Verzug, sind Anträge auf Versorgungsleistungen gemäß § 22 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 – 5 auf Basis der vom Mitglied tatsächlich zum Zeitpunkt des Einlangens des Antrages einbezahlten Beiträge (bestehende Anwartschaften) zu berechnen und zur Auszahlung zu bringen. Hinsichtlich der ausstehenden Beiträge erlischt die Beitragsverpflichtung und die damit verbundenen Leistungsansprüche. Allfällige im Zusammenhang mit ausstehenden Beiträgen entstandene Kosten (z.B. Mahnspesen, Exekutionskosten und dergleichen) sowie Verbindlichkeiten gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg sind direkt vom bewilligten Rückersatz in Abzug zu bringen.

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

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

Auf diese Bestimmung sind insbesondere die Regelungen des § 6 der Beitragsordnung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg anzuwenden.

11. § 40 b) lautet:

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.

Ausfertigungen, die mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung erstellt worden sind, bedürfen weder einer Unterschrift noch einer Beglaubigung und gelten, wenn sie weder eine Unterschrift noch eine Beglaubigung aufweisen als durch das Organ genehmigt, von dem die Ausfertigung stammt. Diese Bestimmung gilt auch für die vor ihrem Inkrafttreten hergestellten Ausfertigungen.

12. Dem § 43 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

(4) Die §§ 4 Abs. 4, 9 Abs. 5, 16 Abs. 8, 18a Abs. 3, 4 und 7, 23 Abs. 4, 6 und 7, 25 Abs. 4 und 5, 27 Abs. 4, 38 Abs. 4, 40 b) sowie 44 Abs. 23 gemäß Beschluss der Erweiterten Vollversammlung vom 13.12.2010 treten am 1.1.2011 in Kraft.

(5) § 23 Abs. 5 gemäß Beschluss der Erweiterten Vollversammlung vom 13.12.2010 tritt am 1.1.2012 in Kraft, wenn die Erweiterte Vollversammlung bis spätestens 31.12.2011 nach Einholung eines zweiten versicherungsmathematischen Gutachtens die Unterdeckung der Zusatzleistung festgestellt hat.

13. Dem § 44 wird folgender Abs. 23 angefügt:

(23) Wer zum 31.12.2010 zur Zusatzleistung beitragspflichtig war, kann zur Vermeidung von Härten bis spätestens 31.12.2011 einen Antrag auf Einmalzahlung zur Ergänzung des aufgrund der alterstgestaffelten Verrentung gemäß § 23 Abs. 4 (fiktiv) berechneten Leistungsanspruches zum vollendeten 65. Lebensjahr stellen. Die Berechnung hat auf Basis der für das Jahr 2011 gültigen Anlage B der Beitragsordnung zu erfolgen.

Der Verwaltungsausschuss hat Richtlinien, die insbesondere die Berechnungsgrundlagen, Beitragsanrechnung und Zahlungsmodalitäten beinhalten, auszuarbeiten und der Erweiterten Kammervollversammlung bis spätestens 30.06.2011 zur Beschlussfassung vorzulegen.

Anträge auf Einmalzahlung sind erst ab Inkrafttreten der Richtlinien zu bearbeiten.