



Ärztekammer für Oberösterreich

Satzung der Wohlfahrtskasse ab 01.02.2023

Gemäß § 80 b Z. 1 Ärztegesetz 1998

Satzung der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich

Allgemeine Bestimmungen	Seite
I. Wesen und Umfang der Wohlfahrtseinrichtungen	
§ 1 Umfang der Wohlfahrtseinrichtungen	4
§ 2 Wesen und Zweck der Wohlfahrtskasse	4
§ 3 Die Wohlfahrtskasse	5
§ 4 Gliederung der Wohlfahrtskasse	5
II. Verwaltung der Wohlfahrtskasse	
§ 5 Verwaltungsausschuss	6
§ 7 Erweiterte Vollversammlung	9
§ 9 Überprüfungsausschuss	11
§ 10 Administration -- Buchhaltung - Deckung der Erfordernisse	11
III. Mitglieder der Wohlfahrtskasse	
§ 11 Ordentliche Mitgliedschaft	14
§ 12 Außerordentliche Mitglieder	14
§ 12 a Weitere Anspruchsberechtigte	15
§ 13 Allgemeine Pflichten der Mitglieder	15
§ 14 Ende der Mitgliedschaft	16
IV. Leistungen der Wohlfahrtskasse	
§ 15 Umfang und Ausmaß der Leistungen	19
§ 15a Wertanpassung der Leistungen	19
V. Verfahrensvorschriften	
§ 16 Ansuchen um Leistungen	21
§ 17 Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung	22
§ 18 Zustellungen	23
VI. Bedeckung der Leistungen	
§ 20 Aufbringung der Mittel	24
§ 21 Fondsbeiträge	24
§ 22 Befreiung von der Beitragspflicht	25
§ 23 Vermögen der Wohlfahrtskasse	26

Besondere Bestimmungen	Seite
VII. Unterstützungsabteilung - Abteilung I	
§ 24 Allgemeines und Gliederung	28
§ 25 Krankenunterstützung	28
§ 26 Krankengeldhilfe	29
§ 27 Krankenpflegehilfe	32
§ 28 Pflichten der Empfänger von Krankenunterstützungen	35
§ 29 Notstandshilfe	36
§ 30 Notstandshilfeleistungen	37
VIII. Versorgungsabteilung - Abteilung II	
§ 31 Allgemeines und Gliederung	39
§ 32 Mitglieder der Versorgungsabteilung	
Laufende Beiträge und Nachzahlungen	40
§ 33 Alters-, vorzeitige Alters- und Invaliditätsversorgung	43
§ 33 a Pension Plus	46
§ 34 Witwen- Und Witwerversorgung	47
§ 35 Kinderunterstützung und Waisenversorgung	49
§ 35 a Gemeinsame Bestimmungen für die Alters-, vorzeitige Alters-, Invaliditäts-, Witwen und Witwer- sowie Waisenversorgung und Kinderunterstützung	50
§ 35 b Hinterbliebenenunterstützung	51
§ 36 Bestattungsbeihilfe	52
§ 37 Anpassung der Leistungen der Versorgungsabteilung und Angleichung der Beiträge	52
IX. Schlussbestimmungen	
§ 38 Übergangsbestimmungen	54
§ 39 Wirksamkeitsbeginn	59
X. Anhänge	
Anhang 1 Pensionsanpassung in der Grundversorgung	65
Anhang 2 Pensionsberechnung und Pensionsanpassung in der ZV II ab dem 01.02.2023	72
Anhang 3 Gruppeneinteilung in der Zusatzversorgung I	77

Allgemeine Bestimmungen

I. Wesen und Umfang der Wohlfahrtseinrichtungen

§ 1 Umfang der Wohlfahrtseinrichtungen

- (1) Die Ärztekammer für Oberösterreich betreibt im Sinne der §§ 66 Abs. 2 Z. 6 und 96 bis 116 a Ärztegesetz 1998 in der jeweils geltenden Fassung, den Wohlfahrtsfonds (kurz "Wohlfahrtskasse" genannt).
- (2) Die Wohlfahrtskasse dient der Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen, ehemaligen Kammerangehörigen im Sinne des § 97 Z. 4 Ärztegesetz 1998, deren Hinterbliebenen sowie der Familienangehörigen von Kammerangehörigen.
Zu den Mitgliedern der Wohlfahrtskasse zählen auch die der Landes Zahnärztekammer Oberösterreich zugeordneten Kammermitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer, ausgenommen die Angehörigen des Dentistenberufes. (§ 96 Abs. 2 Ärztegesetz 1998)
- (3) Die Wohlfahrtskasse ist eine Einrichtung der Ärztekammer für Oberösterreich und besitzt keine eigene Rechtspersönlichkeit. Sie hat ihren Sitz im Ärztehaus, Linz, Dinghoferstraße 4.
- (4) Jeder Kammerangehörige hat im Sinne des § 70 Abs. 4 des Ärztegesetzes 1998 aufgrund dieser Satzung Anspruch auf die Leistung der Wohlfahrtskasse.

§ 2 Wesen und Zweck der Wohlfahrtskasse

Die Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für OÖ ist eine auf dem Gedanken der beruflichen Solidarität und der kollegialen Hilfsverpflichtung beruhende Einrichtung. Sie hat den Zweck und die Aufgabe, die im § 1 angeführten Versicherten nach den Bestimmungen dieser Satzung für den Fall von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter, sowie für den Fall des Ablebens eine ausreichende und wertbeständige Versorgung zu sichern und unverschuldet in Not geratene zu unterstützen.

§ 3 Die Wohlfahrtskasse

- (1) Aus den Mitteln der Wohlfahrtskasse sind
 - a) Unterstützungsleistungen
 - b) Versorgungsleistungennach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren.
- (2) Die Mittel der Wohlfahrtskasse bilden ein zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer.

§ 4 Gliederung der Wohlfahrtskasse

- (1) Die Wohlfahrtskasse gliedert sich in
 - die Unterstützungsabteilung (Abteilung I)
 - und in
 - die Versorgungsabteilung (Abteilung II).
- (2) Die Unterstützungsabteilung der Wohlfahrtskasse gewährt Krankenunterstützung und sonstige Unterstützungsleistungen (z.B. Notstandshilfe).
- (3) Die Versorgungsabteilung der Wohlfahrtskasse gewährt folgende Leistungen:
 - a) Altersversorgung,
 - b) Invaliditätsversorgung,
 - c) Pension Plus
 - d) Kinderunterstützung,
 - e) Witwen- und Witwerversorgung,
Versorgung des eingetragenen Partners
 - f) Waisenversorgung und
 - g) Todesfallbeihilfe.

II. Verwaltung der Wohlfahrtskasse

§ 5 Verwaltungsausschuss

- (1) Die Verwaltung der Wohlfahrtskasse ist von der Verwaltung des übrigen Kammervermögens getrennt zu führen und obliegt unbeschadet der Bestimmungen der §§ 80 bis 81 Ärztegesetz 1998 und der §§ 6 und 7 dieser Satzung dem Verwaltungsausschuss.
- (2) Der Verwaltungsausschuss besteht aus
- dem Präsidenten,
 - dem Finanzreferenten (stellvertretenden Finanzreferenten) der Ärztekammer,
 - einem Mitglied des Landesvorstandes der jeweiligen Landes Zahnärztekammer,
 - aus mindestens drei weiteren Mitgliedern der Erweiterten Vollversammlung, von denen mindestens einer ein Zahnarzt sein muss sowie
 - mindestens einem von der erweiterten Vollversammlung bestellten Bezieher einer Alters- oder ständigen Invaliditätsversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds. Wenn mehr als ein Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung bestellt werden, ist mindestens ein pensioniertes Mitglied der Zahnärztekammer zu nominieren.

Im Bedarfsfalle können bei Sitzungen des Verwaltungsausschusses für bestimmte Angelegenheiten sachkundige Personen beigezogen werden.

Bei Bedarf kann vom Verwaltungsausschuss in der konstituierenden Sitzung ein Veranlagungsausschuss für die jeweilige Funktionsperiode eingerichtet werden, der den Verwaltungsausschuss in Veranlagungsfragen berät.

- (3) Die Zahl der weiteren Mitglieder wird von der Erweiterten Vollversammlung festgesetzt. Die Mitglieder werden für die Dauer ihrer Funktionsperiode
- hinsichtlich der zahnärztlichen Vertreter von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes bestellt und
 - hinsichtlich der übrigen Mitglieder von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerräte der Ärztekammer auf Vorschlag des Kammervorstandes nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes gewählt (§ 113 Abs. 2 Ärztegesetz 1998).

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

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

- (4) Die von der erweiterten Vollversammlung zu Mitgliedern des Verwaltungsausschusses bestellten Bezieher einer Alters- oder ständigen Invaliditätsversorgung sind berechtigt, an den Sitzungen mit Antragsrecht, jedoch ohne Stimmrecht, teilzunehmen.
- (5) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte mit absoluter Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Wird bei der ersten Wahl des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters keine absolute Mehrheit der gültigen Stimmen erzielt, so findet eine engere Wahl statt. In diese kommen jene beiden Personen, die bei der ersten Wahl die meisten Stimmen erhalten haben. Soweit bei der ersten Wahl mehrere Personen gleich viele Stimmen erhalten haben, entscheidet das Los, wer von ihnen in die engere Wahl kommt. Ergibt sich auch bei der engeren Wahl Stimmgleichheit, so hat ebenfalls das Los zu entscheiden. Die Bestimmungen des § 83 Abs. 10 sind sinngemäß anzuwenden. Der Vorsitzende (Stellvertreter) hat die Geschäfte nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses zu führen (§ 113 Abs. 3 Ärztegesetz 1998).
- (6) Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Verwaltung der Wohlfahrtskasse mit Ausnahme der in die Zuständigkeit des Vorstandes oder der Erweiterten Vollversammlung der Ärztekammer (§§ 6 und 7) fallenden Obliegenheiten. Zu seinen Aufgaben gehört insbesondere die Beschlussfassung über:
 - a) Ansuchen um Aufnahme als außerordentliche Mitglieder gemäß § 12 dieser Satzung (§ 110 Ärztegesetz 1998);
 - b) Ansuchen um Ermäßigung oder ratenweise Zahlung, Stundung und Nachlass;
 - c) Ansuchen auf Gewährung von Leistungen und Unterstützungen aus der Notstandshilfeabteilung (Abt. 1 b);
 - d) Fortbestand der Voraussetzungen für gewährte Leistungen und Unterstützungen;
 - e) Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht (§ 112 Ärztegesetz 1998);
 - f) Erstellung von Richtlinien betreffend die Veranlagung des für die Wohlfahrtskasse bestimmten Kapitalvermögens;

- g) Die Ausarbeitung von Vorschlägen an die Vollversammlung betreffend Änderungen der Satzung und der Beitragsordnung der Wohlfahrtskasse sowie die Berichterstattung an den Kammervorstand;
 - h) Die Ermittlung des Anpassungsfaktors für die Fondsbeiträge und für die Leistungen gemäß § 108 Abs. 2 Ärztegesetz 1998, wobei die diesbezüglichen Richtlinien der Österr. Ärztekammer gemäß § 108 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 herangezogen werden können;
 - i) die Verwaltung der Liegenschaften der Wohlfahrtskasse
 - j) die Beschlussfassung über Höhe, Laufzeit und Zinsfuß für Darlehen an Kammerangehörige bzw. an deren Familienangehörige im Sinne der §§ 22 Abs. 2 und 30 dieser Satzung;
 - k) die Vorbereitung der sonstigen der Erweiterten Vollversammlung oder dem Kammervorstand gemäß §§ 6 und 7 vorbehaltenen Angelegenheiten.
- (7) Die Sitzungen des Verwaltungsausschusses werden vom Vorsitzenden (Stellvertreter) - ausgenommen in dringenden Fällen - mindestens 8 Tage vorher einberufen und von ihm geleitet. Über die Sitzungen ist ein Beschlussprotokoll zu führen. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.
- (8) Die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Beschlussfähigkeit liegt vor, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist.
- (9) In dringenden Fällen, insbesondere bei Gefahr in Verzug, können die Geschäfte gemeinsam vom Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, dem Präsidenten und dem Finanzreferenten sowie dem Mitglied des Landesvorstandes der OÖ Landeszahnärztekammer gemäß Absatz 2 wahrgenommen werden. Für deren Wirksamkeit ist es erforderlich, dass sie einstimmig und im Sinne der Antragstellung beschlossen werden. Diese sind unverzüglich auf die Tagesordnung des nächsten Verwaltungsausschusses zu stellen.
- (9a) Der Verwaltungsausschuss kann aus Gründen der Effizienz Entscheidungen an einzelne seiner Mitglieder oder an geeignete Mitarbeiter des Kammeramtes delegieren. Er hat anlässlich des Delegierungsbeschlusses genau den Umfang der Delegation (vor allem Wertgrenzen, bis zu der die Delegation erfolgt), sowie

festzulegen, inwieweit und in welchem Zeitraum der Verwaltungsausschuss von auf Grundlage der Delegation gefassten Beschlüssen zu informieren ist.

- (9b) Hat der Verwaltungsausschuss über den Abschluss eines privatrechtlichen Vertrags zu beschließen, sind alle Hauptvertragspunkte zu berichten und zu beschließen. Geschäftsunterlagen (zB Vertragsentwürfe, Ausschreibungsunterlagen) werden nur über Verlangen eines stimmberechtigten Mitglieds vorgelegt.
- (10) Gegen die Beschlüsse des Verwaltungsausschusses steht, soweit es sich um Angelegenheiten der Hoheitsverwaltung handelt, den Betroffenen das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu.
- (11) bis (13) (aufgehoben)
- (14) Die Verständigung der Antragsteller erfolgt, ausgenommen bei der Beantragung von Leistungen im Sinne des § 16, in Form eines informativen Schreibens durch das Kammeramt, welches auch die Protokollnummer des Verwaltungsausschusses zum Inhalt haben muss. Der Antragsteller ist auf das Recht zur Ausstellung eines Bescheides hinzuweisen, gegen den die entsprechenden Rechtsmittel eingebracht werden können.

§ 6 Kammervorstand (aufgehoben)

§ 7 Erweiterte Vollversammlung

- (1) In den Wirkungsbereich der Erweiterten Vollversammlung fallen alle Angelegenheiten, die ihr auf Grund des Ärztegesetzes 1998 zustehen, insbesondere;
 - a) Erlassung der Satzung und deren Änderung;
 - b) die Festlegung der Zahl der weiteren Mitglieder des Verwaltungsausschusses
 - c) die Nominierung von drei Rechnungsprüfern und deren Stellvertreter
 - d) die Erlassung einer Beitragsordnung zur Wohlfahrtskasse und deren Änderung
 - e) die Festsetzung des Anpassungsfaktors (Leistungsfaktors) für die Leistungen (§ 15) und des Angleichungsfaktors (Beitragsfaktors) für die Fondsbeiträge (§ 21) der Satzung

- f) die Beschlussfassung über den vom Verwaltungsausschuss vorgelegten Jahresvoranschlag und den Rechnungsabschluss sowie die Entlastung des Verwaltungsausschusses
 - g) die Festsetzung der Tarife für die Krankenpflegehilfe;
 - h) die Beschlussfassung in Angelegenheiten, die auf Grund der Bestimmungen des Ärztegesetzes oder dieser Satzung in die Zuständigkeit eines anderen Organs fallen, aber der Erweiterten Vollversammlung von den zuständigen Organen übertragen werden.
 - i) die Bestellung von zumindest zwei Beziehern einer Alters- oder ständigen Invaliditätsversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu Mitgliedern der erweiterten Vollversammlung, wobei diese berechtigt sind, an den Sitzungen der erweiterten Vollversammlung mit Antragsrecht, jedoch ohne Stimmrecht teilzunehmen
 - j) die Bestellung von zumindest einem Mitglied aus dem Personenkreis gemäß lit. j) zum Mitglied des Verwaltungsausschusses. Wenn mehr als ein Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung bestellt werden, ist mindestens ein pensioniertes Mitglied der Zahnärztekammer zu nominieren.
- (2) Beschlüsse über die Erlassung oder Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds sowie Beschlüsse gemäß Abs. 1 lit. e) und f) können nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen gültigen Stimmen bei Anwesenheit von mindestens zwei Dritteln der Kammerräte gefasst werden. Der Antrag auf Erlassung einer Änderung der Satzung des Wohlfahrtsfonds ist so rechtzeitig einzubringen, dass der Verwaltungsausschuss spätestens zwei Wochen vor Beschlussfassung durch die erweiterte Vollversammlung die Möglichkeit hat, eine der Vollversammlung vorzulegende Stellungnahme zu beschließen.
- (3) Die übrigen Beschlüsse nach Abs. 1 werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Kammerräte gefasst.
- 4) Die Funktionsdauer der gemäß Abs. 1 lit. b) und c) gewählten Mitglieder ist dieselbe wie die der Kammerräte, die der Rechnungsprüfer und deren Stellvertreter gemäß § 114 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 jeweils ein Jahr.

§ 8 Beschwerdeausschuss (entfällt ab 2014)

§ 9 Überprüfungsausschuss

- (1) Die Geschäftsführung der Wohlfahrtskasse ist von einem Überprüfungsausschuss mindestens einmal jährlich zu überprüfen.
- (2) Der Überprüfungsausschuss besteht aus drei Rechnungsprüfern, von denen für die Dauer eines Jahres
 - einer von der zuständigen Landes Zahnärztekammer nach den Bestimmungen des Zahnärztekammergesetzes zu bestellen ist und
 - die beiden anderen von der Vollversammlung aus dem Kreis der Kammerangehörigen der Ärztekammer nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes zu wählen sind.Für jeden Rechnungsprüfer ist ein Stellvertreter zu wählen. Die Rechnungsprüfer und ihre Stellvertreter dürfen dem Verwaltungsausschuss nicht angehören.
- (3) Dem Überprüfungsausschuss obliegt es, die Gebarung der Wohlfahrtskasse an Hand der Bücher und Rechnungsbelege mindestens einmal jährlich zu überprüfen und darauf Bedacht zu nehmen, dass die Ausgaben durch Beschlüsse der zuständigen Organe gedeckt sind. Der Überprüfungsausschuss ist berechtigt, in alle Bücher und Belege Einsicht zu nehmen und zu seiner Unterstützung mit Zustimmung des Kammervorstandes gerichtlich beeidete Buchsachverständige beizuziehen. Er erstattet dem Kammervorstand und der Erweiterten Vollversammlung einen schriftlichen Bericht und beantragt anlässlich des Jahresabschlusses die Entlastung des Verwaltungsausschusses oder ihre Verweigerung.

§ 10 Administration - Buchhaltung - Deckung der Erfordernisse

- (1) Die administrativen Arbeiten der Wohlfahrtskasse werden durch das Kammeramt besorgt.
- (2) Über die Einnahmen und Ausgaben der Wohlfahrtskasse ist unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der doppelten Buchhaltung gesondert von dem übrigen Kammervermögen Buch zu führen. Die einzelnen Leistungs- und Unterstützungsarten sowie Beiträge sind im Rechnungsabschluss auszuweisen. Die Verrechnungsüberschüsse bzw. Abgänge und bestehende Reserven sind pro Abteilung in der Bilanz auszuweisen.

- (3) Die Erträge aus dem Vermögen der Wohlfahrtskasse fließen entsprechend dem Kapital der einzelnen Abteilungen bzw. deren Zweige der Wohlfahrtskasse diesen anteilmäßig zu, sofern die Satzung nicht anderes regelt.
- (4) Die Beiträge und das Kapital der einzelnen Abteilungen bzw. deren Zweige sind im Sinne dieser Satzung zu verwenden.
- (5) Die ausreichende Deckung der Grund- und Zusatzversorgung ist in Zwischenräumen von längstens fünf Jahren, die der Krankenunterstützung und der Notstandshilfe bei Bedarf durch einen Sachverständigen zu überprüfen.
- (5a) Die infolge einer festgestellten Unterdeckung bestehenden Voraussetzungen für die Einhebung eines Pensionssicherungsbeitrages sind jährlich durch eine versicherungsmathematische Stellungnahme zu überprüfen und gegebenenfalls das weitere Vorliegen der Unterdeckung festzustellen.
- (6) Sofern das Kapital des Fonds der Notstandshilfe den Wert von EUR 3 Mio. übersteigt, wird dieses zur Ausfinanzierung der Leistungsansprüche gemäß § 31 Abs. 2 lit. c verwendet.
- (7) Die Leistungen der Deutschen Ärzteversicherung werden als Ersatz der Leistungen der Wohlfahrtskasse als Beiträge für die Abteilung Grundversorgung verwendet.
- (8) Nach Schluss des Rechnungsjahres, das mit dem Kalenderjahr zusammenfällt, hat der Verwaltungsausschuss den Jahresbericht, bestehend aus Tätigkeitsbericht, Rechnungsabschluss und Vermögensnachweis zu verfassen. Der Tätigkeitsbericht hat insbesondere alle statistischen Daten zu enthalten, die für die versicherungstechnische Überprüfung und die Erstellung versicherungsmathematischer Gutachten erforderlich sind.
- (9) Der Jahresbericht ist so rechtzeitig fertig zu stellen, dass er nach Prüfung durch den Prüfungsausschuss mit seinem schriftlichen Bericht im Wege des Kammervorstandes bis spätestens 30. Juni der Vollversammlung zur Genehmigung vorgelegt werden kann.

- (10) Die mit dem Betrieb der Wohlfahrtskasse verbundenen Verwaltungskosten sind von dieser aufzubringen, zu ihrer Deckung werden 2,71 % der in einem Kalenderjahr vorgeschriebenen Beiträge zur Wohlfahrtskasse – ausgenommen zur PensionPlus+ - verwendet. Die Verwaltungskosten zum Fonds der PensionPlus+ betragen 0,92 % der Beiträge. Die Vorschreibung erfolgt einmalig mit dem Zeitpunkt der ersten Pensionsleistung, der Kapitalrückzahlung gemäß § 33 a oder der Beendigung der Mitgliedschaft gem. § 14 Abs. 2 lit. a)

- (11) Genehmigungsberechtigter im Sinne des § 18 Abs. 3 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG) ist der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, im Verhinderungsfall der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsausschusses. Diese können ihre Genehmigungsbefugnisse schriftlich an einen Kammermitarbeiter übertragen.

- (12) Beiträge gemäß § 12 Abs. 5 und Abs. 6 der Beitragsordnung der Wohlfahrtskasse sind als zweckgebundenes Sondervermögen zu führen.

III. Mitglieder der Wohlfahrtskasse

§ 11 Ordentliche Mitgliedschaft

- (1) Ordentliches Mitglied der Wohlfahrtskasse ist jeder Arzt und Zahnarzt, der nach § 109 ÄrzteG zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für OÖ beitragspflichtig ist.
- (2) Jedes ordentliche Mitglied der Wohlfahrtskasse ist nach Maßgabe der Bestimmungen des Ärztegesetzes und dieser Satzung während der Dauer seiner Mitgliedschaft zur Leistung der in der Beitragsordnung festgesetzten Beiträge zur Wohlfahrtskasse verpflichtet (§ 109 Abs. 1 Ärztegesetz 1998), sofern es nicht aufgrund der Bestimmungen dieser Satzung hiervon teilweise oder ganz befreit wird. Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen. Diese Verpflichtung zur Entrichtung aushaftender Beiträge besteht auch nach Beendigung der Kammerzugehörigkeit.
- (3) Die Pflicht zur Mitgliedschaft in der Wohlfahrtskasse beginnt mit der Anmeldung als ordentlicher Kammerangehöriger (§ 68 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 oder § 11 ZÄG). Bei der Anmeldung zur Wohlfahrtskasse sind die Formblätter vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen und unterfertigt zu retournieren.
- (4) Mit dem Beginn der ordentlichen Mitgliedschaft erwirbt das Mitglied den Anspruch auf Leistungen der Wohlfahrtskasse nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Satzung.

§ 12 Außerordentliche Mitglieder

- (1) Bezieher von Leistungen der Wohlfahrtskasse sind, sofern sie nicht ordentliche Mitglieder nach § 11 sind, außerordentliche Mitglieder der Wohlfahrtskasse.
- (2) Als außerordentliche Mitglieder können überdies Personen vom Verwaltungsausschuss über Antrag aufgenommen werden, um in den Genuss der Leistungen der Wohlfahrtskasse zu gelangen. Die Bewilligung einer außerordentlichen Mitgliedschaft nach Abs. 2 kann vom Ergebnis einer vertrauensärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.

- (3) Die außerordentliche Mitgliedschaft nach Abs. 2 muss innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der ordentlichen Kammermitgliedschaft beantragt werden und beginnt mit dem der Beendigung der ordentlichen Kammermitgliedschaft folgenden Tag. Sie kann nur zu den Fonds bewilligt werden, in denen unmittelbar vor Beginn der außerordentlichen Mitgliedschaft als ordentliches Mitglied Beiträge entrichtet wurden. In besonders berücksichtigungswürdigen Fällen kann ein Versicherungsschutz mit Ruhen der Beiträge oder ohne Beitragsleistung vom Verwaltungsausschuss bewilligt werden. Wird ein Ruhen der Beiträge bewilligt, müssen die Beiträge bei Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung nachbezahlt werden.
- (4) Sowohl die außerordentliche Mitgliedschaft nach Abs. 1 als auch Abs. 2 kann vom Mitglied jederzeit durch schriftliche Erklärung beendet werden. Die außerordentliche Mitgliedschaft endet mit dem letzten Tag des Monats in dem die schriftliche Erklärung einlangt.

§ 12 a Weitere Anspruchsberechtigte

Ehemalige Kammerangehörige und Hinterbliebene von Kammerangehörigen, deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer im Inland überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet wurden, erhalten ihre Ansprüche auf Leistungen aus der Versorgungsabteilung nach den §§ 31 bis 35 b der Satzung. In Zusammenhang mit der Feststellung und Befriedigung ihrer Leistungsansprüche gelten die Bestimmungen dieser Satzung auch für die weiteren Anspruchsberechtigten sinngemäß.

§ 13 Allgemeine Pflichten der Mitglieder

- (1) Die Mitglieder der Wohlfahrtskasse sind verpflichtet:
- a) die vorgeschriebenen Beiträge fristgerecht zu entrichten bzw. die Ärztekammer für Oberösterreich zu deren Einbehaltung von den Sachleistungshonoraren oder zu deren Abhebung von ihrem Konto zu bevollmächtigen;
 - b) die Wohlfahrtskasse unaufgefordert von allen für deren Wirken bedeutsamen Änderungen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Änderungen in der Berufstätigkeit sind innerhalb einer Woche, Veränderungen im Familienstand (Verheiratung, Scheidung, Begründung und Beendigung einer eingetragenen Partnerschaft, Geburt eines Kindes, Beginn oder Beendigung des Studiums, To-

desfall usw.) binnen vier Wochen nach Eintreten der Änderung, und zwar unter Vorlage der diesbezüglichen Standesausweise oder sonstiger Dokumente (Studienbestätigung u. ä.) schriftlich bekannt zu geben;

- c) der Wohlfahrtskasse alle für deren Wirken erforderlichen Anfragen unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Zeit zur Beantwortung kann befristet, Nichteinhaltung der Frist mit einer Ordnungsstrafe geahndet werden;
 - d) der Wohlfahrtskasse auf Verlangen die erforderlichen Einkommens- und Vermögensnachweise vorzulegen.
 - e) Die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen gehen zu Lasten des Mitglieds.
- (2) Empfänger von Unterstützungsleistungen nach § 105 Ärztegesetz 1998 haben jede Änderung in ihren Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen binnen 14 Tagen der Wohlfahrtskasse schriftlich anzuzeigen.
- (3) Zu Unrecht bezogene Leistungen sind unverzüglich zurückzuzahlen. Für die Rückzahlung einer zu Unrecht bezogenen Leistung haftet neben dem Bezieher auch das Mitglied, sofern diesen eine Verletzung der Meldepflicht trifft.
- (4) Die Mitglieder der Wohlfahrtskasse sind verpflichtet, sich einer vom Verwaltungsausschuss angeordneten vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

§14 Ende der Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft endet:
- a) durch den Tod;
 - b) im Falle der Befreiung nach § 112 Ärztegesetz 1998, bzw. § 22 dieser Satzung;
 - c) durch den Wegfall einer in dieser Satzung festgelegten Voraussetzungen für die Mitgliedschaft;
 - d) durch die Streichung aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste
 - e) durch die Verlegung des für die Zugehörigkeit maßgeblichen Anknüpfungspunktes (Berufssitz, Dienstort oder Wohnsitz) in den Bereich einer anderen

Ärztekammer (§ 68 Abs. 4 Ärztegesetz 1998), Zahnärztekammer oder ins Ausland.

- f) bei außerordentlicher Mitgliedschaft auch durch Nichtzahlung der Beiträge trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung sowie durch Ausschluss aus der Mitgliedschaft wegen Verletzung der Interessen der Wohlfahrtskasse.
- (2)
- a) Bei Verlegung des Berufssitzes in den Bereich einer anderen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer wird der Wohlfahrtskasse der nunmehr zuständigen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer ein Betrag in der Höhe bis zu 100 % der zur Grundversorgung geleisteten Beiträge nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit überwiesen. Weiters werden der Wohlfahrtskasse der nunmehr zuständigen Ärztekammer oder Landes Zahnärztekammer 100 % der zur Zusatzversorgung I geleisteten Beiträge und/oder die zuletzt kapitalisierten Beiträge zur Zusatzversorgung II und zur PensionPlus+ abzüglich der Kammerumlagen gemäß § 10 Abs. 10 2. und 3. Satz überwiesen.
 - b) Abweichend von a) hat während der Zeit der Ausbildung eines Mitgliedes zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen.
 - c) Bei Streichung eines Mitgliedes aus der Ärzteliste (§ 59 Ärztegesetz 1998) oder Zahnärzteliste, werden ihm die unter a) angeführten Beiträge rückerstattet. Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z. 3 oder 6 Ärztegesetz 1998, gebührt dieser Rückersatz erst nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung und nur dann, sofern nicht zwischenzeitlich eine neuerliche ordentliche Mitgliedschaft erfolgte oder ein Anspruch auf Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds, insbesondere auf Versorgungsleistungen, entstanden ist oder eine außerordentliche Mitgliedschaft bei der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich (§ 12 dieser Satzung) bewilligt wurde.
 - d) Bei Befreiung von der Beitragspflicht zur Grund- und Zusatzversorgung sowie zur PensionPlus+ gemäß § 22 Abs. 1 lit. a) der Satzung (wegen Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss aufgrund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft) sowie im Falle des Vorliegens der im § 22 Abs. 1 lit. b) der Satzung angeführten Voraussetzungen, werden die unter Abs. 2 a) angeführten Beiträge zurückerstattet.

- (3) Ein Rückersatz von Beiträgen ist nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.
- (4) Die für die Todesfallbeihilfe und die Unterstützungsleistungen entrichteten Beiträge bleiben bei Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht. Von den entrichteten Beiträgen zur Grundversorgung und zur Zusatzversorgung sind bezogene Leistungen wegen vorübergehender Invalidität abzurechnen. Scheidet ein Kammerangehöriger aus und sind daraufhin Beiträge zu überweisen, sind die an die Ärztekammer oder Wohlfahrtskasse aushaftenden Schulden jeder Art vom Überweisungsbetrag abzurechnen.
- (5) Mit der Überweisung erlischt jeder Anspruch auf Leistungen aus der Wohlfahrtskasse, sofern sich aus dieser Satzung nichts anderes ergibt.
- (6) Während der Dauer einer zeitlich beschränkten oder vorläufigen Untersagung der Berufsausübung (§§ 61 und 62 Ärztegesetz 1998 sowie §§ 46 und 47 Zahnärztegesetz) läuft die Mitgliedschaft zur Wohlfahrtskasse weiter.
- (7) Wird ein Ausgeschiedener wieder Mitglied der Wohlfahrtskasse werden nicht zurückerstattete Beiträge in voller Höhe wieder angerechnet. Sofern die an die andere Kammer überwiesenen Beiträge neuerlich wieder der Wohlfahrtskasse zufließen, leben die ursprünglichen Anwartschaften zur Grundversorgung wieder auf.

IV. Leistungen der Wohlfahrtskasse

§ 15 Umfang und Ausmaß der Leistungen

Umfang und Ausmaß der Leistungen der Wohlfahrtskasse werden in den Besonderen Bestimmungen (§ 24 ff) geregelt.

§ 15a Wertanpassung der Leistungen

- (1) Um den Wert der Leistungen der Wohlfahrtskasse dauernd aufrecht zu erhalten, sind sie den geänderten wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Als Grundlage dient das versicherungsmathematische Gutachten, welches in Abständen von längstens fünf Jahren durch einen hierzu befugten versicherungsmathematischen Sachverständigen zu erstellen ist. Ausgenommen davon sind Leistungen gemäß §§ 26 und 33a der Satzung.
- (2) Die Anpassung der Leistungen erfolgt unter Bedachtnahme des § 108a Ärztegesetz 1998. Dabei sind insbesondere folgende Faktoren im Hinblick auf die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit der Wohlfahrtskasse (bzw. der einzelnen Abteilungen und Leistungsarten) zu berücksichtigen:
 - a) die Leistungsfähigkeit der beitragspflichtigen Kammerangehörigen
 - b) die Kaufkraft der Leistungsbezieher
 - c) die Erträge auf das Wohlfahrtskassenvermögen
 - d) die demographische Entwicklung des relevanten Bestandes
- (3) Für die Versorgungsleistungen der Versorgungsabteilung – Abteilung II, der Grundversorgung (§ 31 Abs. 6) ist zur Wertanpassung ein aus dem versicherungsmathematischen Anwartschaftsdeckungsverfahren abgeleitetes Anpassungsmodell als Grundlage anzuwenden (siehe Anhang 1 zur Satzung). Die jährliche Anpassung der Leistungen ist basierend auf dem Anpassungsmodell vom versicherungsmathematischen Sachverständigen zu berechnen und dem Verwaltungsausschuss vorzulegen. Die Ergebnisse sind unter Beachtung des Anhangs 1 der Satzung vom Verwaltungsausschuss zu bewerten und der erweiterten Vollversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.
- (3a) Für die Versorgungsleistungen der Versorgungsabteilung – Abteilung II, der Zusatzleistung aus den Fonds der ZV I und der ZV II, erfolgt eine Wertanpassung nach den in den Anhängen 2 und 3 zur Satzung beschriebenen Regelungen. Die

jährliche Anpassung wird nach Einholung einer Stellungnahme des versicherungsmathematischen Sachverständigen vom Verwaltungsausschuss auf der Grundlage dieser Regelung der erweiterten Vollversammlung zur Beschlussfassung vorgeschlagen

- (4) Für alle Versorgungsleistungen, die nicht unter Punkt (3) fallen, gilt Punkt (2). Der Vorschlag zur Berechnung des Anpassungsfaktors (Leistungsfaktors) obliegt dem Verwaltungsausschuss, welcher der erweiterten Vollversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt wird.
- (5) Die Festsetzung des Anpassungsfaktors (Leistungsfaktors) für die Leistungen gemäß Absatz (2) erfolgt durch die erweiterte Vollversammlung mit der Beschlussfassung über den Voranschlag für das kommende Kalenderjahr. Für die Leistungen gemäß Absatz (3) bzw. (3a) erfolgt die Festsetzung des Anpassungsfaktors (Leistungsfaktors) in der erweiterten Vollversammlung nach Feststellung der Bilanz der Wohlfahrtskasse des abgelaufenen Kalenderjahres.

V. Verfahrensvorschriften

§ 16 Ansuchen um Leistungen

- (1) Ansuchen um Leistungen aus der Wohlfahrtskasse sind schriftlich unter Vorlage der erforderlichen Nachweise im Original, Fotokopie oder in beglaubigter Abschrift (Standesnachweise, ärztliches Zeugnis u. dgl.) mit Benützung der aufgelegten Vordrucke bei der Wohlfahrtskasse einzubringen. Wenn die Inanspruchnahme der Leistungen der Wohlfahrtskasse auf ein Ereignis zurückgeführt wird, aus welchem dem Leistungserwerber ein Schadensersatzanspruch gegen dritte Personen zusteht, ist dies im Ansuchen ausdrücklich zu vermerken.
- (2) Der Verwaltungsausschuss hat den Leistungswerber von der Höhe, Dauer und Auszahlungsart der ihm gewährten Leistung bzw. von den Gründen der Ablehnung mit Bescheid zu verständigen. Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt, vor der Entscheidung die ihm notwendigen Erhebungen zu pflegen und insbesondere auch die ärztliche Untersuchung des Leistungswerbers durch von ihm bestimmte Vertrauensärzte zu verfügen. Die Kosten einer derartigen Untersuchung trägt die Wohlfahrtskasse.
- (3) Ist ein Mitglied bei Eintritt des Leistungsfalles mit der Beitragszahlung trotz nachgewiesener Mahnung im Verzug, sind die Leistungen an das Mitglied oder seine Hinterbliebenen abzulehnen oder bei ausnahmsweiser Bewilligung ganz oder teilweise zur Deckung der aushaftenden Beiträge zu verwenden.
- (4) Wiederkehrende Versorgungsleistungen aus den Fonds Grund- und Zusatzversorgung I und II, der PensionPlus+ sowie aus dem Fonds der Notstandshilfe werden nach Antragstellung und nach Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen mit dem 1. des der Antragstellung folgenden Monats zuerkannt, außer, die Anspruchsvoraussetzungen werden an einem Monatsersten erfüllt. Eine rückwirkende Zuerkennung kann nur erfolgen, wenn innerhalb von 3 Monaten nach Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen ein Antrag gestellt wird.
- (4a) Empfänger einer wiederkehrenden Versorgungsleistung aus den Fonds Grund- und Zusatzversorgung I und II, der PensionPlus+ sowie aus dem Fonds der Notstandshilfe, die keine gültige Bankbestätigung vorlegen, sind verpflichtet, der Wohlfahrtskasse jährlich bis spätestens 31. März eine Lebensbestätigung, die von

einer Behörde unterfertigt wurde, zu übermitteln. Empfänger, welche keinen Wohnsitz innerhalb des EWR haben, müssen eine von einer österreichischen Verwaltungsbehörde bestätigte Lebensbestätigung innerhalb derselben Frist vorlegen. Dem gleichgestellt ist ein persönliches Erscheinen unter Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises. Sofern der Nachweis nicht rechtzeitig erbracht wird, werden die Leistungen bis zur Vorlage eingestellt.

- (5) Einmalige Leistungen sind binnen 14 Tagen nach der Zuerkennung der Leistungen für den Krankheitsfall monatlich im nachhinein, sonstige laufende Leistungen monatlich im vorhinein auszubezahlen.
- (6) Die Auszahlung der bewilligten Leistungen erfolgt im Allgemeinen unmittelbar an den Berechtigten oder seinen gesetzlichen Vertreter. In begründeten Ausnahmefällen kann eine Anweisung an andere Personen oder Institutionen durchgeführt werden. Die Empfänger von laufenden Leistungen sind verpflichtet, jede Veränderung bezüglich ihres Leistungsanspruches, dessen Voraussetzungen und Fortbestand unverzüglich zu melden. Die Wiedererlangung der Berufsfähigkeit ist auch ohne besondere Aufforderung unverzüglich anzuzeigen.
- (7) Für zu Unrecht bezogene Leistungen haften der Empfänger bzw. dessen Erben. Die Empfänger bzw. deren Erben haben die empfangenen Leistungen unverzüglich zurück zu zahlen.

§ 17 Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung

- (1) Sofern in den „Besonderen Bestimmungen“ nichts anderes vorgesehen ist, können Leistungen nach dieser Satzung vom Leistungsempfänger weder rechtswirksam übertragen noch verpfändet werden; widrigenfalls der Verwaltungsausschuss die Einstellung der Auszahlung der Leistungen durch Beschluss verfügen kann.
- (2) Können Personen, denen Leistungen aus der Wohlfahrtskasse zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen aus dem gleichen Anlass erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften, ausgenommen nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften, beanspruchen, so geht der Anspruch auf die Ärztekammer insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Ärztekammer nicht über.

- (3) Falls Schulden oder Beiträge jeder Art seitens des Mitgliedes oder sonstiger Leistungsberechtigter gegenüber der Kammer oder der Wohlfahrtskasse aushaften, sind diese auf die zuerkannte Leistung anzurechnen.

§ 18 Zustellungen

- (1) Ablehnende Bescheide des Verwaltungsausschusses sind nach den Bestimmungen des Zustellgesetzes zuzustellen, wobei die Zustellung auch an den Ersatzempfänger (§ 16 Zustellgesetz) erfolgen kann.
- (2) Die stattgegebenen Bescheide und sonstigen Mitteilungen, Verständigungen usw. der im Abs. 1 bezeichneten Organe können dem Empfänger auch als gewöhnlicher Brief zugestellt werden.

§ 19 Ergänzende Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 (entfällt ab 2014)

VI. Bedeckung der Leistungen

§ 20 Aufbringung der Mittel

- (1) Die Leistungen der Wohlfahrtskasse werden durch laufende Fondsbeiträge und bei Bedarf aus dem für die Wohlfahrtskasse bestimmten Fondsvermögen der Ärztekammer gedeckt.
- (2) Der Wohlfahrtskasse fließen insbesondere folgende Einnahmen zu:
 - a) die von der Vollversammlung unter Bedachtnahme auf § 108 a Ärztegesetz 1998 in der Beitragsordnung alljährlich festgesetzten Fondsbeiträge;
 - b) die Erträge des für die Wohlfahrtskasse bestimmten Vermögens (§ 23 Abs. 3);
 - c) Erbschaften, Vermächtnisse, Stiftungen, Widmungen und sonstige Zuwendungen, weiters Ordnungsstrafen und Straf gelder, die nach dem Ärztegesetz, der Satzung und Geschäftsordnung der Ärztekammer bzw. dieser Satzung verhängt werden.

§ 21 Fondsbeiträge

- (1) Die Erweiterte Vollversammlung setzt auf Grund der Beitragsordnung alljährlich unter Bedachtnahme auf das Ausmaß der Leistungen und die Art der Berufsausübung sowie der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der beitragspflichtigen Kamerangehörigen den der Wohlfahrtskasse gewidmeten Fondsbeitrag in einer solchen Höhe fest, die den Erfordernissen der Wohlfahrtskasse bei Beachtung der folgenden Bestimmungen und unter Rücksichtnahme auf dauernden Bestand und Leistungsfähigkeit der Wohlfahrtskasse entspricht.
- (2) Die Höhe der Beiträge zur Wohlfahrtskasse darf 18 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit nicht übersteigen.
- (3) Die Fondsbeiträge sind den geänderten wirtschaftlichen Verhältnissen anzugleichen, um eine Bedeckung der anzupassenden Leistungen zu sichern. Die Angleichung der Beiträge hat auf Grund des von der Erweiterten Vollversammlung zu beschließenden Angleichungsfaktors (Beitragsfaktors) zu erfolgen, wobei auf die Bestimmungen des § 15 Abs. 3 bis 7 Bedacht zu nehmen ist.

- (4) Die näheren Bestimmungen über die Angleichung der Beiträge werden bei den einzelnen Abteilungen geregelt.
- (5) Erreichen im Einzelfall die Beiträge nach Absatz 2 nicht das zur finanziellen Sicherstellung der vorgesehenen Leistungen erforderliche Ausmaß, sind die Leistungen in diesem Fall verhältnismäßig den verminderten Beiträgen anzupassen. Dies gilt auch für die Grundleistung.
- (6) (aufgehoben)

§ 22 Befreiung von der Beitragspflicht

- (1) a) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe- (Versorgungs-)genuss auf Grund 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 der Wohlfahrtskasse besteht, und übt er keine freiberufliche ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 oder des § 23 Z 1 Zahnärztegesetz aus, ist er auf Antrag, ausgenommen den für die Todesfallbeihilfe und die Unterstützungsleistungen nach § 107 Ärztegesetz 1998 (Notstandshilfe) einzuhebenden Teil des Fondsbeitrages, von der Verpflichtung nach § 109 Ärztegesetz 1998 zu befreien. Übt der Antragsteller jedoch eine freiberufliche ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit aus, bleibt jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundversorgung (Grund- und Ergänzungsleistung) sowie zur Todesfallbeihilfe und Notstandshilfe bestehen.
- b) Dieselbe Vorgangsweise wie unter a) kann auf Antrag eingehalten werden, wenn ein Kammerangehöriger den Nachweis darüber erbringt, dass ihm im Rahmen eines durch den Dienstgeber unkündbaren Dienstverhältnisses ein Rechtsanspruch auf eine Betriebspension, zusteht (Ergänzung auf die ASVG Pension).
- c) Eine Befreiung kann auch in Ausnahmefällen bei Vorliegen triftiger Gründe (bei kurzfristiger Karenzierung von Mitgliedern, wegen des fortgeschrittenen Alters/bzw. unwirtschaftlicher Situation), bei Nachweis und für die Dauer des Bestehens einer freiwilligen Weiterversicherung im Rahmen einer Wohlfahrtskasse bei einer anderen Landesärztekammer ausgesprochen werden.*) Eine Befreiung ist zur Gänze zu beschließen, wenn der Antragsteller im Sinne

des § 109 Abs. 1 oder des § 112 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 Mitglied einer anderen Ärztekammer des Bundesgebiets oder berufsständischen Versorgungswerks im Gebiet einer Vertragspartei des Abkommens über den EWR ist, und ihm bereits ein annähernd gleichartiger Anspruch auf Ruhe-(Versorgungs-)genuss zusteht.

*) In diesem Fall tritt die freiwillige Versicherung bei der Wohlfahrtseinrichtung der bisher zuständigen Landesärztekammer an Stelle der Pflichtversicherung im Rahmen der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich.

- (2) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen.
- (3) Die näheren Voraussetzungen für eine teilweise oder gänzliche Befreiung von der Beitragspflicht sind bei den einzelnen Abteilungen und Leistungsarten geregelt.
- (4) Wird der Antrag nach Abs. 1 binnen 3 Monaten nach Eintritt der dort angeführten Voraussetzungen gestellt, so wird die Befreiung mit dem Tag des Eintrittes der dort genannten Voraussetzungen ausgesprochen, sofern nicht zwischenzeitig Leistungen aus der Wohlfahrtskasse erbracht wurden oder deren Erbringung vom Mitglied beantragt wurde. In allen anderen Fällen wird die Befreiung mit dem 1. jenes Monats ausgesprochen, in dem der Antrag bei der Wohlfahrtskasse eingelangt ist. Eine darüber hinausgehende rückwirkende Befreiung ist nicht möglich.
- (5) Die teilweise oder gänzliche Befreiung von der Beitragspflicht bei Leistungsempfängern wird in den „Besonderen Bestimmungen“ geregelt.

§ 23 Vermögen der Wohlfahrtskasse

- (1) Das für die Zwecke der Wohlfahrtskasse bestimmte Sondervermögen der Ärztekammer ist dazu bestimmt, das die laufenden Beitragseinnahmen übersteigende Leistungserfordernis der Wohlfahrtskasse zu decken.
Bei der Finanzierung der gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen ist die unterschiedliche Altersstruktur der Versicherten zu beachten und erforderlichenfalls unter Beachtung versicherungsmathematischer Verfahren eine Deckungsrückstellung zu bilden.

- (2) Über das zweckgebundene Vermögen der Wohlfahrtskasse ist getrennt Buch zu führen. Ihre Mittel dürfen nur für das Leistungserfordernis der zutreffenden Abteilungen verwendet werden, sofern die Satzung diesbezüglich keine andere Regelung vorsieht.

- (3) Die zur dauernden Anlage verfügbaren Mittel sind unter Einhaltung der Grundsätze der Rentabilität, Sicherheit und Liquidität zu veranlagen. Konkrete Anlagerichtlinien sind vom Verwaltungsausschuss zu beschließen. Bei der Erfüllung seiner Aufgaben kann sich der Verwaltungsausschuss sachverständiger externer Berater bedienen. Werden keine Anlagerichtlinien erlassen, so sind in der Veranlagung die Grundsätze des § 25 des Pensionskassengesetzes BGBL. Nr. 281/1990 in der Fassung BGBl. Nr. 80/2003 sinngemäß anzuwenden.

Besondere Bestimmungen

VII. Unterstützungsabteilung - Abteilung 1

§ 24 Allgemeines und Gliederung

- (1) Die Unterstützungsabteilung gliedert sich in folgende Zweige:
 - a) Krankenunterstützung (Krankenpflegehilfe und Krankengeldhilfe) (Abt. 1a);
 - b) Notstandshilfe (Abt. 1b)

- (2) Die Unterstützungsleistungen sind in angemessenen Zeitabständen den geänderten Verhältnissen anzupassen; die Beiträge sind dementsprechend anzugleichen.

§ 25 Krankenunterstützung

- (1) Jeder ordentliche Kammerangehörige ist nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verpflichtet, an der Krankenunterstützung teilzunehmen und die vorgeschriebenen Fondsbeiträge zu leisten, soweit er nicht von der Beitragspflicht ganz oder teilweise befreit ist.

- (2) Von der Pflicht zur Leistung des Beitrages können auf Antrag ganz oder teilweise befreit werden;
 - a) ordentliche Kammerangehörige sowie die mitversicherten Familienangehörigen, sofern diese über die Krankenfürsorgeeinrichtungen des Landes Oberösterreich krankenversichert sind, für die Dauer dieses Versicherungsverhältnisses.
 - b) Sind nur Familienmitglieder (§ 27 Abs. 2) und nicht der Kammerangehörige selbst pflichtkrankenversichert, so können die Familienmitglieder bei geringer finanzieller Leistungsfähigkeit oder vorübergehender außerordentlicher Belastung des Kammerangehörigen über seinen Antrag befreit werden, solange diese Umstände vorliegen. Der Kammerangehörige hat die betroffenen Familienmitglieder nachweislich vom Befreiungsantrag zu verständigen.
 - c) Das Mitglied ist verpflichtet, Verbesserungen der finanziellen Lage und den Wegfall seiner Pflichtkrankenversicherung bzw. der Pflichtversicherung des Angehörigen umgehend der Kammer zu melden.

- d) Die Aufhebung der jeweiligen Befreiung erfolgt bei Wegfall der Pflichtkrankenversicherung am 1. des folgenden Monats, ansonsten mit dem 1. des 12. Monats ab Bekanntgabe der Änderung der wirtschaftlichen Lage.
 - e) Erbringt der Kammerangehörige den Nachweis darüber, dass die Familienangehörigen aufgrund einer dienstrechtlichen Regelung mit dem Dienstgeber des Ehegatten oder eingetragenen Partners, oder dessen Mitgliedschaft zu einer anderen Kammer der selbständig Erwerbstätigen über eine Krankenversicherung verfügen, die der Versicherung über die Wohlfahrtskasse in allen Bereichen entspricht, können diese vom Verwaltungsausschuss auf Antrag von der Mitgliedschaft zur Krankenunterstützung auf Dauer und unwiderruflich befreit werden.
- (3) Als außerordentliche Mitglieder gehören der Krankenunterstützung an:
- a) hinsichtlich der Krankenpflegehilfe außerordentliche Kammerangehörige, denen gemäß § 12 der Satzung die außerordentliche Mitgliedschaft bewilligt wurde;
 - b) hinsichtlich der Krankenpflegehilfe Kammerangehörige nach Niederlegung der ärztlichen Tätigkeit in Fortsetzung der Pflichtmitgliedschaft sowie Witwen/Witwer/eingetragene Partner, Kinder und Waisen nach Mitgliedern der Krankenpflegehilfe;
 - c) hinsichtlich der Krankenpflegehilfe ehemalige Mitglieder, denen gemäß § 12 a die Fortsetzung der Mitgliedschaft bewilligt wurde.

§ 26 Krankengeldhilfe

- (1) Krankengeld wird Mitgliedern gewährt, die infolge einer länger als drei Tage dauernden Erkrankung oder Unfallsfolge an der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit behindert sind. Das Krankengeld wird für die Dauer der durch den behandelnden Arzt festgestellten Berufsunfähigkeit oder bis zum Anfall der Invaliditäts- bzw. Altersversorgung, längstens jedoch für 13 Wochen, für denselben Krankheitsfall gewährt. Derselbe Krankheitsfall ist jedenfalls anzunehmen, wenn Krankengeld für Erkrankungen gleicher Art in zwei oder mehreren Zeiträumen gewährt wurde, die weniger als ein Jahr voneinander getrennt sind. Eine Weitergewährung nach Ablauf von 13 Wochen ist nur nach Vorlage eines aktuellen fachärztlichen Befundes für jeweils weitere 13 Wochen möglich. Insgesamt darf für denselben Krankheitsfall maximal 52 Wochen Krankengeld gewährt werden.

(2) Wenn durch ein vertrauensärztliches Zeugnis festgestellt wird, dass die Berufsunfähigkeit dauernd ist, ist die Auszahlung des Krankengeldes einzustellen und die Invaliditätsversorgung zu gewähren. In Ausnahmefällen kann der Verwaltungsausschuss das Krankengeld auch bis zur Dauer von längstens 52 Wochen gewähren.

(3) Das Krankengeld beträgt pro Tag in der Krankengeldklasse:

I	€ 17,40
II	€ 34,80
III	€ 52,20
IV	€ 87,00
V	€ 115,60

- (4) (a) Die Einreihung in die Krankengeldklasse erfolgt bei Eintritt mindestens in die Grundstufe bzw. entsprechend der durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinnahmen, ansonsten einmal jährlich nach Selbsteinstufung in Anpassung an die Veränderung der durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinnahmen des Mitgliedes, wobei eine Höherreihung nur in die nächst höhere Krankengeldklasse möglich ist. Im letzteren Fall erfolgt die Änderung der Leistungsansprüche - analog der Beitragsklasse - jeweils am 1. des 12. Monats nach Bekanntgabe der Änderung der Bruttoeinnahmen. Wird zum Zeitpunkt des Ablaufes der Wartefrist bereits ein Krankengeld bezogen, erfolgt die Höherreihung erst nach Beendigung des Krankengeldbezuges. Eine Rückreihung erfolgt in die den Bruttoeinnahmen entsprechende Krankengeldklasse. Der Verwaltungsausschuss kann jederzeit den Nachweis der Richtigkeit der Einstufung verlangen.
- (b) Empfänger einer Versorgungsleistung mit ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit sind nicht Mitglied des Fonds der Krankengeldhilfe.
- (c) Im Erkrankungsfall darf nur Krankengeld jener Klasse bewilligt werden, das den tatsächlichen Einnahmen entspricht, auch wenn das Mitglied infolge unrichtiger Selbsteinstufung oder Irrtums die Beiträge für eine höhere Klasse geleistet hat.
- (d) Der Antrag auf Höherreihung ist nach Vollendung des 50. Lebensjahres ausgeschlossen. Mitglieder, die nach Vollendung des 50. Lebensjahres erstmalig oder neuerlich der Abteilung Krankengeldhilfe angehören, können innerhalb von 3 Jahren ab dem Zeitpunkt der Zugehörigkeit, bei Nachweis der für die

Einreihung maßgeblichen monatlichen Bruttoeinnahmen, eine Höherreihung beantragen.

- (5) Das Krankengeld wird, solange die Krankheit das Mitglied zwingt, die ärztliche Tätigkeit vollkommen einzustellen, gewährt. Darüber hinaus wird ein Krankengeld für die Dauer der Krankheit, maximal bis zu 30 Tagen nach Beendigung der ärztlichen Tätigkeit in voller Höhe auch dann vergütet, wenn ein Krankengeld bezogen wird und während des Bezuges das Dienstverhältnis aufgrund des Ablaufes eines befristeten Dienstvertrages endet.
- Das Mitglied ist verpflichtet, sich bei sonstigem Verlust des Krankengeldes einer vom Verwaltungsausschuss angeordneten Behandlung in einer geeigneten Anstalt zu unterziehen. Das Krankengeld ist nicht zu gewähren, wenn die Krankheit vom Mitglied absichtlich herbeigeführt wurde. Dasselbe gilt bei Arbeitsunfähigkeit nach medizinisch nicht indizierten Behandlungen.
- (6) Das Krankengeld wird im Allgemeinen nur geleistet, wenn sich der Krankengeldempfänger in einer Krankenanstalt oder an seinem ordentlichen Wohnsitz aufhält. Ausgenommen hiervon sind Entbindungsfälle, wobei die jeweiligen gesetzlichen Schutzfristen bei Einstellung der ärztlichen Tätigkeit einer Berufsunfähigkeit gleichzustellen sind. Der Fortbezug des Krankengeldes bei Aufenthalt außerhalb des ordentlichen Wohnsitzes bzw. einer Krankenanstalt ist von der Zustimmung des Verwaltungsausschusses abhängig.
- (7) Unter Krankheit im Sinne dieser Bestimmungen ist Altersschwäche (Marasmus) nicht zu verstehen.
- (8) Bei weiblichen Mitgliedern ist die Zeit des Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes, BGBl. Nr. 221/1979, unter Bedachtnahme auf Abs. 5, bis zur Höchstdauer von 20 Wochen einer Berufsunfähigkeit gleichzuhalten. In berücksichtigungswürdigen Fällen kann diese Frist bis zur Dauer des gesamten Beschäftigungsverbotes verlängert werden. Dies gilt auch bei niedergelassenen Ärztinnen, sofern sie die Mutterschutzfristen beanspruchen und während dieser Zeit keinerlei ärztliche Tätigkeit ausüben.

§ 27 Krankenpflegehilfe

- (1) Krankenpflege wird gewährt, bei Erkrankung des Mitgliedes selbst oder der angeführten Familienmitglieder oder Hinterbliebenen, sofern diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Dies gilt auch dann, wenn der gewöhnliche Aufenthalt nicht im Inland ist, jedoch kein Krankenversicherungsschutz nach anderen gesetzlichen Vorschriften gegeben ist.

- (2) Familienmitglieder gem. Abs. 1 sind, ausgenommen Präsenzdiener des Bundesheeres oder Zivildienstler, folgende Angehörige des Mitgliedes:
 - a) die Ehegattin, der Ehegatte bei aufrechter Bestand einer staatlich gültigen Ehe sowie der eingetragene Partner für die Dauer der Eintragung
 - b) auf Antrag auch die Frau bzw. der Mann, deren Ehe mit dem Mitglied für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, sowie der eingetragene Partner nach Beendigung der Eintragung, wenn der Kammerangehörige aufgrund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe bzw. Partnerschaft eingegangenen vertraglichen Verpflichtung Unterhalt (Unterhaltsbeitrag) zu leisten hatte. Bei einem befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen endet der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenpflegehilfe mit Ablauf der Frist. Der Antrag ist – bei sonstigem Ausschluss – spätestens 3 Monate nach Feststehen des Unterhaltsanspruches zu stellen, wobei die Beiträge rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe sowie der Beendigung der eingetragenen Partnerschaft nachzuzahlen sind.

Der Beitrag für diese Personen wird pro Kopf in der für mehrfach pflichtversicherte Mitglieder geltenden Höhe (§ 9 Abs. 2 der Beitragsordnung) eingehoben, sofern und solange sie gesetzlich pflichtversichert sind. Im Falle des Wegfalles der gesetzlichen Pflichtversicherung wird der Beitrag in der für ausschließlich über die Wohlfahrtskasse versicherte Mitglieder geltenden Höhe eingehoben. Für den Fall der Scheidung nach § 55 Ehegesetz, wonach der Kläger die Zerrüttung allein oder überwiegend verschuldet hat, (§ 61 Abs. 3 Ehegesetz) ist der Nachweis der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen;
 - c) die Kinder, Wahlkinder und Stiefkinder bis zur Volljährigkeit. Stiefkinder nur, sofern diese in ständiger Hausgemeinschaft mit dem Mitglied leben, oder sich nur vorübergehend wegen beruflicher (schulmäßiger) Ausbildung außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten.

- (3) Hinterbliebene, denen Krankenpflegehilfe gewährt wird, sind Witwen/Witwer/ eingetragene Partner und Waisen, die im Bezug einer Versorgungsleistung nach § 4 Abs. 3 der Satzung der Wohlfahrtskasse stehen und der Krankenpflegehilfe nach dem Tode des Mitglieds weiterhin angehören.
- (4) Die Krankenpflegehilfe kann Kindern des Mitgliedes und den der Krankenpflegehilfe angehörenden Waisen und Doppelwaisen auch über das im Abs. 2 lit. c) bezeichnete Höchstalter hinaus gewährt werden:
- a) wenn und solange das Kind (die Waise) wegen eines körperlichen oder geistigen Gebrechens außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen;
 - b) wenn ein Kind (eine Waise) wegen wissenschaftlicher oder fachlicher Ausbildung sich noch nicht selbst erhalten kann, bis zum Beginn des dem ordnungsgemäßen Ausbildungsende folgenden Ausbildungsabschnittes, höchstens aber bis zum vollendeten 27. Lebensjahr; darüber hinaus höchstens aber bis zum vollendeten 30. Lebensjahr, wenn und solange nach dem 27. Lebensjahr der Beitrag in der für Mitglieder (Nichtkassenärzte) geltenden vollen Höhe gezahlt wird,
- Die Höhe des Beitrages ist davon abhängig, ob das Kind neben der Versicherung über die Wohlfahrtskasse gesetzlich pflichtversichert ist.
- (5) In die Krankenpflegehilfe können ferner, wenn und solange für sie der Beitrag in der für Mitglieder (Nichtkassenärzte) geltenden vollen Höhe bezahlt wird, aufgenommen werden:
- a) Enkel, wenn sie mit dem Mitglied ständig in Hausgemeinschaft leben oder sich nur vorübergehend wegen beruflicher (schulmäßiger) Ausbildung außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten.
 - b) Pflegekinder, wenn sie vom Mitglied unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht. Die Höhe des Beitrages ist davon abhängig, ob die Enkel- bzw. Pflegekinder neben der Versicherung über die Wohlfahrtskasse gesetzlich pflichtversichert sind.
- (6) Leistungen aus der Krankenpflegehilfe können auf unbegrenzte Zeit gewährt werden. Hierfür können vom Verwaltungsausschuss Richtlinien erstellt werden.
- (7) Die Krankenpflegehilfe erstreckt sich auf folgende Leistungen:
- a) Ersatz der Kosten der notwendigen ärztlichen Behandlung einschließlich des geburtshilflichen Beistands und der zahnärztlichen Grundleistungen, der ope-

rativen, orthodontischen und konservierenden Zahnbehandlung sowie der prothetischen Leistungen im Rahmen der vom Verwaltungsausschuss festgesetzten Tarife;

- (b) Ersatz von Arzneimitteln und Verbandstoffen für Mitglieder und für mitversicherte Angehörige, die sich in Krankenhausbehandlung befinden nach Maßgabe bestehender Verträge. Mitgliedern, die nicht stationär behandelt werden sowie deren mitversicherte Angehörigen gebührt ein Ersatz jener Kosten, die in einem Rahmenzeitraum einen vom Verwaltungsausschuss beschlossenen Beitrag übersteigen. Empfängern von Altersversorgungen wird auch außerhalb der stationären Behandlung der volle Ersatz geleistet; diesen Ersätzen sind die jeweiligen Richtlinien des Verwaltungsausschusses zugrunde zu legen;
- c) Beiträge zu den Kosten der notwendigen Heilbehelfe in zweckentsprechender und einfacher Ausführung und zu deren Instandhaltung, wobei aber Brillen, Plattfüßeinlagen, Bruchbänder, Schwangerschaftsmieder, Gummistrümpfe und diesen gleichzuhaltende Behelfe nicht vergütet werden;
- d) aa) Beiträge zu den Kosten der Krankenhausbehandlung gemäß bestehender Verträge oder bei Krankenanstalten ohne Verträge bis zum Höchstsatz bestehender Krankenhausvertragstarife mit öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten in Oberösterreich. Die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer erfolgt längstens für 90 Tage pro Krankheitsfall und Aufenthalt, insgesamt für die Dauer bis zu 180 Tagen pro Kalenderjahr. Weiters werden die in diesem Zeitraum erbrachten ärztlichen Leistungen analog der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs über die Arzthonorare gemäß OÖ. KAG übernommen, wobei der Rabatt in Höhe von 40 % an die Ärztekammer für Oberösterreich als Sondergebührenumlage zu überweisen ist. Über diese Fristen hinaus wird bei nur über die Wohlfahrtskasse versicherten Personen die allgemeine Gebührenklasse bis zur Höhe der in Oberösterreich maximal geltenden Pflegegebührenersätze für die Wohlfahrtskasse übernommen. Die Kosten für Begleitpersonen werden nach den vom Verwaltungsausschuss beschlossenen Richtlinien getragen.
- bb) Beiträge zu den Kosten eines ambulanten Krankenhausaufenthaltes bis zur Höhe der jeweils geltenden Ambulanzgebührenverordnung;

- cc) Kosten einer ambulanten oder stationären Krankenhausbehandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse im Inland nach Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss in voller Höhe, wenn Gefahr in Verzug und eine Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. ein Transport in diese nicht zumutbar ist.
 - dd) Beiträge zu den Kosten eines stationären oder tagesklinischen Aufenthaltes in einer Krankenanstalt außerhalb von Oberösterreich bis zur Höhe der jeweils geltenden OÖ Pflegegebührenverordnung an eine Kranken-Zusatzversicherung, mit der ein Rahmenvertrag abgeschlossen wurde.
 - e) den Ersatz der notwendigen Krankentransportkosten im Inland in die nächste geeignete Krankenanstalt, sowie den Rücktransport in die Wohnung bis zur vollen Höhe des Betrages. Über sonstige Krankentransportkosten entscheidet der Verwaltungsausschuss im Einzelfall, wobei höchstens eine Vergütung in der Höhe von 10 Verpflegtagen nach dem jeweiligen Höchstsatz bestehender Krankenhausvertragstarife gemäß lit. d) gewährt wird;
 - f) einen Beitrag zu den Kosten eines Kurgebrauches bei Vorliegen einer ärztlich nachgewiesenen Kurbedürftigkeit, nach den von der Erweiterten Vollversammlung beschlossenen Sätzen und Richtlinien;
- (8) Die im Abs.7 angeführten Leistungen werden nach Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss in voller Höhe vergütet, wenn der Patient ausschließlich über die Wohlfahrtskasse krankenversichert und eine dringliche Behandlung im EWR-Ausland erforderlich ist.
- (9) Die der Ärztekammer für Oberösterreich angehörenden Ärzte sind verpflichtet, bei Behandlung von Mitgliedern der Wohlfahrtskasse und deren Angehörigen die vom Verwaltungsausschuss beschlossenen Honorargrundsätze zu beachten.

§ 28 Pflichten der Empfänger von Krankenunterstützungen

- (1) Der Beginn eines Krankenstandes ist binnen eines Monats der Wohlfahrtskasse bekannt zu geben. Das Ansuchen um Gewährung des Krankengeldes ist unter Verwendung des hierfür bestimmten Formulars und mit Bestätigung des behandelnden Arztes an Wohlfahrtskasse zu richten. Die Fortdauer der Voraussetzungen für den Bezug des Krankengeldes ist allmonatlich vom Erkrankten selbst oder seinen Angehörigen mit Bestätigung des behandelnden Arztes zu melden. Die

Wiedererlangung der Berufsfähigkeit hat das Mitglied mit genauer Angabe des Tages und mit Bestätigung des behandelnden Arztes ohne Verzug zu melden.

- (2) Der Verwaltungsausschuss kann bei längerer Dauer der Pflegebedürftigkeit Teilabrechnungen in angemessenen Zwischenräumen verlangen.
- (3) Ansprüche auf Leistungen aus der Krankenunterstützung werden nach Ablauf der Verjährungsfrist von 42 Monaten nicht mehr berücksichtigt.
- (4) Mitglieder und mitversicherte Angehörige, die neben der Wohlfahrtskasse auch gesetzlich krankenversichert sind, sind, da der ermäßigte Beitrag zum Fonds der Krankenpflegehilfe vorgeschrieben wird, verpflichtet, eine Kostenübernahme primär bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Eventuelle Restkosten werden nach Maßgabe der Bestimmungen der Wohlfahrtskasse von dieser getragen.
- (5) Mitglieder und mitversicherte Angehörige, die sich nach Antragstellung zur Beitragsleistung gemäß § 9 Abs. 3 der Beitragsordnung verpflichten, erhalten die von der Landeskrankenfürsorge vorgeschriebenen Selbstbehaltkosten, sofern diese gemäß Tarif der Wohlfahrtskasse (§ 27 Abs. 7) vergütet würden. Darüber hinausgehende, gemäß Satzung der KFL nicht vergütete Kosten werden von der Wohlfahrtskasse nicht vergütet, auch wenn sie vom § 27 Abs. 7 der Satzung erfasst würden.

§ 29 Notstandshilfe

- (1) Die Notstandshilfe (Abteilung I b) kann im Falle eines nachgewiesenen unverschuldeten, wirtschaftlich bedingten Notstandes Kammerangehörigen und deren Familienangehörigen sowie Hinterbliebenen nach Ärzten, die mit diesen in Hausgemeinschaft gelebt haben, sowie der geschiedenen Ehegattin (dem geschiedenen Ehegatten), ehemals eingetragenen Partnern wie auch Ärzten, die aus dem Wohlfahrtsfonds eine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, in Form einmaliger oder wiederkehrender geldlicher Leistungen gewährt werden. Über die Fortgewährung und das Ausmaß der laufenden Leistungen ist aufgrund der Familienverhältnisse sowie der Einkommens- und Vermögensnachweise zu entscheiden, die in angemessenen Zeitabständen einzuholen sind.

- (2) Jeder ordentliche Kammerangehörige ist verpflichtet, an der Abteilung I b teilzunehmen und die vorgeschriebenen Fondsbeiträge zu leisten, sofern er nicht von der Beitragspflicht ganz oder teilweise befreit ist.
- (3) Die Empfänger einer Invaliditäts- oder Altersversorgung sind von der Beitragspflicht befreit.
- (4) Turnusärzte sowie Spitalsärzte und sonstige angestellte Ärzte in nicht leitender Stellung, die keine Privat- oder Kassenpraxis ausüben, sind bis zum vollendeten 45. Lebensjahr von der Beitragspflicht befreit.

§ 30 Notstandshilfeleistungen

- (a) laufende Leistungen an erkrankte Mitglieder der Wohlfahrtskasse sowie an Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung, sofern deren Gesamteinkommen EUR 2.044,22 nicht erreicht, bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf diesen Betrag; ausgeschlossen davon sind Mitglieder, die die vorzeitige Altersversorgung nach § 33 Abs. 2 beanspruchen;
- (b) laufende Leistungen an Ärzte, die der Wohlfahrtskasse nicht angehörten und deren Gesamteinkommen monatlich EUR 1.348,42 nicht erreicht, bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf diesen Betrag), sofern die Zuerkennung vor 1996 erfolgte;
- (c) laufende Leistungen an Witwen von Mitgliedern der Wohlfahrtskasse, die im Bezug einer Witwenversorgung stehen und deren Gesamteinkommen EUR 1.534,29 nicht erreicht, bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf diesen Betrag;
- (d) laufende Leistungen an Witwen von Ärzten, die der Wohlfahrtskasse nicht angehörten und deren Gesamteinkommen monatlich EUR 1.022,23 nicht erreicht, bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf diesen Betrag; an Waisen solcher Ärzte unter der Voraussetzung des § 35 bis zur halben Höhe der Waisenversorgung gemäß § 35, sofern die Zuerkennung vor 1996 erfolgte;
- (f) Beihilfen zum Zwecke der Ausbildung bis zum Höchstbetrag von EUR 549,71 im Jahr an studierende Kinder und Waisen, die im Bezug einer Kinderunterstützung oder Waisenversorgung stehen und zum Zwecke der Ausbildung außerhalb des Familienverbandes leben müssen; wobei einschließlich der Kinderunterstützung der im § 5 Familienlastenausgleichsgesetz angeführte Betrag nicht überschritten werden darf, es sei denn, dass kein Anspruch auf eine Familienbeihilfe gegeben ist. Für solche Doppelwaisen bis zum Höchstbetrag von EUR 1.588,23 im Jahr;
- g) unverzinsliche Darlehen bis zum Höchstbetrag von € 1.100,00 im Jahr an hochschulstudierende Kinder und Waisen von Beziehern laufender Leistungen aus der

Wohlfahrtskasse. Diese Darlehen sind innerhalb von fünf Jahren erst nach Beendigung des Studiums zur Rückzahlung fällig;

- h) Unterstützungen für außergewöhnlich hohe Krankheitskosten , insbesondere für die Kosten von dringend notwendigen Operationen, notwendigen Krankenhaus- und notwendigen Kuraufenthalten, vom behandelnden Arzt verschriebenen Arzneimittel und Verbandstoffe, alle sofern nicht Kostenersatz aus der Krankenpflegehilfe beansprucht werden kann, ferner Beihilfen nach Erschöpfung der normalen Krankengeldbezugsdauer;
- i) Beihilfen an Ärzte Oberösterreichs und deren Angehörige und Hinterbliebene in nachgewiesener unverschuldeter Notlage, maximal jedoch das 28fache der in § 98 Abs. 3 Ärztegesetz angeführten Grundleistung (EUR 716,55);
- j) Beiträge als Ausgleich für die Leistung eines gesetzlichen Pflegegeldes an Personen, die ausschließlich über die Ärztekammer für Oberösterreich eine laufende Versorgungsleistung erhalten;
- k) Deckung der entsprechenden Kosten aus der Errichtung eines gemeinsamen Wohlfahrtsfonds bei der Österreichischen Ärztekammer zur gemeinsamen Abdeckung eines Großschadenfalles gemäß § 134 Abs. 1 Ärztegesetz 1998;
- l) die laufenden Leistungen aus der Notstandshilfeabteilung werden vierzehnmals im Jahr gewährt.

VIII. Versorgungsabteilung - Abteilung II

§ 31 Allgemeines und Gliederung

- (1) Die Versorgungsabteilung gewährt die gemäß § 4 Abs. 3 dieser Satzung angeführten Leistungen.
- (2) Die in Abs. 1 erwähnten Leistungen, ausgenommen die Kinderunterstützungen, die Hinterbliebenenunterstützung gem. § 35 b, die Bestattungsbeihilfe und die PensionPlus+, setzen sich zusammen aus:
 - a) der Grundleistung
 - b) der Ergänzungsleistung
 - c) der Zusatzleistung
- (3) Die Höhe der Grundleistung ist von der Dauer der Mitgliedschaft und der Höhe der einbezahlten Beiträge, damit der erworbenen Anwartschaftspunkte, abhängig.
- (4) Das Ausmaß der Zusatzleistung aus dem Fonds der ZV I richtet sich im Sinne des § 33 nach der Höhe der hierfür geleisteten Fondsbeiträge. Die Höhe der Leistung aus dem Fonds der ZV II wird unter Berücksichtigung des individuellen Kapitals (Beiträge und Zinsen) sowie eines Verrentungsfaktors gem. § 33 Abs. 1 errechnet. Die Höhe der Leistung aus dem Fonds der PensionPlus+ wird unter Berücksichtigung des individuellen Kapitals und der Dauer der Leistung gem. § 33 a errechnet.
- (5) Zur Grundleistung der Alters-, vorzeitigen Alters- und Invaliditätsversorgung wird eine von der jeweiligen Beitragshöhe und Beitragsdauer abhängige Ergänzungsleistung gewährt.
- (6) Die gesamte Leistung aus dem Fonds der Grundversorgung (Grundleistung nach Abs. 3 und Ergänzungsleistung nach Abs. 5) wird sowohl im Falle der Alters-, vorzeitigen Alters- als auch im Falle der Invaliditäts- und Hinterbliebenen-Versorgung in Abhängigkeit von der Beitragsleistung (Beitragsdauer, Beitragshöhe) in Anwartschaftspunkten bemessen.

§ 32 Mitglieder der Versorgungsabteilung - laufende Beiträge und Nachzahlungen

- (1) Jeder ordentliche Kammerangehörige ist nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verpflichtet, an der Versorgungsabteilung teilzunehmen und die vorgeschriebenen Fondsbeiträge zu leisten, soweit er nicht gemäß § 22 von der Beitragspflicht ganz oder teilweise befreit ist.

- (2) Alle ordentlichen Mitglieder, ausgenommen Ärzte, die ausschließlich als in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in der Ärzteliste geführt werden, sind verpflichtet, die im § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung angeführten Normbeiträge der jeweiligen Ärztegruppe zu leisten. Für jeden Beitragsmonat, für den der volle Normbeitrag geleistet wird, wird eine Anwartschaft auf 0,25 Anwartschaftspunkte erworben. Die Höhe der jeweils erworbenen Anwartschaft wird auf 5 Nachkommastellen genau ermittelt.
Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres sind alle ordentlichen Mitglieder auf Antrag (aus finanziellen Gründen) für die Dauer der Belastung auf den jeweiligen Beitrag gem. § 11 Abs. 3 der Beitragsordnung zu ermäßigen. Werden Beiträge auf Antrag ermäßigt, werden die Anwartschaftspunkte für die betreffenden Monate in dem der geringeren Beitragsleistung im Vergleich zum Normbeitrag gemäß § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung entsprechenden Verhältnis gekürzt.
Abweichend davon sind Ärzte, die ausschließlich als in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in der Ärzteliste geführt werden, verpflichtet, die im § 11 Abs. 3 angeführten Beiträge zu entrichten. Für die Dauer dieser Ausbildung werden bei Bezahlung der Beiträge gemäß § 11 Abs. 3 der Beitragsordnung die vollen Anwartschaftspunkte zuerkannt.

- (3) Alle beitragspflichtigen Mitglieder der Zusatzversorgung, die bis zum 31.3.1996 Beiträge in den Fonds der Zusatzversorgung geleistet haben, bleiben beitragspflichtiges Mitglied dieses Fonds, der als Zusatzversorgung I (ZV I) weitergeführt wird. Jedes Mitglied der ZV I hat bis 31.12.1997 bzw. nach Erreichen der Höchstbeitragsgrundlage das Recht, eine Umreihung in den neuen Fonds der Zusatzversorgung II (ZV II) zu verlangen. Wird nach dem 1.4.1996 ein Antrag auf Ermäßigung der Zusatzversorgungsbeiträge beantragt, so wird das Mitglied ab dem Zeitpunkt der Bewilligung in die ZV II umgereiht.
Alle beitragspflichtigen Mitglieder, die mit Stichtag 31.3.1996 keinen Beitrag zum Fonds der ZV I einzahlen, erst nach diesem Zeitpunkt beitragspflichtig werden, nach dem 31.3.1996 eine Ermäßigung beantragen oder im Sinne des 2. Satzes ei-

ne Umreihung beantragt haben, sind ab dem Zeitpunkt der Beitragspflicht, ab dem Zeitpunkt der Bewilligung der Ermäßigung oder ab dem Zeitpunkt der Umreihung verpflichtet, Beiträge in den Fonds der ZV II unter Beachtung des Abs. 4 zu leisten. Alle bisher in den Fonds der ZV I einbezahlten Beiträge verbleiben mit unverändertem Leistungsanspruch im Fonds. Ein Kapitaltransfer in den Fonds der ZV II ist ausgeschlossen.

- (4) Der persönliche Beitrag zum Fonds der ZV I wird ab dem 1. Jänner nach Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von 100 % des im § 12 der Beitragsordnung festgehaltenen Normbeitrages vorgeschrieben. Zum 31.3.1996 bestehende Ermäßigungen bleiben allerdings solange aufrecht, solange die Ermäßigungen nicht ganz oder teilweise wegen Änderung der Ermäßigungsvoraussetzungen zurückgenommen werden. Wurden Mitglieder nach § 32 Abs. 3 in der bis 31.12.1995 geltenden Fassung ermäßigt, so ist eine Verminderung des zugesprochenen Ermäßigungsprozentsatzes (Erhöhung des Beitrages) bis zum Pensionsstichtages nicht möglich.

Der persönliche Beitrag zum Fonds der ZV II wird mit Vollendung des 35. Lebensjahres in Höhe von 50 %, mit Vollendung des 40. Lebensjahres bis zum Pensionsstichtag in Höhe von 100 % des im § 12 der Beitragsordnung festgehaltenen Normbeitrages vorgeschrieben.

Vor Vollendung des 35. Lebensjahres ist eine Mitgliedschaft zum Fonds der ZV II ausgeschlossen.

- (5) Der persönliche Beitrag zum Fonds der PensionPlus+ wird mit Vollendung des 45. Lebensjahres vorgeschrieben. Alle ordentlichen Mitglieder der Wohlfahrtskasse sind zur Beitragsleistung gemäß § 12 a der Beitragsordnung verpflichtet. Die Beitragspflicht endet mit der Zuerkennung einer Pensionsleistung aus dem Fonds der PensionPlus+, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres. Die Höhe der Leistung berechnet sich gemäß § 33 a der Satzung der Wohlfahrtskasse.

- (6) Die Pflicht zur Entrichtung der persönlichen Beiträge für die Versorgungsleistungen, ausgenommen zum Fonds der Todesfallbeihilfe endet mit dem Anfall der Altersversorgung, vorzeitigen Altersversorgung oder Invaliditätsversorgung.

- (7) Die verpflichtende Nachzahlung von Beiträgen zur Grundversorgung bei Eintritt nach Vollendung des 35. Lebensjahres entfällt ab 2006. Sofern nicht die Nach-

kaufsmöglichkeiten gem. Abs. 10 in Anspruch genommen werden, ist eine Leistung aus dem Fonds der Notstandshilfe gem. § 30 lit. a) bis d) ausgeschlossen.

- (8) Bei Mitgliedern der Grundversorgung, die von einer anderen Ärztekammer in den Bereich der Ärztekammer für Oberösterreich übersiedeln, werden die im Sinne des § 115 Ärztegesetz 1998 überwiesenen Beiträge einer anderen Ärztekammer unter Berücksichtigung der Beitragsordnung zum Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft in Anwartschaftspunkte umgerechnet.
- (9) Nach Eintragung der Turnusärzte in der Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt ist die Überweisung der von den Turnusärzten zum Wohlfahrtsfonds der bisher zuständigen Ärztekammer entrichteten Beiträge (Überweisungsbeiträge) in voller Höhe an die Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich durchzuführen.
- (10) Mitglieder der Ärztekammer für Oberösterreich, die keine Versorgungsleistung beziehen, können den Nachkauf von Versicherungszeiten bzw. Leistungsansprüchen zu jenen Fonds beantragen, zu den sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten.
 - a) Die maximale Höhe des Nachkaufes zur Grundversorgung wird berechnet, indem zur tatsächlichen Anzahl der Anwartschaftspunkte zum Zeitpunkt der Antragstellung, frühestens nach Vollendung des 45. Lebensjahres, die Anzahl der Anwartschaftspunkte addiert wird, die noch bis zur vollen Altersversorgung nach Vollendung des 65. Lebensjahres bei voller Beitragsleistung erworben werden. Beträgt die derart errechnete Summe weniger als 100 Anwartschaftspunkte, so kann ein Nachkauf bis zur Differenz auf 100 Anwartschaftspunkte beantragt werden, wobei für mindestens 0,25 Anwartschaftspunkte der monatliche Normbeitrag gem. § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung für Nichtkassenärzte zuzüglich eines Beitragszuschlages zu entrichten ist. Der Beitragszuschlag beträgt 20%, wenn das Mitglied im Kalenderjahr, in dem es das 45. Lebensjahr vollendet, nachkauft. Kauft das Mitglied in einem höheren Lebensalter nach, erhöht sich der Beitragszuschlag pro Kalenderjahr um 2%.
 - b) Der Nachkauf von Ansprüchen aus dem Fonds der ZV I kann ab dem 1. Jänner des Folgejahres nach Vollendung des 40. Lebensjahres beantragt werden, wobei grundsätzlich die länger zurückliegenden Jahre, ab dem 1. Jänner nach Vollendung des 35. Lebensjahres, berechnet werden. Die Höhe des Nachkaufes umfasst die Differenz zwischen dem Vollbeitrag und dem tat-

sächlich geleisteten Beitrag, wobei einschließlich der bisher geleisteten Beiträge die höchstmögliche Bemessungsgrundlage gem. § 12 Abs. 2 der Beitragsordnung nicht überschritten werden darf. Neben den Beiträgen sind die entgangenen Zinsen und Zinseszinsen zu entrichten. Die Höhe des Zinssatzes entspricht dem durchschnittlichen Ertrag vor Rücklagendotation gemäß der Bilanzen der letzten 10 Jahre. Nach Ausschöpfung aller Nachkaufszeiten ist der laufende Beitrag gem. § 12 Abs. 1 der Beitragsordnung vorzuschreiben. Eventuell gewährte Ermäßigungen treten damit außer Kraft. Ein Nachkauf von Beitragszeiten ist nicht möglich, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des Nachkaufes auch Beiträge zur Zusatzversorgung II entrichtet werden.

- c) Der Nachkauf von Ansprüchen aus dem Fonds der ZV II kann ab Vollendung des 40. Lebensjahres beantragt werden, wobei grundsätzlich die länger zurückliegenden Jahre berechnet werden. Die Höhe des Nachkaufes umfasst die Differenz zwischen dem Vollbeitrag und dem tatsächlich geleisteten Beitrag. Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1996, dem Zeitpunkt der Einführung der Zusatzversorgung II, können nicht nachgekauft werden. Ein Nachkauf von Beitragszeiten ist weiters nicht möglich, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des Nachkaufes auch Beiträge zur Zusatzversorgung I entrichtet werden.
- d) Der Nachkauf von Beiträgen zum Fonds der PensionPlus+ kann bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres beantragt werden. Es können die Beiträge jener Beitragsklasse nachgekauft werden, in der die laufende Beitragspflicht besteht. Die maximale Höhe des Nachkaufs darf den Betrag nicht übersteigen, der bei einer Beitragszahlung nach Vollendung des 45. Lebensjahres entrichtet worden wäre. Der Nachkauf vermindert sich um die bisher geleisteten Beiträge.

§ 33 Alters-, vorzeitige Alters- und Invaliditätsversorgung

- (1) Die Altersversorgung ist auf Antrag nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu gewähren.

Die Höhe der Altersversorgung aus dem Fonds der Grundversorgung beträgt für 100 Anwartschaftspunkte, die durch die Beitragsleistung des Antragstellers und durch die Beitragsleistungen der Notstandshilfe erworben wurden, monatlich € 1.334,80. Wurden bis zum Versorgungsstichtag mehr oder weniger Anwartschaftspunkte erworben, wird die Leistung entsprechend erhöht oder gekürzt. Liegt der Versorgungsstichtag nach dem frühest möglichen Stichtag für die volle Altersversorgung, gebührt für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme ein Zuschlag

in Höhe von 0,35 Prozent, wobei in Summe 21 Prozent nicht überschritten werden dürfen.

Die Höhe der Altersversorgung aus dem Fonds der ZV I beträgt 1,2 % der gemäß § 12 der Beitragsordnung einbezahlten Beitragsleistung.

Die Höhe der Altersversorgung aus dem Fonds der ZV II errechnet sich wie folgt: Die Summe der vom Antragsteller bis zum Versorgungsstichtag einbezahlten Beiträge abzüglich des in Anhang 2 festgelegten Deckungsbeitrages, zuzüglich der von der Erweiterten Vollversammlung nach den auf der Grundlage von Anhang 2 beschlossenen jährlichen Ergebniszuteilungen wird mit dem von der Erweiterten Vollversammlung beschlossenen Verrentungsfaktor multipliziert. Daraus ergibt sich die monatliche Leistung. Die jährliche Ergebniszuteilung eines Kalenderjahres wird basierend auf der gemäß Anhang 2 definierten Vorgehensweise ermittelt, von der Erweiterten Frühjahressvollversammlung anlässlich des Jahresabschlusses festgestellt und spätestens mit dem der Vollversammlung folgenden Monatsersten den individuellen Kapitalkonten der anspruchsberechtigten Mitglieder zugeschlagen, die noch keine Versorgungsleistung beziehen. Liegt zum Zeitpunkt der Antragstellung auf eine Versorgungsleistung noch kein Vollversammlungsbeschluss über das Ergebnis des Vorjahres und/oder des laufenden Jahres vor, so erfolgt die Ergebniszuteilung unter Zugrundelegung des Basiszinssatzes nach Anhang 2.

Der Verrentungsfaktor wird von der Erweiterte Vollversammlung nach Einholung eines versicherungsmathematischen Gutachtens auf der Grundlage des in Anhang 2 festgelegten Basiszinssatzes und der jeweils aktuellen biometrischen Rechnungsgrundlagen, die die durchschnittliche Lebenserwartung berücksichtigen, beschlossen.

- (2) Die vorzeitige Altersversorgung ist auf Antrag nach Vollendung des 60. Lebensjahres unter der Voraussetzung zu gewähren, dass mit Versorgungsstichtag die aufgrund von Kassen- oder Dienstverhältnissen ausgeübte (zahn)ärztliche Tätigkeit eingestellt wird.

Die Höhe der vorzeitigen Altersversorgung aus dem Fonds der Grundversorgung ist von den durch die Beitragsleistung des Antragstellers einschließlich der von der Notstandshilfe übernommenen Beiträge abhängig und wird analog zu Abs. 1 errechnet. Diese Berechnungsgrundlage wird für jeden Monat vor Vollendung des 65. Lebensjahres um 0,4 Prozent gekürzt.

Die Höhe der vorzeitigen Altersversorgung aus dem Fonds der ZV I beträgt 1,2 % der einbezahlten Beiträge. Die errechnete Leistung wird für jeden Monat vor Vollendung des 65. Lebensjahres um 0,4 Prozent gekürzt.

Die Höhe der vorzeitigen Altersversorgung aus dem Fonds der ZV II wird unter Berücksichtigung des individuellen Verrentungsfaktors analog zur Altersversorgung gem. Abs. 1 ermittelt.

- (3) Die Invaliditätsversorgung ist auf Antrag dann und solange zu gewähren, als das Mitglied nach Beendigung des Krankengeldbezuges infolge eines körperlichen oder geistigen Gebrechens an der Ausübung seines ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend zur Gänze behindert ist und jegliche ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit mit Versorgungsstichtag eingestellt hat. Der Leistungsfall der vorübergehenden Berufsunfähigkeit liegt jedenfalls nicht vor, wenn diese weniger als drei Monate andauert. Der Verwaltungsausschuss ist berechtigt, zur Feststellung der Voraussetzungen eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen. Die Höhe der Invaliditätsversorgung aus dem Fonds der Grundversorgung ist von den durch die Beitragsleistung des Antragstellers und durch die Beitragsleistungen der Notstandshilfe individuell erworbenen Anwartschaftspunkten abhängig und wird analog zu Abs. 1 errechnet. Im Falle der Invalidität vor Vollendung des 60. Lebensjahres werden bei ordentlichen Kammerangehörigen die zwischen dem Pensionsstichtag und der Vollendung des 60. Lebensjahres liegenden Monate beitragsfrei mit 0,25 Anwartschaftspunkte bewertet. Dies gilt auch für außerordentliche Mitglieder der Wohlfahrtskasse, denen ein Erwerb von Anwartschaftspunkten ohne Beitragsleistung oder mit Ruhen gem. § 12 Abs. 4 der Satzung vom Verwaltungsausschuss bewilligt wurde. Diese errechnete Leistung wird für jeden Monat vor Vollendung des 65. Lebensjahres um 0,4 Prozent, maximal jedoch um 24 %, gekürzt. Die Höhe der Invaliditätsversorgung aus dem Fonds der ZV I beträgt 1,2 % der einbezahlten Beiträge. Die errechnete Leistung wird für jeden Monat vor Vollendung des 65. Lebensjahres um 0,4 Prozent, maximal jedoch um 24 %, gekürzt. Die Höhe der Invaliditätsversorgung aus dem Fonds der ZV II wird unter Berücksichtigung des individuellen Verrentungsfaktors analog zur Altersversorgung gem. Abs. 1 ermittelt.

- (4) Wenn bei einer eingetragenen Partnerschaft bzw. einem Ehepaar beide Gatten Mitglieder der Versorgungsabteilung sind, gebührt jedem der beiden Gatten die der Beitragsleistung entsprechende Grund- und Zusatzversorgung gem. Abs. 1 bis 3.

Bemessungsgrundlage der Witwen-/Witwerversorgung, Versorgung des eingetragenen Partners, Kinderunterstützung und Waisenversorgung ist der Anspruch des Leistungsempfängers bzw. des verstorbenen Mitgliedes. Die im § 33 Abs. 2 und 3

angeführten Leistungen bleiben unbeschadet der Bestimmungen des § 15 über die Wertanpassung der Leistungen auch über das 65. Lebensjahr hinaus unverändert.

Versorgungstichtag ist der 1. eines Monats, mit welchem der Leistungsanspruch mit Bescheid zugesprochen wird.

§ 33 a Pension Plus

- (1) Die Pension Plus wird nach Antragstellung, frühestens nach Vollendung des 60. Lebensjahres, bzw. nach Antrag auf eine vorzeitige Altersversorgung gemäß § 33 der Satzung bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Wird kein Antrag auf Gewährung einer laufenden Pensionsleistung gestellt, erfolgt eine Rückzahlung des Kapitals nach Abzug der Kammerumlagen gem. § 10 Abs. 10. Anstelle der Beitragsrückerstattung nach Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. bei Invalidität kann ein Übertrag eines Kapitals zum individuellen Kapitalstand in der Zusatzversorgung II beantragt werden.
- (2) Die Höhe der PensionPlus+ ist abhängig vom individuellen Kapital zum Zeitpunkt des Pensionsantritts und des Alters des Antragstellers. Wird die PensionPlus+ mit Vollendung des 60. Lebensjahres beantragt, erfolgt die Rückzahlung des Kapitals nach Abzug der Kammerumlagen gemäß § 10 Abs. 10 ab Pensionsantritt in 70 Pensionsraten bis Vollendung des 65. Lebensjahres. Bei einer späteren Inanspruchnahme reduziert sich die Anzahl der Pensionszahlungen bis Vollendung des 65. Lebensjahres.
- (3) Das Veranlagungsergebnis der PensionPlus+ wird nach Beschluss der Frühjahressvollversammlung den individuellen Konten zugeschrieben, sofern ein individuelles Guthaben zum Zeitpunkt der Kapitalisierung gegeben ist. Berechnungsbasis hierfür ist das individuelle Kapital zu Beginn des Bilanzjahres. Nach der Ermittlung der Zinsen erfolgt eine Neuberechnung der Pensionshöhe.
- (4) Im Falle des Ablebens des Anspruchsberechtigten wird das individuelle Kapital zum Zeitpunkt des Todes nach Abzug der Kammerumlagen gemäß § 10 Abs. 10 an die Erben im Wege der Verlassenschaft ausbezahlt. Es besteht kein Anspruch auf eine laufende Hinterbliebenen- oder Kinderunterstützung gemäß §§ 34 und 35 der Satzung.

- (5) Bei Inanspruchnahme einer Invaliditätsversorgung gemäß § 33 der Satzung wird das individuelle Kapital nach Abzug der Kammerumlagen gemäß § 10 Abs. 10 an das Mitglied zurück erstattet.

§ 34 Witwen- Witwerversorgung, Versorgung des eingetragenen Partners

- (1) Die Versorgungsleistung wird gewährt:
- a) an Witwen/Witwer/eingetragene Partner von Mitgliedern, die mit ihrem Gatten im Zeitpunkt seines Todes in staatlich gültiger Ehe oder Partnerschaft gelebt haben;
 - b) an Witwen/Witwer/eingetragene Partner aus dem Fonds der Grundversorgung, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 vorliegt, auf Antrag nach 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) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer durch Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte. Hat der frühere Ehegatte/eingetragene Partner gegen das verstorbene Mitglied nur einen befristeten Anspruch auf Unterhaltsleistungen gehabt, so besteht der Anspruch auf eine Versorgungsleistung längstens bis zum Ablauf der Frist. Die Versorgungsleistung darf die Unterhaltsleistung nicht übersteigen, auf die der frühere Ehegatte/eingetragene Partner 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,
 2. die Ehe hat mindestens 15 Jahre gedauert und
 3. der frühere Ehegatte hat zum Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteils das 40. Lebensjahr vollendet.

Die Voraussetzung nach Z. 3 entfällt, wenn

- aa) der frühere Ehegatte seit dem Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft, des Scheidungsurteils erwerbsunfähig ist oder
- bb) 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 Mitgliedes dem Haushalt des früheren Ehegatten angehört und Anspruch auf

Waisenversorgungsgenuss hat; das Erfordernis der Haushaltszugehörigkeit entfällt bei nachgeborenen Kindern.

Alle Versorgungsleistungen dürfen zusammen jenen Betrag nicht übersteigen, auf den das verstorbene Mitglied aus dem Fonds der Grundversorgung Anspruch gehabt hat. Die Versorgung des früheren Ehegatten/eingetragenen Partners ist erforderlichenfalls entsprechend zu kürzen. Die Witwen-(Witwer)versorgung mehrerer früherer Ehegatten oder eingetragener Partner ist im gleichen Verhältnis zu kürzen. Ist kein(e) anspruchsberechtigte(r) Witwe(r) oder kein eingetragener Partner vorhanden, dann ist die Versorgung des früheren Ehegatten so zu bemessen, als ob das Mitglied eine(n) anspruchsberechtigte(n) Witwe(r) oder eingetragenen Partner hinterlassen hätte.

Eine Witwen-(Witwer)versorgung für den früheren Ehegatten und Versorgung eines eingetragenen Partners wird allerdings nur bei Leistung eines zusätzlichen Beitrages (§ 11 Abs. 4 Beitragsordnung) gewährt.

Die Tatsache der Wiederverhehlung oder die neuerliche Begründung einer eingetragenen Partnerschaft ist der Wohlfahrtskasse unter Beischluss der gerichtlichen Unterlagen (Unterhaltsverpflichtung) unverzüglich mitzuteilen.

- (2) Die Witwen-(Witwer)versorgung bzw. Versorgung des eingetragenen Partners wird nicht gewährt, wenn die Ehe/eingetragene Partnerschaft erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Mitgliedes oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung geschlossen wurde und zum Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung weniger als drei Jahre lang bestanden hat. Dies gilt nicht, wenn der Tod des Mitgliedes 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 dem Haushalt der Witwe ein Kind des Verstorbenen angehört hat, das Anspruch auf Waisenversorgung hat.
- (3) Der Anspruch der Witwe, des Witwers oder des eingetragenen Partners gemäß Abs. 1 lit. a) beträgt 60 % der Pension des verstorbenen Mitgliedes aus der Grund- und Zusatzversorgung.
- (4) Im Falle der Wiederverhehlung bzw. Begründung einer neuen eingetragenen Partnerschaft erlischt der Anspruch auf die Versorgungsleistung.

§ 35 Kinderunterstützung und Waisenversorgung

- (1) Die Kinderunterstützung wird an die im § 27 Abs. 2 lit. c) angeführten Kinder des Mitgliedes gewährt, das selbst Invaliditäts- oder Altersversorgung bezieht.
Die Waisenversorgung wird für die Waisen nach Mitgliedern gewährt.
- (2) Über die Volljährigkeit hinaus ist eine Kinderunterstützung oder Waisenversorgung zu gewähren, wenn die betreffende Person
1. das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet;
 2. 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 bzw. Waisenversorgung besteht nicht
1. für Volljährige, die selbst Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 des EStG 1988 – ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis – beziehen, sofern diese den im § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, jeweils festgesetzten monatlichen Betrag übersteigen;
 2. bei Verhehlung/Begründung einer eingetragenen Partnerschaft
- (4) (aufgehoben)
- (5) Die Kinderunterstützung beträgt monatlich:
- | | | |
|----------|---|------|
| a) | bis zum vollendeten 10. Lebensjahr des Kindes | 18 % |
| b) | darüber bis zum vollendeten 16. Lebensjahr | 22 % |
| c) | ab dem vollendeten 16. Lebensjahr | 26 % |

der Grundversorgung des Leistungsempfängers. Die Höhe der Kinderunterstützung darf jedoch den im § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes angeführten Betrag nicht überschreiten, es sei denn, dass kein Anspruch auf eine Familienbeihilfe gegeben ist.

- (6) Für Halbweisen von Mitgliedern erhöhen sich die Sätze gemäß Abs. 5 um 25 % und haben mindestens 10 % der gesamten Alters- oder Invaliditätsversorgung zu betragen, die dem Mitglied im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.
- (7) Für Vollweisen von Mitgliedern erhöhen sich die Sätze gemäß Absatz 6 um 100 % und haben mindestens 20 % der gesamten Alters- oder Invaliditätsversorgung zu betragen, die dem Mitglied im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.
- (8) Sind mehrere Waisen vorhanden, darf die Waisenversorgung insgesamt das Zweifache der Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht übersteigen.
- (9) Die Kinderunterstützungen und Waisenversorgungen setzen sich zusammen aus einem Unterhaltsbetrag und einer Beihilfe für Zwecke der Ausbildung.
- (10) Für Kinder und Waisen von Ehepaaren, die beide Mitglieder der Versorgungsabteilung sind, wird die Kinderunterstützung bzw. Waisenversorgung doppelt gewährt.
- (11) Den unversorgten Vollweisen gebührt außer der Waisenversorgung nach Abs. 7 die Witwenzusatzleistung für die gleiche Dauer wie die Leistungen gemäß Abs. 1 und 2. Diese Zusatzleistungen werden bei mehreren Vollweisen verhältnismäßig geteilt und dürfen in ihrer Gesamtheit die volle bzw. gemäß Abs. 12 die doppelte Witwenzusatzleistung nicht übersteigen.
- (12) Für Kinder nach verstorbenen Mitgliedern, deren Ehe für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist und die zum Zeitpunkt des Todes weder unterhaltspflichtig waren noch sich wieder verhehelicht haben, gelten die Bestimmungen für Vollweisen sinngemäß.

§ 35 a Gemeinsame Bestimmungen für die Alters-, vorzeitige Alters-, Invaliditäts-, Witwen- und Witwer-, sowie Waisenversorgung und Kinderunterstützung

Erreichen die unbefristeten Leistungen gemäß §§ 33, 34 und 35 in Summe weniger als ein Zehntel der in § 98 Abs. 3 Ärztegesetz angeführten Grundleistung (€ 71,66 brutto monatlich), so erfolgt eine Abfindung unter Bedachtnahme der statistischen Lebenserwar-

tung und der vom Versicherungsmathematiker zuletzt angewandten Sterbetafel. Befristete Leistungen werden bis zum Ablauf der Frist abgefunden.

Für den Fall der Abfertigung ist jedenfalls eine Leistung aus dem Fonds der Notstandshilfe gemäß § 30 lit. a) bis d) ausgeschlossen.

§ 35 b Hinterbliebenenunterstützung

(1a) Ansprüche auf Hinterbliebenenunterstützung verjähren nach Ablauf von 42 Monaten ab dem Tod des Mitglieds.

(1) Die Hinterbliebenenunterstützung in Höhe des Absatzes 2 wird aus dem Fonds der Todesfallbeihilfe beim Tod eines Mitglieds an die im Abs. 3 angeführten Anspruchsberechtigten gewährt.

(2) Für jeden nicht ermäßigten Beitrag gemäß § 13 der Beitragsordnung werden 0,4 Anwartschaftspunkte pro Monat, maximal in Summe jedoch 100 Anwartschaftspunkte erworben. Werden weniger Anwartschaftspunkte infolge kürzerer oder ermäßigter Beitragsleistung erworben, werden die Leistungen verhältnismäßig gekürzt. Ist der Leistungsanfall vor Vollendung des 60. Lebensjahres, werden die bis dahin fehlenden Monate in der Höhe des zuletzt vom Mitglied bezahlten Beitrages mit entsprechenden Anwartschaftspunkten beitragsfrei zuerkannt. Die beitragsfreie Zuerkennung der zuletzt durch Beitragsleistung erworbenen Anwartschaften gilt auch für Zeiten, wenn ein Erwerb von Anwartschaftspunkten ohne Beitragsleistung oder mit Ruhen der Beiträge gem. § 12 Abs. 4 der Satzung vom Verwaltungsausschuss bewilligt wurde.

Die maximale Höhe der Hinterbliebenenunterstützung beträgt € 37.900,00 sowie zusätzlich 19 % der Hinterbliebenenunterstützung für jede unversorgte Waise bis zum vollendeten 27. Lebensjahr im Sinne der Bestimmungen des § 27 Abs. 2. Werden zum Zeitpunkt des Todes ermäßigte Beiträge entrichtet, beträgt die maximale Leistung für 100 Anwartschaftspunkte € 17.200,00 sowie 21 % für jede unversorgte Waise bis zum vollendeten 27. Lebensjahr im Sinne der Bestimmungen des § 27 Abs. 2.

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

- die Witwe/Witwer/eingetragener Partner
 - die Waisen
 - sonstige gesetzliche Erben.
- (4) Abweichend von Abs. 3 hat nur der unversorgte Waise Anspruch auf den Waisenzuschlag nach Abs. 2.
- (5) Sind mehrere Waisen vorhanden, ist diesen die Hinterbliebenenunterstützung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

§ 36 Bestattungsbeihilfe

- (1) Bestattungsbeihilfe wird beim Tod eines Mitglieds aus dem Fonds der Todesfallbeihilfe an die im § 35 b Abs. 3 angeführten anspruchsberechtigten Empfänger der Hinterbliebenenunterstützung gewährt.
- (2) Die Höhe der Bestattungsbeihilfe beträgt € 3.500,00.
- (3) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des § 35 Abs. 3 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur maximalen Höhe der Bestattungsbeihilfe nach Abs. 2.

§ 37 Anpassung der Leistungen der Versorgungsabteilung und Angleichung der Beiträge

- (1) Bezüglich der Anpassung der Leistungen der Versorgungsabteilung, mit Ausnahme der PensionPlus+ gem. § 33 a, der Hinterbliebenenunterstützung gem. § 35 b und der Bestattungsbeihilfe gem. § 36, gelten die Bestimmungen des § 15a, für die Angleichung der Beiträge die des § 21 sinngemäß.
- (2) Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner des betreffenden Jahres sind die laufenden Leistungen der Versorgungsabteilung mit Ausnahme der Leistungen aus dem Fonds der PensionPlus+ mit dem Anpassungsfaktor (Leistungsfaktor) zu vervielfachen. Der Anpassung ist die Leistung zugrunde zu legen, auf die nach dem 31.12. des vorangegangenen Jahres in Geltung gestandenen Vorschriften Anspruch bestand. Derselbe Vorgang gilt sinngemäß für die Angleichung der Beiträge.

- (3) Die laufenden Leistungen aus der Versorgungsabteilung werden vierzehnmal im Jahr gewährt. Das Urlaubsgeld wird mit dem Junibezug, das Weihnachtsgeld mit dem Novemberbezug in voller Höhe ohne Aliquotierung ausbezahlt.

IX. Schlussbestimmungen

§ 38 Übergangsbestimmungen

- (1) Die am 31. Mai 1969 nach den Bestimmungen der in diesem Zeitpunkt in Geltung gestandenen Satzung erworbenen Ansprüche und Anwartschaften auf Fondsleistungen in Sinne des § 98 Abs. 1 und 2 und des § 105 des Ärztegesetzes 1998 bleiben unberührt.
- (2) Bereits bestehende Doppelmitgliedschaften oder Mitgliedschaften zum Wohlfahrtsfonds früherer Ärztekammern bleiben aufrecht.
- (3) Als außerordentliche Mitglieder können auch ehemalige Pflichtmitglieder der Wohlfahrtskasse angehören, wenn ihnen dies über Ansuchen in besonders begründeten berücksichtigungswürdigen Ausnahmefällen bewilligt wird. Die Bestimmungen des § 12 Abs. 2-4 finden sinngemäß Anwendung.
- (4) Für Mitglieder der ehemaligen zusätzlichen Todesfallbeihilfe, die im Zeitpunkt ihres Inkrafttretens, das ist am 1. Juli 1961, im Bezug der Invaliditäts-, Alters- oder Notstandshilfe standen und für Mitglieder, die bisher nur der ehemaligen zusätzlichen Todesfallbeihilfe angehörten, wird der Betrag nur in halber Höhe eingehoben, die ehemalige zusätzliche Todesfallbeihilfe nur in halber Höhe gewährt.
- (5) Spitalsärzte und angestellte Ärzte in nicht leitender Stellung ohne Praxis, die auf Grund des Ärztegesetzes und dieser Satzung Pflichtmitglieder der Versorgungsabteilung werden, haben für jedes Jahr um das das Beitrittsalter höher als 35 Jahre ist, eine Nachzahlung in der Höhe von 80 % des Beitrages zur Grundversorgung für Spitalsärzte nach § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung zu entrichten. Für die Entrichtung der Nachzahlung können bis zu 10 Jahresraten bewilligt werden, wobei der jeweilige Restbetrag zu verzinsen ist. Diese Fälle können nach § 21 Abs. 5 oder nach § 30 i) behandelt werden.
- (6) a) Ärzten, die laufende Leistungen aus der Versorgungs- bzw. Notstandshilfeabteilung beziehen, kann aus der Notstandshilfe ein Ergänzungszuschuss bis zum Höchstmaß von monatlich brutto € 651,00 gewährt werden, soweit dadurch die Gesamtbruttoeinnahmen (Bruttosumme aller Renten, Pensionen, sonstigen regelmäßigen Zuwendungen einschließlich allfälliger Bruttoer-

werbsumsätze analog den im § 2 Abs. 3*) EStG 1988 aufgezählten Einkunftsarten, ausgenommen die laufenden Leistungen für Kinder nach den Bestimmungen dieser Satzung sowie die gesetzliche Familienbeihilfe) jährlich € 33.969,50 nicht übersteigen.

- *) Einkünfte aus: Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb, nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung und sonstige Einkünfte im Sinne des § 29 EStG 1988
- b) Dieser Ergänzungszuschuss wird über Antrag, insbesondere nach Maßgabe der wirtschaftlichen Situation des Arztes, des Umfangs und der Dauer der Mitgliedschaft zur Wohlfahrtskasse gewährt.
- c) Von der Gewährung des Ergänzungszuschusses sind insbesondere ausgeschlossen:
- aa) Ärzte, die die satzungsmäßige Befreiung von der Versorgungsabteilung (Grund- bzw. Zusatzversorgung) ganz oder teilweise in Anspruch genommen haben;
- bb) Ärzte, die die satzungsmäßigen Nachzahlungsmöglichkeiten nicht oder nicht zur Gänze wahrgenommen haben;
- cc) Kassenvertragsärzte, die aufgrund ihrer anderweitigen Versorgung in den letzten fünf vollen Kalenderjahren vor Anspruch auf laufende Leistungen aus der Wohlfahrtskasse von der Möglichkeit des § 32 Abs. 2 der Satzung (Überhanganrechnung) Gebrauch gemacht haben;
- dd) Ärzte, die in den letzten fünf vollen Kalenderjahren vor Anspruch auf laufende Leistungen aus der Wohlfahrtskasse der Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 der Beitragsordnung (Zusatzversorgung Differenznachzahlung auf den Beitrag der Nichtkassenärzte) nicht nachgekommen sind;
- ee) Ärzte, die von den Befreiungsmöglichkeiten nach dem Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger (Bundesgesetzblatt Nr. 624/1978) lt. § 16 Zl. 1 (Vollendung des 50. Lebensjahres) bzw. Zl. 2 (nach dem ASVG in der Pensionsversicherung Weiterversicherte) bei Nichterreicherung der Höchstbeitragsgrundlage Gebrauch gemacht haben;
- ff) Ärzte, die ohne hinreichenden Grund von der Möglichkeit des nachträglichen Einkaufs von Versicherungszeiten nach § 20 des Bundesgesetzes über (die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger nicht Gebrauch gemacht haben;
- gg) Mitglieder, die die vorzeitige Altersversorgung nach § 33 Abs. 8 beanspruchen.

Härtefälle sollen vom Verwaltungsausschuss unter Bedachtnahme auf den Einzelfall behandelt werden.

- d) Der Ergänzungszuschuss wird vierzehnmal im Jahr gewährt und erlischt jedenfalls mit dem Tode des Arztes.
- (7)
- a) aktiv tätigen Ärzten die mit Stichtag 31.12.1982 bei Aufrechterhaltung der ärztlichen Tätigkeit die Altersversorgung der Wohlfahrtskasse wegen Vollendung des 70. Lebensjahres bereits beziehen, ist diese bis 31.12.1986 nach den bis Ende 1982 geltenden Bestimmungen des § 33 weiter zu gewähren;
 - b) aktiv tätigen Ärzten, die mit Stichtag 31.12.1982 das 70. Lebensjahr vollendet haben und um die Altersversorgung bei Aufrechterhaltung der ärztlichen Tätigkeit innerhalb einer bestimmten Frist, das ist bis spätestens 31.12.1984 ansuchen, ist die Altersversorgung bis 31.12.1986 nach den bis Ende 1982 geltenden Bestimmungen des § 33 zu gewähren;
 - c) aktiv tätige Ärzte, die bis spätestens 31.12.1984 das 70. Lebensjahr vollenden, haben bei Aufrechterhaltung der ärztlichen Tätigkeit Anspruch auf die Altersversorgung bis 31.12.1986 nach den bis Ende 1982 geltenden Bestimmungen des § 33;
 - d) bei Ärzten nach lit. b) wird ein bis 31.12.1982, bei Ärzten nach lit. c) ein bis 31.12.1984 allenfalls erworbener Leistungsbonus entsprechend berücksichtigt. Ab 1.1.1987 gelten für alle Ärzte nach lit. a) bis c) die allgemeinen Bestimmungen der Satzung, wobei ein allenfalls bereits erworbener Leistungsbonus entsprechend zu berücksichtigen ist.
- (8) Bis 31.12.1988 kann die Alters- oder Invaliditätsversorgung nach der bis Ende 1987 geltenden Fassung des § 33 dieser Satzung in Anspruch genommen werden, sofern diese gegenüber der ab 1.1.1988 geltenden Fassung günstiger ist. Für alle Ärzte, die nach der bis Ende 1987 geltenden Fassung des § 33 einen Anspruch auf Alters- oder Invaliditätsversorgung erworben haben, bleibt § 33 in der bis Ende 1987 geltenden Fassung für die gesamte Dauer des Bezuges aufrecht.
- (9) Sofern eine Teilaltersversorgung vor dem 1. Juli 1991 nach den Satzungsbestimmungen in der Fassung bis zum 1. April 1991 beansprucht wurde, ist die Einstellung der gesamten ärztlichen Tätigkeit für die Dauer von einem Monat im Sinne des § 33 Abs. 3 in der Fassung ab 1. April 1991 nicht erforderlich.

- (10) Die Überhanganrechnung lt. § 32 Abs. 2 für Kassenärzte in der Fassung bis 31.12.1991 bleibt für jene Kammermitglieder bis einschließlich 31.12.1992 in Kraft, welchen bis zum Stichtag 2.7.1992 auf Antrag die Überhanganrechnung bewilligt wurde.
- (11) Für Kammerangehörige, die zum Stichtag 2.7.1992 eine Ermäßigung des Beitrages zur Zusatzversorgung im Sinne des § 32 beantragt und bewilligt erhalten und mit Stichtag 1.1.1992 das 40. Lebensjahr vollendet haben, läuft die gewährte Ermäßigung mit 31.12.1993 aus. Eine Ermäßigung über diesen Zeitpunkt hinaus wird nur dann gewährt, wenn bis dahin vom Kammerangehörigen beantragt wird, die bisherige Ermäßigungsquote beizubehalten oder auf eine Ermäßigung bis 50 % des Beitrages zur Zusatzversorgung - nach § 32 Abs. 3 in der jeweils gültigen Fassung ab 1.1.1992 - umzustellen. Die Wirksamkeit tritt spätestens mit 1.1. des der Antragstellung folgenden Jahres ein. Eine Verminderung des beantragten und zugesprochenen Ermäßigungsprozentsatzes (Erhöhung des Beitrages), ist bis zum Pensionsstichtag nicht möglich.
- (12) Personen, die nach § 30 lit. d) in der bis 31.12.1993 geltenden Fassung Leistungen bezogen haben, beziehen diese nach den bis 31.12.1993 geltenden Bestimmungen weiter.
- (13) Laufende Leistungen aus den Fonds der Grund- und Zusatzversorgung sowie der Notstandshilfe an Mitglieder, Witwen/Witwer, Kinder oder Waisen, die aufgrund der bis 31.12.1995 geltenden Satzungslage zugesprochen wurden, bleiben entsprechend der bis zum 31.12.1995 geltenden Satzungslage weiterhin aufrecht.
- (14) Mitglieder, die bis zum 31.12.1995 Beiträge nach der Altersstaffel des § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung in der bis 31.12.1995 geltenden Fassung geleistet haben, haben ab 1.1.1996 Beiträge nach § 11 Abs. 3 zu leisten, sofern sie nicht bis spätestens 31.12.1996 erklären, Beiträge nach § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung leisten zu wollen. Diese Mitglieder haben allerdings ab dem Zeitpunkt, zu dem sie das 30., 35., 40., 45. Lebensjahr vollenden oder sich niederlassen, den Beitrag nach § 11 Abs. 2 der Beitragsordnung zu bezahlen, sofern sie nicht eine Ermäßigung im Sinne des § 32 Abs. 2 in Anspruch nehmen.
- (15) Für Beiträge zur Grundversorgung, die bis 31.12.1995 geleistet wurden, gebühren, unabhängig, ob die Altersstaffelung des § 11 Abs. 2 der bis 31.12.1995 geltenden

Beitragsordnung in Anspruch genommen wurden oder nicht, die vollen Anwartschaftspunkte (0,25 Punkte pro Monat).

Wurden allerdings auf die nach § 11 Abs. 2 vorgesehenen Beiträge Ermäßigungen gewährt, so werden die Anwartschaftspunkte um den der Ermäßigung entsprechenden Prozentsatz gekürzt.

- (16) Der Abschlag gemäß § 30 lit. k) und § 33 Abs. 3 beträgt mit Versorgungsstichtag im Jahr 1996 0,1 % pro Monat, maximal jedoch 6 %, 1997 0,2 % pro Monat, maximal jedoch 12 % und 1998 0,3 % pro Monat, maximal jedoch 18 % der Bemessungsgrundlage.
- (17) In Abweichung zum § 25 Abs. 2 lit. f) der Satzung erfolgt die Einbeziehung in den reduzierten Versicherungsschutz (§ 28 Abs. 5 der Satzung) für Mitglieder und Angehörige, die über die Landeskrankenfürsorge krankenversichert sind, mit Beginn des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde, frühestens jedoch mit Jänner 2003, sofern der Antrag vor 2004 gestellt wird.
- (18) Die im § 35 b angeführte Berechnungen der Höhe der Hinterbliebenenunterstützungen kommen zur Anwendung, wenn das Mitglied nach 2004 erstmals Anwartschaften erworben hat. Für alle anderen Mitglieder gelten hinsichtlich der Höhe der Hinterbliebenenunterstützungen bzw. der Bestattungsbeihilfe die im § 35 b und § 36 angeführten Leistungen ohne Kürzung.
- (19) Die bisher vom Fonds der Notstandshilfe bezahlten Versorgungsleistungen gem. § 30 lit. k werden ab 2006 wieder vom Fonds der Grundversorgung getragen.
- (20) Abweichend vom § 32 können Beitragspflichtige Beitragszeiten zur PensionPlus+ bis Jahresende 2010 nachkaufen, auch wenn sie bereits das 60. Lebensjahr vollendet haben.
- (21) Beim Nachkauf von Beitragszeiten zur PensionPlus+ für Zeiträume vor Dezember 2008 werden die Beiträge der Beitragsordnung gemäß § 12 a in der Fassung 2008 berücksichtigt.
- (22) Sofern das erhöhte Krankengeld mit Stichtag 31.12.2009 bezogen wird, wird dieses gemäß der Satzung 2009 bis längstens zum Ablauf von 13 Wochen erhöht gewährt.

- (23) Zusätzlich zur jährlichen Anpassung der persönlichen Beiträge wird ab 2018 der Beitrag zur Grundversorgung in 4 Jahresschritten um jeweils € 2,- bis 10,- je Beitragsstaffel angehoben, um den Entfall der Gemeinschaftsbeiträge gegenfinanzieren zu können.

§ 39 Wirksamkeitsbeginn

- (1) Diese Satzung tritt am 1. Jänner 1970 in Kraft. Mit gleichem Datum verliert die bisher geltende Geschäftsordnung der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich unter Bedachtnahme auf § 38 Abs. 1 dieser Satzung ihre Wirksamkeit.
- (2) Die in der außerordentlichen Vollversammlung vom 28. November 1970 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1971 in Kraft.
- (3) Die in der Vollversammlung vom 17. Dezember 1971 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1972 in Kraft.
- (4) Die in der Vollversammlung vom 21. Dezember 1972 beschlossener Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1973 in Kraft.
- (5) Die in der Vollversammlung vom 20. Dezember 1973 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1974 in Kraft.
- (6) Die in der Vollversammlung vom 19. Dezember 1974 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1975 in Kraft. Die Bestimmungen des § 16 Abs. 4 treten rückwirkend mit 1. Jänner 1974 in Kraft.
- (7) Die in der Vollversammlung vom 18. Dezember 1975 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1976 in Kraft.
- (8) Die in der Vollversammlung vom 17. Dezember 1976 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1977 in Kraft.
- (9) Die in der Vollversammlung vom 16. Dezember 1977 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1978 in Kraft.
- (10) Die in der Vollversammlung vom 22. Dezember 1978 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1979 in Kraft.

- (11) a) Die in der Vollversammlung vom 25. Juni 1979 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen hinsichtlich der §§ 27 und 30 g treten mit 1. Jänner 1979 in Kraft.
- b) Die in der Vollversammlung vom 25 Juni 1979 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen hinsichtlich der §§ 5, 6, 7, 23, 30 k, 36 treten mit 1. März 1979 in Kraft.
- (12) Die in der Vollversammlung vom 15. Dezember 1979 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1980 in Kraft.
- (13) Die in der außerordentlichen Vollversammlung vom 6. Oktober 1980 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1981 in Kraft.
- (14) Die in der Vollversammlung vom 11. Dezember 1981 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1982 in Kraft.
- (15) Die in der Vollversammlung vom 16 Dezember 1982 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1983 in Kraft.
- (16) Die in der Vollversammlung vom 16. Dezember 1983 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1984 in Kraft.
- (17) Die in der Vollversammlung vom 13. Dezember 1984 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1985 in Kraft, jene hinsichtlich des § 14 Abs. 4 mit 1 Jänner 1984.
- (18) Die in der Vollversammlung vom 12. Dezember 1985 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1986 in Kraft.
- (19) Die in der Vollversammlung vom 19. Dezember 1986 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1987 in Kraft.
- (20) Die in der Vollversammlung vom 18. Dezember 1987 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1988 in Kraft.
- (21) Die in der Vollversammlung vom 15. Dezember 1988 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1989 in Kraft.

- (22) Die in der Vollversammlung vom 21. Dezember 1989 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1990 in Kraft.
- (23) Die in der Vollversammlung vom 20. Dezember 1990 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1991 in Kraft.
- (24) Die in der Vollversammlung vom 1. Juli 1991 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. April 1991 in Kraft.
- (25) Die in der Vollversammlung vom 19. Dezember 1991 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1992 in Kraft.
- (26) Die in der Vollversammlung vom 2. Juli 1992 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1992 und § 15 Abs. 7 mit 2. Juli 1992 in Kraft.
- (27) Die in der Vollversammlung vom 17. Dezember 1992 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1993 in Kraft.
- (28) Die in der Vollversammlung vom 16. Dezember 1993 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1994 in Kraft.
- (29) Die in der Vollversammlung vom 15.12.1994 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1995 in Kraft.
- (30) Die in der Vollversammlung vom 21. Dezember 1995 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1996 in Kraft.
- (31) Die in der Vollversammlung vom 1. Juli 1996 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Oktober 1996 in Kraft.
- (32) Die in der Vollversammlung vom 19.12.1996 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft.
- (33) Die in der Vollversammlung vom 3.7.1997 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.7.1997 in Kraft.

- (34) Die in der Volksversammlung vom 18.12.1997 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1998 in Kraft.
- (35) Die in der Vollversammlung vom 3. 12. 1998 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 1999 in Kraft.
- (36) Die in der Vollversammlung vom 13. 12. 1999 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2000 in Kraft.
- (37) Die in der Vollversammlung vom 21. 12. 2000 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.
- (38) Die in der Vollversammlung vom 21. 12. 2000 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft. Änderungen betreffend die §§ 5, 6, 8, 9, 33 Abs. 3, 35 Abs. 1 und 3 lit. a) mit der entsprechenden Veröffentlichung des geänderten Ärztegesetzes, frühestens mit 1. Jänner 2001.
- (39) Die in der Vollversammlung vom 20. 12. 2001 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.
- (40) Die in der Vollversammlung vom 19. 12. 2002 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2003 in Kraft.
- (41) Die in der Vollversammlung vom 18. 12. 2003 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2004 in Kraft.
- (42) Die in der Vollversammlung vom 16. 12. 2004 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.
- (43) Die in der Vollversammlung vom 22. 12. 2005 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit Ausnahme der Änderungen betreffend die Neukonstituierung der Organe mit 1. Jänner 2006 in Kraft. Letztere treten nach Ablauf der jetzigen Funktionsperiode in Kraft.
- (44) Die in der Vollversammlung vom 18. 12. 2006 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2007 in Kraft.

- (45) Die in der Vollversammlung vom 20.12.2007 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit Ausnahme der Änderungen in den §§ 4, 10, 14, 16, 31, 32, 33a, 35a, 37, und 38 mit 1. Jänner 2008 in Kraft. Die angeführten Ausnahmen treten mit 1. Dezember 2008 in Kraft.
- (46) Die in der Vollversammlung vom 18. 12. 2008 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft.
- (47) Die in der Vollversammlung vom 10. 12. 2009 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2010 in Kraft.
- (48) Die in der Vollversammlung vom 20. 12. 2010 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2011 in Kraft.
- (49) Die in der Vollversammlung vom 19. 12. 2011 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2012 in Kraft.
- (50) Die in der Vollversammlung vom 17.12.2012 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.
- (51) Die in der Vollversammlung vom 1.7.2013 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten rückwirkend mit 1.1. 2013 in Kraft.
- (52) Die in der Vollversammlung vom 19.12.2013 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2014 in Kraft.
- (53) Die in der Vollversammlung vom 18.12.2014 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2015 in Kraft.
- (54) Die in den Vollversammlungen vom 29.6.2015 und 21.12.2015 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2016 in Kraft.
- (55) Die in der Vollversammlung vom 19.12.2016 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2017 in Kraft.
- (56) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 21.12.2017 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2018 in Kraft.

- (57) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 2.7.2018 beschlossene Änderung tritt mit 1.1.2018 in Kraft.
- (58) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 17.12.2018 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2019 in Kraft.
- (59) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 01.07.2019 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten rückwirkend mit 1.1.2019 in Kraft.
- (60) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 19.12.2019 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2020 in Kraft.
- (61) Die durch schriftliche Abstimmung (Umlaufbeschluss) der erweiterten Frühjahressvollversammlung 2020 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2020 in Kraft.
- (62) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 21.12.2020 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2021 in Kraft.
- (63) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 05.07.2021 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2021 in Kraft.
- (64) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 20.12.2021 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2022 in Kraft.
- (65) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 04.07.2022 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.1.2022 in Kraft.
- (66) Die in der erweiterten Vollversammlung vom 19.12.2022 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen treten mit 1.2.2023 in Kraft.

X. Anhänge

Anhang 1

Pensionsanpassung in der Grundversorgung

1. Vorbemerkungen zum Anpassungsmodell

Das Berechnungsmodell leitet sich aus der Formel zur Berechnung des Deckungsgrades nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren ab und basiert auf der Feststellung einer Schwankungsreserve in Kombination mit der Erreichung eines bestimmten Deckungsgrades.

Die Schwankungsreserve stellt eine wesentliche Grundlage für die Festlegung der Leistungsanpassung dar. Eine positive Schwankungsreserve bedeutet, dass mehr Vermögen zur Verfügung steht als man für die Erfüllung des festgelegten Zieldeckungsgrades benötigt. Eine negative Schwankungsreserve bedeutet hingegen, dass zu wenig Vermögen vorhanden ist um den Zieldeckungsgrad zu erreichen. Die Schwankungsreserve zeigt in Form eines Euro-Betrages, wieviel Vermögen für eine etwaige (zusätzliche) Anpassung der Leistungen zur Verfügung steht.

Die Berechnungen im Zusammenhang mit dem Anpassungsmodell sind von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen durchzuführen. Bei einer wesentlichen Veränderung von Faktoren, welche die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit der Versorgungsabteilung maßgeblich beeinflussen könnten (z.B. negative Veranlagungsergebnisse über mehrere Jahre, nicht vorhersehbare negative demographische Entwicklung des Bestandes, langfristig starkes Überschreiten der Beiträge durch die ausbezahlten Leistungen, etc.), ist das Modell jedenfalls auf seine weitere Funktionalität zu überprüfen und gegebenenfalls entsprechend anzupassen.

2. Festzulegende Parameter

Das Anpassungsmodell unterscheidet zwischen Parametern, welche durch Vorschlag des Verwaltungsausschusses (basierend auf einem Vorschlag des versicherungsmathematischen Sachverständigen) und anschließender Beschlussfassung durch die erweiterte Vollversammlung festgelegt werden (beschlussfähige Parameter) und jenen Parametern, welche vom versicherungsmathematischen Sachverständigen festgestellt (vorgegebene Parameter) werden.

2.1. Beschlussfähige Parameter

2.1.1. Zieldeckungsgrad

Der Zieldeckungsgrad entspricht jenem Deckungsgrad, welcher langfristig die Erfordernisse, den dauernden Bestand und die Leistungsfähigkeit der Versorgungsabteilung sichern soll. Die Angemessenheit des Zieldeckungsgrades ist im Zuge des versicherungsmathematischen Gutachtens vom versicherungsmathematischen Sach-

verständlich zu überprüfen. Insbesondere ist durch versicherungsmathematische Hochrechnungen (zumindest 10 Jahre) zu überprüfen, ob der Zieldeckungsgrad noch angemessen ist, sobald die laufenden Leistungen die Beitragseinnahmen übersteigen. Sollte sich aufgrund der Berechnungen ein Anpassungsbedarf ergeben, so ist dieser zu berücksichtigen.

Der Zieldeckungsgrad wird per 31.12. 2018 wie folgt festgelegt:

Grundversorgung: 75%

2.1.2. Rendite

Die Rendite entspricht der jährlichen, langfristigen Ertragserwartung bezogen auf das vorhandene Vermögen. Die Rendite ist aus regelmäßigen Ertragsprognosen abzuleiten. Die Rendite, die im versicherungsmathematischen Gutachten verwendet wird, darf von der erwarteten Rendite nicht abweichend festgelegt werden. Ausgenommen davon ist eine geplante Anpassung der langfristigen Ertragserwartung, welche sich letztlich auch auf die Annahmen im nächsten versicherungsmathematischen Gutachten auswirken wird.

Die Rendite wird per 31.12.2019 mit 4,25% p.a. festgelegt

2.1.3. Sollgrenze der Schwankungsreserve

Siehe Kapitel 3.1.2. Die Sollgrenze wird per 31.12.2018 mit 10% festgelegt.

2.1.4. Basiserhöhung der Beiträge

Die Basiserhöhung der zukünftigen Beiträge orientiert sich an der langfristigen Inflationsprognose. Es wird von 1,5% Erhöhung p.a. ausgegangen, solange die erweiterte Vollversammlung keinen anderen Wert beschließt. Dieser Wert ist auch in die versicherungsmathematischen Berechnungen zu übernehmen und im Zuge der Erstellung versicherungsmathematischer Gutachtens zu prüfen.

2.1.5. Basiserhöhung der Leistungen und Anwartschaften

Analog zur Basiserhöhung der zukünftigen Beiträge orientieren sich auch die Leistungen und Anwartschaften an der Inflationsprognose. Es wird von 1,5% Erhöhung p.a. ausgegangen, solange die Erweiterte Vollversammlung keinen anderen Wert beschließt. Dieser Wert ist auch in die versicherungsmathematischen Berechnungen zu übernehmen und im Zuge der Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens zu prüfen.

2.2. vorgegebene Parameter

2.2.1. Durchschnittliches Pensionsantrittsalter

Im Zuge der Erstellung des versicherungsmathematischen Gutachtens wird das durchschnittliche, tatsächliche Pensionsantrittsalter auf Aktualität geprüft und in Abstimmung mit den Daten der Wohlfahrtskasse festgelegt.

2.2.2. Biometrische Rechnungsgrundlagen

Biometrische Rechnungsgrundlagen werden in der Regel alle 10 Jahre von der Aktuarvereinigung Österreichs (AVÖ) adaptiert und an die neuen aktuellen Entwicklun-

gen insbesondere der Lebenserwartung angepasst. Diese biometrischen Rechnungsgrundlagen werden dem versicherungsmathematischen Gutachten zugrunde gelegt. Neue Rechnungsgrundlagen sind ab Veröffentlichung so rasch wie möglich anzuwenden. Hinsichtlich der Umstellung von biometrischen Rechnungsgrundlagen ist Kapitel 4 zu berücksichtigen.

2.2.3. Nachfolgerregelungen (Neuzugänge in das Versorgungswerk)

Im Zuge der Erstellung des versicherungsmathematischen Gutachtens werden die angenommenen Neuzugänge auf Aktualität geprüft und in Abstimmung mit der Wohlfahrtskasse festgelegt.

3. Kriterien für die Führung der Schwankungsreserve

Eine positive Schwankungsreserve ergibt sich grundsätzlich durch ein Überschreiten des Zieldeckungsgrades. Eine negative Schwankungsreserve ergibt sich grundsätzlich durch ein Unterschreiten des Zieldeckungsgrades. Der Abbau etwaiger Unterschiedsbeträge (siehe Kapitel 4) wird bei der Feststellung der Schwankungsreserve bereits vorab berücksichtigt.

Für die Führung der Schwankungsreserve gibt es insgesamt drei Grenzwerte. Die Grenzwerte werden betragsmäßig festgestellt und leiten sich aus dem vorhandenen Vermögen ab. Je nachdem innerhalb welcher Grenzen sich die Schwankungsreserve bewegt, gibt es eindeutige Handlungsvorschriften für die Festsetzung der Leistungsanpassung.

Die nachfolgenden Regelungen beziehen sich auf alle Berechtigten der jeweiligen Versorgungsabteilung. Innerhalb der Versorgungsabteilung können Gruppen von Berechtigten gebildet werden für die zusätzliche Regelungen zur Bildung und Auflösung der Schwankungsreserve definiert werden können (z.B. abweichende Basiserhöhung der Leistungen).

3.1. Grenzen der Schwankungsreserve

3.1.1. Untergrenze

Die Untergrenze ist mit -5% des zum Stichtag vorhandenen Vermögens festgelegt. Die Festlegung der Untergrenze orientiert sich an den Bestimmungen des § 24a Abs. 8 PKG.

3.1.2. Sollgrenze

Die Festlegung der ersten Obergrenze (=Sollgrenze) orientiert sich an den Bestimmungen des § 24 Abs. 4 PKG und § 24a Abs. 6 PKG. Das PKG lässt hier eine Bandbreite von 10% bis 20% zu. Je höher diese Grenze festgelegt wird, desto länger kommen die verschärften Bestimmungen innerhalb dieser Grenzen zur Anwendung. Die Grenze wird durch Beschluss der Erweiterten Vollversammlung nach Vorschlag durch den Verwaltungsausschuss in Höhe von mindestens 10% und maximal 20% festgelegt.

3.1.3. Obergrenze

Die Obergrenze beträgt 25% des zum Stichtag vorhandenen Vermögens. Auch diese Grenze orientiert sich am PKG. Das PKG sieht gemäß § 24a Abs. 5 PKG eine maximale Obergrenze in Höhe von 25% des Vermögens vor.

3.2. Regelungen zur Sollgrenze der Schwankungsreserve

3.2.1. Solange die Schwankungsreserve nicht höher als die Sollgrenze ist und größer als Null ist, sollen folgende Regelungen gelten:

- die Anpassung der Pensionsleistungen hat sich grundsätzlich an der Anpassung der ASVG-Pension zu orientieren. Maßgeblich hierfür ist die Anpassung der ASVG Pensionen (Anpassungsfaktor) gemäß § 108h ASVG. Sofern für die Erhöhungen im ASVG Sondermaßnahmen für den Anpassungsfaktor zur Anwendung kommen, wie z.B. Verminderung des Anpassungsfaktors gemäß 2. Stabilitätsgesetz 2012, gelten diese auch in Sinne dieser Bestimmung.
- die Anpassung darf jedoch die festgelegte Basiserhöhung nicht überschreiten (auch wenn die Anpassung gemäß ASVG höher ist), wenn sich die positive Schwankungsreserve im Bereich der ersten 50% der Sollgrenze befindet. D.h. im Fall von 10% Sollgrenze, darf die Anpassung nicht über der Basiserhöhung ausfallen, wenn die Schwankungsreserve 5% des Vermögens unterschreitet.
- die Anpassung darf die Basiserhöhung überschreiten, nicht jedoch die ASVG Anpassung, wenn sich die positive Schwankungsreserve im Bereich der zweiten 50% der Sollgrenze befindet. D.h. im Fall von 10% Sollgrenze, wenn die Schwankungsreserve 5% des Vermögens überschreitet.
- durch die Anpassung der Leistungen darf es zu keiner negativen Schwankungsreserve kommen
- sofern Änderungen bereits bekannt sind, die sich negativ auf den Deckungsgrad auswirken werden (z.B. bevorstehende Änderung der biometrischen Rechnungsgrundlagen, bereits bekannte ungünstige demographische Entwicklungen des Bestandes, Abbau von bereits gebildeten Unterschiedsbeträgen), sind diese bei der Festlegung der Pensionsanpassungen zu berücksichtigen

3.2.2. Solange die Schwankungsreserve kleiner als Null und größer als die negative Untergrenze ist, sollen folgende Regeln gelten:

- eine negative Schwankungsreserve darf sich ausschließlich durch ungünstige demographische Entwicklungen bzw. schlechte Veranlagungsergebnisse bilden
- Leistungsanpassungen sind so zu wählen, dass sich die Schwankungsreserve auf einen Wert größer als 0 verbessert
- ist durch keine noch so niedrige Leistungsanpassung das Erreichen einer positiven Schwankungsreserve möglich, so muss die Leistungsanpassung jedenfalls unterbleiben

- sofern Änderungen bereits bekannt sind, die sich negativ auf den Deckungsgrad auswirken werden (z.B. bevorstehende Änderung der biometrischen Rechnungsgrundlagen, bereits bekannte ungünstige demographische Entwicklungen des Bestandes, Abbau von bereits gebildeten Unterschiedsbeträgen), sind diese bei der Festlegung der Pensionsanpassungen zu berücksichtigen

3.2.3. Steigt die Schwankungsreserve über die Sollgrenze und ist jedoch kleiner als die Obergrenze, sollen folgende Regelungen gelten:

- die Anpassung der Pensionsleistungen hat sich grundsätzlich an der Anpassung der ASVG-Pension zu orientieren. Maßgeblich hierfür ist die Anpassung der ASVG Pensionen (Anpassungsfaktor) gemäß § 108h ASVG. Sofern für die Erhöhungen im ASVG Sondermaßnahmen für den Anpassungsfaktor zur Anwendung kommen, wie z.B. Verminderung des Anpassungsfaktors gemäß 2. Stabilitätsgesetz 2012, gelten diese auch in Sinne dieser Bestimmung.
- die Anpassung darf die Basiserhöhung bzw. den Anpassungsfaktor gemäß ASVG überschreiten, jedoch nur in dem Ausmaß, als nicht mehr als 10% der Schwankungsreserve aufgebraucht werden (abgeleitet aus dem § 24a (6) PKG).
- sofern Änderungen bereits bekannt sind, die sich negativ auf den Deckungsgrad auswirken werden (z.B. bevorstehende Änderung der biometrischen Rechnungsgrundlagen, bereits bekannte ungünstige demographische Entwicklungen des Bestandes, Abbau von bereits gebildeten Unterschiedsbeträgen), sind diese bei der Festlegung der Pensionsanpassungen zu berücksichtigen

3.3. Regelungen zur Untergrenze der Schwankungsreserve

3.3.1. Sinkt die Schwankungsreserve unter die Untergrenze, sollen folgende Regeln gelten:

- ist es nicht möglich die Schwankungsreserve durch verminderte Leistungsanpassungen wieder über die Untergrenze zu bringen, so ist zwingend ein Sanierungsplan durch den versicherungsmathematischen Sachverständigen zu erstellen. Auf folgende Eckpunkte ist dabei einzugehen:
 - der Sanierungsplan darf maximal einen Sanierungszeitraum von 5 Jahren vorsehen
 - Maßnahmen sollen vorrangig leistungsseitig gesetzt werden
 - Eine Sanierung durch die Einführung von Pensionssicherungsbeiträgen ist solange zu vermeiden, solange andere mögliche Alternativen offen stehen (d.h. Pensionssicherungsbeiträge sind nur dann vorzusehen, wenn keine andere Möglichkeit zur Sanierung des Versorgungswerkes mehr besteht)

3.4. Regelungen zur Obergrenze der Schwankungsreserve

3.4.1. *Steigt die Schwankungsreserve über die Obergrenze, sollen folgende Regeln gelten:*

- der die Obergrenze übersteigende Betrag ist im Regelfall (Ausnahme siehe nächster Punkt) zur Gänze in Form von Pensionsanpassungen an die Berechtigten weiterzugeben
- sofern Änderungen bereits bekannt sind, die sich negativ auf den Deckungsgrad auswirken werden (z.B. bevorstehende Änderung der biometrischen Rechnungsgrundlagen, bereits bekannte ungünstige demographische Entwicklungen des Bestandes, Abbau von bereits gebildeten Unterschiedsbeträge), sind diese bei der Festlegung der Pensionsanpassung zu berücksichtigen
- sollten zum Zeitpunkt des Übersteigens der Obergrenze offene Unterschiedsbeträge im System bestehen, dann ist der übersteigende Betrag vorrangig zum vollständigen Abbau bzw. größeren Teilabbau des Unterschiedsbetrages zu verwenden
- Im Anlassfall ist diese Zuweisung vom versicherungsmathematischen Sachverständigen genau zu prüfen und zu begründen. Dabei ist zu beachten, dass ein 100% iger Zufluss des übersteigenden Teils an die Berechtigten nur in einem kapitalgedecktem System gerechtfertigt wäre. Negative Auswirkungen auf die Finanzierung der Versorgungsabteilung sind im Detail darzulegen.

4. Bildung und Abbau von Unterschiedsbeträgen

Unterschiedsbeträge ergeben sich durch die Anpassung von wesentlichen Berechnungsparametern an neue Gegebenheiten bzw. Vorgaben. Für den Abbau von Unterschiedsbeträgen wird ein maximaler Zeitraum von 10 Jahren festgelegt. Die Regelung orientiert sich an einer bereits bestehenden gesetzlichen Regelung im PKG (§ 20 Abs. 3c PKG).

In folgenden Anlassfällen werden Unterschiedsbeträge gebildet:

- Umstellung der biometrischen Rechnungsgrundlagen
- Anpassung der in den Berechnungen festgelegten Ertragserwartung oder der in der Berechnung festgelegten Basiserhöhung der Leistungen oder der Beiträge
- etwaige Anhebung des Zieldeckungsgrades

Der Unterschiedsbetrag ist in der Regel so zu berechnen, dass es zu keiner Verschlechterung des Deckungsgrades zum Umstellungsstichtag durch einen der zuvor genannten Anlassfälle kommt

Der Abbau des Unterschiedsbetrages erfolgt zumindest gleichmäßig linear. Ein vorzeitiger Abbau bzw. ein Abbau über dem jährlich definierten Anteil ist auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses in Abstimmung mit dem versicherungsmathematischen Sachverständigen und anschließenden Beschluss durch die erweiterte Vollversammlung möglich.

Der Abbau des Unterschiedsbetrages hat im Rahmen der Feststellung der Schwankungsreserve bereits im Vorfeld zu erfolgen. D.h. Entscheidungsgrundlage für die Anpassung der Leistungen und Beiträge ist die bereits um den Abbau des Unterschiedsbetrages reduzierte Schwankungsreserve.

Anhang 2

Pensionsberechnung und Pensionsanpassung in der ZV II ab dem 01.02.2023

1. Vorbemerkungen zum Anpassungsmodell

Die Pensionsberechnung und -anpassung in der Zusatzversorgung II (ZV II) soll sich ab 01.02.2023 an den Ergebniszuteilungen in österreichischen Pensionskassen orientieren.

Dazu wird eine Schwankungsrückstellung ähnlich der Schwankungsrückstellung gemäß § 24 PKG und § 24a PKG eingeführt. Durch die Führung der Schwankungsrückstellung soll die Ergebniszuteilung auf die individuellen Konten der Berechtigten der ZV II langfristig geglättet werden.

In Jahren mit gutem Veranlagungserfolg wird die Schwankungsrückstellung aufgebaut, um in Jahren mit schlechtem Veranlagungserfolg die angesparten Mittel für Zuteilungen auf die Konten verwenden zu können und dadurch eine gleichmäßige Entwicklung der Kapitalkonten zu erreichen und sprunghafte Veränderungen weitestgehend zu vermeiden.

2. Festzulegende Parameter

Der jährlichen Berechnung der Ergebniszuteilung in der ZV II werden Parameter zugrunde gelegt. Es wird unterschieden zwischen Parametern, welche durch Vorschlag des Verwaltungsausschusses (basierend auf einem Vorschlag des versicherungsmathematischen Sachverständigen) und anschließender Beschlussfassung durch die Erweiterte Vollversammlung festgelegt werden (beschlussfähige Parameter) und jenen Parametern, welche vom versicherungsmathematischen Sachverständigen festgestellt (vorgegebene Parameter) werden.

2.1. Beschlussfähige Parameter

2.1.1. Zieldeckungsgrad

Bisher war von der erweiterten Vollversammlung für die Zusatzversorgung insgesamt (ZVI und ZVII) ein Zieldeckungsgrad (Anwartschaftsdeckungsgrad) von 83% festgelegt. Ab Inkrafttreten der ZV-Reform mit 01.02.2023 soll langfristig über einen Zeitraum von drei Generationen eine 100%ige Kapitaldeckung erreicht werden.

2.1.2. Basiszinssatz

Der Basiszinssatz entspricht jenem Zinssatz, welcher der Berechnung der Verrentungsfaktoren in der ZV II zugrunde gelegt wurde. Dieser beträgt derzeit 2,75% p.a.. Der Basiszinssatz wird daher im Zuge der Festlegung der Verrentungsfaktoren für die ZV II beschlossen.

2.1.3. Rendite

Die Rendite entspricht der jährlichen, langfristigen Ertragserwartung bezogen auf das vorhandene Vermögen der gesamten Zusatzversorgung. Die Rendite ist aus regelmäßi-

gen Ertragsprognosen abzuleiten. Die Rendite, die im versicherungsmathematischen Gutachten verwendet wird, darf von der erwarteten Rendite nicht abweichend festgelegt werden. Ausgenommen davon ist eine geplante Anpassung der langfristigen Ertragserwartung, welche sich letztlich auch auf die Annahmen im nächsten versicherungsmathematischen Gutachten auswirken wird.

Die Rendite wird seit 31.12.2019 mit 4,25% p.a. festgelegt.

2.1.4. Basiserhöhung der Leistungen

Die Basiserhöhung der Leistungen ergibt sich aus der Differenz zwischen der erwarteten Rendite und dem Basiszinssatz.

2.1.5. Sollwert der Schwankungsrückstellung

Ein Zielwert in Höhe von 15% der Berechnungsbasis (Punkt 2.2.2) der ZV II wird angestrebt.

2.1.6. Deckungsbeitrag zur Schließung der Deckungslücke

Der Deckungsbeitrag wird in Höhe von 5% der ab 01.02.2023 einbezahlten Beiträge zur ZV II festgelegt. Der Deckungsbeitrag wird dem Sondervermögen zur Schließung der Deckungslücke in der ZV zugeführt.

2.2. vorgegebene Parameter

2.2.1. Verrentungsfaktoren der ZV II

Die Berechnung der Verrentungsfaktoren der ZV II erfolgt auf Basis des Basiszinssatzes und basierend auf den biometrischen Rechnungsgrundlagen.

2.2.2. Berechnungsbasis der ZV II

Unter der Berechnungsbasis der ZV II für ein Bilanzjahr wird die Summe aller individuellen Kapitalkonten der Anwartschafts- und Leistungsberechtigten der ZV II vor Ergebniszuteilung bezeichnet. Im Fall eines Anwartschaftsberechtigten handelt es sich beim individuellen Kapitalkonto um den Wert des Kontos zum 01.01. des Bilanzjahres zuzüglich der im Bilanzjahr verbuchten Beiträge (einbezahlte Beiträge abzüglich des Deckungsbeitrages) zuzüglich der vorläufigen Zinszuteilung.

Beim Leistungsberechtigten wird der Wert des individuellen Kontos auf Basis des aktuellen Verrentungsfaktors rückgerechnet. Grundlage ist die Monatspensionsleistung zum 31.12. des jeweiligen Bilanzjahres. Sofern Unterschiedsbeträge aus der Umstellung von Verrentungsfaktoren gebildet wurden, sind diese in Abzug zu bringen.

Die Ergebnisse werden jährlich, jedenfalls im Rahmen der Stellungnahme des versicherungsmathematischen Sachverständigen gemäß § 15a Abs. 3a errechnet.

2.2.3. Maximalwert der Schwankungsrückstellung

Der Maximalwert der Schwankungsrückstellung wird analog zu § 24a Abs. 5 PKG in Höhe von 25% der Berechnungsbasis der ZV II festgelegt.

2.2.4. Untergrenze der Schwankungsrückstellung

Die Untergrenze der Schwankungsrückstellung wird analog zu § 24a Abs. 8 PKG in Höhe von -5% der Berechnungsbasis der ZV II festgelegt.

3. Dotierung eines Sondervermögens zur langfristigen Schließung der Deckungslücke in der ZV

Zur langfristigen Schließung der Deckungslücke in der ZV wird ein rechnerisches Sondervermögen beginnend mit dem Bilanzjahr 2023 gebildet. Dieses wird dotiert durch

- den Deckungsbeitrag nach Punkt 2.1.6.
- Beiträge gemäß § 12 Abs. 5 und Abs. 6 der Beitragsordnung sowie
- den indirekten Beitrag bei negativem Ergebnis in der ZV I (Punkt 4)

4. Feststellung des Vermögens und des Veranlagungsergebnisses

Im Rahmen des laut § 15a Abs. 3a festgelegten, jährlichen Begutachtungsverfahrens wird das Vermögen und das Veranlagungsergebnis laut Bilanz der versicherungsmathematischen Sachverständigen mitgeteilt und ein abgestimmter Wert festgestellt. Die Berechnung wird nach folgenden Grundsätzen vorgenommen:

Es wird jährlich das der Zusatzversorgung (ZV I und ZV II insgesamt) zugeordnete Vermögen ermittelt. Zusätzlich wird das Vermögen sowie das Veranlagungsergebnis der Zusatzversorgung getrennt nach ZV I und ZV II sowie das Sondervermögen zur Schließung der Deckungslücke berechnet. Solange das Vermögen der ZV I positiv ist, wird das Veranlagungsergebnis der ZV I dem Vermögen der ZV I zugeschrieben.

Ist das Vermögen der ZV I negativ, wird wie folgt vorgegangen: Der negative Effekt auf das Ergebnis der ZV II wird jährlich zu 75% aus dem Sondervermögen ausgeglichen und dem Ergebnis der ZV II zugerechnet. Die verbleibenden 25% stellen einen indirekten Beitrag in das Sondervermögen dar.

Zielsetzung ist es, die Deckungslücke vollständig auszugleichen.

5. Ergebniszuteilung für die Anwartschaftsberechtigten sowie Wertanpassung für die Leistungsberechtigten in der ZV II - Dotation und Auflösung der Schwankungsrückstellung

Die Dotation bzw. Auflösung der Schwankungsrückstellung orientiert sich an den Bestimmungen des § 24a PKG. Die Schwankungsrückstellung der ZV II wird für alle Berechtigten global unter Berücksichtigung folgender Punkte geführt:

- (a) 0,25 Prozentpunkte eines positiven Veranlagungsergebnisses (gemessen an der Berechnungsbasis der ZV II) sind der Schwankungsrückstellung zuzuführen und dürfen erst ab dem Folgejahr für Ergebniszuteilungen verwendet werden.
- (b) Übersteigt das Veranlagungsergebnis der ZV II abzüglich des Betrages gemäß lit. (a) die festgelegte Rendite (gemessen an der Berechnungsbasis der ZV II), so ist der übersteigende Betrag der Schwankungsrückstellung zuzuführen.

- (c) Unterschreitet das Veranlagungsergebnis der ZV II abzüglich des Betrages gemäß lit. (a) die Ergebniszuteilung basierend auf der festgelegten Rendite (gemessen an der Berechnungsbasis der ZV II), so ist der Differenzbetrag der Schwankungsrückstellung zu entnehmen.
- (d) Sowohl im Falle gemäß lit. (b) als auch gemäß lit. (c) kann auf eine Ergebniszuteilung zwischen Basiszinssatz und festgelegter Rendite (gemessen an der Berechnungsbasis der ZV II) verzichtet werden. Der Verzicht ist vom Verwaltungsausschuss in Abstimmung mit dem versicherungsmathematischen Sachverständigen festzulegen und von der Erweiterten Vollversammlung zu beschließen. Zumindest eine der folgenden Voraussetzungen muss dafür vorliegen:
- bevorstehende Änderung der biometrischen Rechnungsgrundlagen
 - bevorstehende Änderung der Ertragserwartung
 - noch nicht vollständig abgebaute Unterschiedsbeträge
 - ungünstige Entwicklung des Abbaus der Deckungslücke der ZV I (z.B. ungünstige demographische Entwicklung des Bestandes)
- (e) Versicherungsmathematische Gewinne sind der Schwankungsrückstellung zuzuführen.
- (f) Versicherungsmathematische Verluste sind der Schwankungsrückstellung zu entnehmen.
- (g) Unterschiedsbeträge werden über die Schwankungsrückstellung abgebaut.
- (h) Übersteigt die gebildete Schwankungsrückstellung den Maximalwert, so wird der übersteigende Betrag zur Gänze für die Ergebniszuteilung bei den Konten der Anwartschaftsberechtigten, bzw. zur Pensionsvalorisierung über der Basiserhöhung verwendet. Unter den in lit. (d) aufgezählten Voraussetzungen kann durch Beschluss der Vollversammlung davon abgewichen werden.
- (i) Übersteigt die gebildete Schwankungsrückstellung den festgelegten Sollwert so werden 10% der Schwankungsrückstellung für die Ergebniszuteilung bei den Konten der Anwartschaftsberechtigten, bzw. zur Pensionsvalorisierung verwendet. Unter den in lit. (d) aufgezählten Voraussetzungen kann durch Beschluss der Vollversammlung davon abgewichen werden.
- (j) Unterschreitet die Schwankungsrückstellung die festgelegte Untergrenze, so ist die Differenz in Absprache mit dem versicherungsmathematischen Sachverständigen unter folgenden Prämissen abzubauen:
- Maßnahmen sollen leistungsseitig gesetzt werden.
 - Eine Sanierung durch die Einführung von Pensionssicherungsbeiträgen in der ZV II ist so lange zu vermeiden, so lange andere mögliche Alternativen offen stehen.

Die Entwicklung der Schwankungsrückstellung ist somit maßgeblich für die Ergebniszuteilung. Ist die Schwankungsrückstellung ausreichend hoch, so wird in der Regel die festgelegte

te Rendite den Konten der Anwartschaftsberechtigten zugewiesen. Für die Leistungsberechtigten ergibt sich in diesem Falle eine Erhöhung der Leistung in der Differenz zwischen der erwarteten Rendite und dem Basiszinssatz.

6. Bildung und Abbau von Unterschiedsbeträgen aus Anpassung von Verrentungsfaktoren

Bei der Anpassung von Verrentungsfaktoren können Unterschiedsbeträge gebildet werden. Bei Leistungsberechtigten entspricht der Unterschiedsbetrag zum Zeitpunkt der Umstellung der Differenz der Berechnungsbasis berechnet mit den neuen Verrentungsfaktoren abzüglich der Berechnungsbasis berechnet mit den alten Verrentungsfaktoren.

Der Abbau von Unterschiedsbeträgen erfolgt über einen maximalen Zeitraum von 10 Jahren und sollte gleichmäßig linear erfolgen. Ein vorzeitiger Abbau ist möglich.

Bei der Gruppe der Leistungsberechtigten können Gruppen mit und ohne Unterschiedsbetrag gebildet werden. Der Abbau der Unterschiedsbeträge der Leistungsberechtigten erfolgt vorrangig durch Reduktion der Ergebniszuteilungen und somit durch geringere Pensionsanpassungen.

Anhang 3

Gruppeneinteilung in der Zusatzversorgung I

Basierend auf detaillierten Analysen des Bestandes der Zusatzversorgung I erfolgte die Definition folgender Gruppen. Die Basiserhöhung innerhalb der jeweiligen Gruppe wird wie folgt festgelegt:

Gruppe 0,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit Beitragspflicht zur ZV I und Erreichung der Höchstbeitragsgrundlage zur ZV I • Personen mit ehemaliger Beitragspflicht zur ZV I (bereits pensionierte Berechtigte) mit geringfügiger Abweichung (<1%) der Einzahlungen bis zur Höchstbeitragsgrundlage der ZV I • Personen mit Indexierung ZV I und Beitragspflicht zur ZV II • Personen, welche in der ZV I die Höchstbeitragsgrundlage der ZV I erreicht haben und ab Erreichen der Höchstbeitragsgrundlage der ZV I Beiträge in die ZV II zahlen • Personen mit freiwilligem Umstieg in die ZV II 1996 • Personen mit freiwilliger Beitragspflicht zur ZV II (Umstieg nach 1996 durch Antrag) • Personen mit Beitragspflicht zur ZV I, noch Aktiv und voraussichtlich Erreichen der Höchstbeitragsgrundlage der ZV I bis zum Pensionsantritt
Gruppe 0,25%	Personen, die nicht unter die Gruppe 0,5% fallen mit Alter der erstmaligen Beitragszahlung ≤ 35 *)
Gruppe 0,125%	Personen, die nicht unter die Gruppe 0,5% fallen mit Alter der erstmaligen Beitragszahlung > 35 *)

Das Alter wird aus der Differenz zwischen dem Jahr der erstmaligen Beitragszahlung zur ZV I und dem Geburtsjahr ermittelt.

*) die Gruppe umfasst im Wesentlichen folgende Personen:

- Personen mit Kapital in ZV I und Ermäßigung zur ZV I vor 1996 bis nach 1996 bzw. Ermäßigung zur ZV I nach 1996 (bei Wiedereinzahlung zur ZV zwingende Beitragspflicht zur ZV II)
- Personen mit Beitragspflicht zur ZVI, noch Aktiv und voraussichtlich kein Erreichen der HBGL bis zum Pensionsantritt
- Personen mit Pensionsantritt in der ZV I und nicht Erreichen der Höchstbeitragsgrundlage der ZV I zum Pensionsantritt

Solange ein Pensionssicherungsbeitrag für Mitglieder der ZV I festgelegt ist, wird für keine Gruppe eine Pensionsvalorisierung durchgeführt.

Aufsichtsrechtliche Bewilligungen gem. §§ 195 und 195 a ÄrzteG 1998

Die gemäß § 39 Abs. 44 beschlossenen Änderungen gelten als genehmigt, da die OÖ Landesregierung innerhalb der gesetzlichen Fristen keine anders lautende Stellungnahme abgegeben hat. In folgenden Paragraphen wurden Änderungen vorgenommen: § 16, § 26, § 30, §33, § 35 a, § 38 und § 39

Die Hinweise auf die Beschlussfassung werden in den Mitteilungen der Ärztekammer für OÖ im September 2007 veröffentlicht und sind im Internet im Volltext abrufbar.

Die gemäß § 39 Abs. 45 beschlossenen Änderungen gelten als genehmigt, da die OÖ Landesregierung innerhalb der gesetzlichen Fristen keine Stellungnahme abgegeben hat. In folgenden Paragraphen wurden Änderungen vorgenommen: § 4, § 5, §6, § 10, § 14, § 16, § 26, §27, § 30, § 31, § 32, § 33, § 33a, § 35a, § 37, § 38 und § 39

Die Hinweise auf die Beschlussfassung werden in den Mitteilungen der Ärztekammer für OÖ im September 2008 veröffentlicht und sind im Internet im Volltext abrufbar.

Die gemäß § 39 Abs. 46 beschlossenen Änderungen gelten als genehmigt, da die OÖ Landesregierung innerhalb der gesetzlichen Fristen keine Stellungnahme abgegeben hat. In folgenden Paragraphen wurden Änderungen vorgenommen: §5 Abs. 2 und 4, § 7 Abs. 1, § 27 Abs. 7, § 30, § 33 Abs. 1, § 38 Abs. 6, § 39 Abs. 46

Die Hinweise auf die Beschlussfassung werden in den Mitteilungen der Ärztekammer für OÖ im September 2009 veröffentlicht und sind im Internet im Volltext abrufbar.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 47 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen dem Amt der OÖ Landesregierung am 14.12.2009 vorgelegt.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 48 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 24.1.2011 per Mail weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 49 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 02.01.2012 per Mail weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 50 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 07.02.2013 per Mail weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a 6 ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 51 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 16.07.2013 per Brief weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a 6 ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 52 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 25.04.2014 weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 53 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 02.01.2015 weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 54 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 14.01.2016 weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 55 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 23.12.2016 per Mail weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 56 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen an das Amt der OÖ Landesregierung am 10.1.2018 per Mail weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurde die gemäß § 39 Abs. 57 beschlossene Änderung des § 33 an das Amt der OÖ Landesregierung am 22.10.2018 weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195 a ÄrzteG 1998 wurde die gemäß § 39 Abs. 58 beschlossene Änderung des § 33 an das Amt der OÖ Landesregierung am 20.12.2018 weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurde die gemäß § 39 Abs. 59 beschlossene Änderung des § 33 an das Amt der OÖ Landesregierung am 27.08.2019 weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 60 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 13.1.2020 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 61 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 30.07.2020 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 62 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 12.01.2021 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 63 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 08.07.2021 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 64 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 12.01.2022 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 65 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 11.08.2022 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.

Unter Berücksichtigung des § 195a ÄrzteG 1998 wurden die gemäß § 39 Abs. 66 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen am 03.02.2023 an das Amt der OÖ Landesregierung weitergeleitet.